стр. 7
Интервью проф. Ф.А. Акилова: «Обновление урологии в Узбекистане»

стр. 10
Фальсификаты и качественные БАД для коррекции эректильной дисфункции – как их отличить?

стр. 12
Реабилитация пациентов после проведения диагностических инвазивных вмешательств в урологии

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

№ 4
АВГУСТ 2015 г.

В НОМЕРЕ

ЮБИЛЕЙ
Первый юбилей кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова
стр. 2

ОБРАЗОВАНИЕ
О целях, задачах и планах Ассоциации урологов стран СНГ
стр. 4

ИНТЕРВЬЮ
Санкции не мешают научным изысканиям
стр. 6

АКТУАЛЬНО
Проблемы мужского здоровья требуют государственного внимания
стр. 14

РЕГИОНЫ
Урологическая служба Свердловской области
стр. 20

ЮБИЛЕЙНАЯ ДАТА
Деревянко Игорь Михайлович (к 90-летию со дня рождения)
стр. 27

Глубокоуважаемые коллеги и друзья!

Российская урология является одной из наиболее динамично развивающихся областей медицины. Проведение совместного конгресса РОУ и EAU в Санкт-Петербурге в сентябре 2015 г. является знаковым событием и подчеркивает роль Российской урологической школы в общеевропейском пространстве.

За последние десятилетия значительный вклад в развитие отечественной урологии внесли выдающиеся ученые и клиницисты: член-корреспондент АМН СССР, профессор А.Я. Пытель; академик РАМН, профессор Н.А. Лопаткин и другие.

Академик Н.А. Лопаткин поддерживал идею создания Европейского общества урологов и положил начало многолетнему сотрудничеству и интеграции науки и практики между РОУ и EAU. Это позволило сегодня проводить совместный Российско-европейский конгресс, который будет способствовать не только плодотворному обмену научным и практическим опытом между специалистами, но существенно расширит круг обсуждаемых вопросов, позволяя создать единую систему подготовки молодых урологов и повышения квалификации, а также продолжить формирование единого подхода к разработке стандартов по диагностике и лечению урологических заболеваний.

Желаем вам успешного участия и работы на конгрессе.

Главный редактор,
А.А. Камалов

XV КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ
18–20 сентября 2015
Санкт-Петергбург

Prof. Maurizio Brausi
Профессор Аляев Ю.Г.
Профессор Мартов А.Г.
Профессор Газимиев А.Г.
Профессор Неймарк А.И.
Профессор Цариченко Д.Г.
Профессор Аль-Шукри С.Х.
Профессор Хавинсон В.Х.

Предстательная железа. Что мы о ней знаем?

Сателлитный симпозиум компании STADA CIS.
18 сентября 2015 17:00

STADA CIS

Председатели: *M. Brausi, Ю.Г. Аляев, М.А. Газимиев, А.Г. Мартов, С.Х. Аль-Шукри*

Секция №1 «Современные возможности химиопрофилактики рака предстательной железы»

Докладчики:

1) *Prof. Maurizio Brausi* **«Эпигаллокатехина галлат. Простатопротекторы нового поколения.»**
2) *Профессор, д.м.н. Цариченко Дмитрий Георгиевич*, Зам. Директора НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого Московского государственного университета им. И.М. Сеченова. **«Современный взгляд на химиопрофилактику рака предстательной железы.»**

Секция №2 «Применение цитомединов в урологии»

Докладчики:

1) *Профессор, д.м.н. Хавинсон Владимир Хацкелевич*, директор Санкт-Петербургского Института биорегуляции и геронтологии Северо-Западного отделения РАМН, член-корреспондент РАН, заслуженный деятель науки РФ, заслуженный изобретатель РФ **«Биорегуляторные пептиды /Цитомедины. Авторитетный взгляд на механизм действия. Применение в урологии»**
2) *Профессор д.м.н. Мартов Алексей Георгиевич*, Заведующий отделением урологии ГКБ №57, Заведующий кафедрой урологии ФУВ ФМБА **«Опыт применения препаратов Витапрост таблетки и Витапрост Форте для реабилитации пациентов после проведения инвазивных урологических вмешательств»**
3) *Профессор д.м.н. Неймарк Александр Израилевич*, заслуженный врач РФ, главный уролог Алтайского края, главный уролог Сибирского округа, член президиума правления Российского общества урологов **«СНМП. Применение сочетанных схем приема цитомединов.»**

16+ реклама

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

Главный редактор
Армаис Альбертович КАМАЛОВ, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, 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., зав. отделом ГБУ НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ

Научный редактор
Анна Анатольевна ДУДАРЕВА, к.м.н., в.н.с. ГБУ НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ

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

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

УЧРЕДИТЕЛЬ
Региональная общественная организация содействия охране здоровья мужского населения «МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ»

bionika media

ИЗДАТЕЛЬ
ООО «Бионика Медиа»
www.bionika-media.ru

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»

Периодичность – 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 26 августа 2015 г. в 10:00

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

Первый юбилей кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова

Об истории, предстоящем юбилее, научных направлениях работы, фундаментальных исследованиях кафедры, прошлом, настоящем и будущем российской урологии корреспонденту газеты Елене Ворониной рассказал заведующий кафедрой урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова, член-корреспондент РАН, профессор, доктор медицинских наук Армаис Альбертович Камалов.

– Армаис Альбертович, в этом году кафедра отметит свой юбилей. Когда и по чьей инициативе она была образована?

– В этом году кафедра урологии и андрологии Факультета фундаментальной медицины (ФФМ) Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова отмечает свой первый юбилей. Кафедра образована в 2010 г. по инициативе ректора МГУ им. М.В. Ломоносова академика РАН Виктора Антоновича Садовничего и при содействии декана ФФМ, академика РАН Всеволода Арсеньевича Ткачука.

Если говорить о кафедре, необходимо вспомнить историю. Все начиналось в 2003 г. с курса урологии на ФФМ университета на клинической базе НИИ урологии Минздрава России. На протяжении 7 лет существовал курс, пока в 2010 г. не было принято решение о преобразовании его в отдельную кафедру.

В это время на кафедру пришел мой учитель – академик РАН Николай Алексеевич Лопаткин – человек, с именем которого связано развитие и становление отечественной урологии.

Сейчас коллектив кафедры представлен квалифицированными специалистами и опытными преподавателями: обучение студентов ведут доцент кафедры, д.м.н. Любовь Алексеевна Ходырева, доцент кафедры, к.м.н. Валерий Кузьмич Карпов, старший преподаватель кафедры, к.м.н. Дмитрий Александрович Охоботов.

– Какие основные научные направления работы кафедры?

– Научные направления работы кафедры весьма разносторонние и охватывают большой круг научных интересов – изучение новых диагностических методов и маркеров, разработка и усовершенствование малоинвазивных технологий лечения основных урологических заболеваний и фундаментальных исследований в области регенеративной медицины и клеточных технологий.

Фундаментальные исследования кафедры касаются самых перспективных направлений медицины. Нами проведен ряд экспериментальных работ в области регенеративной медицины и клеточных технологий, которые еще не получили разрешения на использование для лечения людей. Вместе с тем накоплен большой массив фактического материала, который мы могли бы в последующем с успехом внедрить в клиническую практику, в т.ч. при нарушениях фертильности и в реконструктивную урологию. Сегодня в эксперименте мы научились создавать модель матрицы с последующей возможностью ее пересадки на недостающий участок ткани или органа, например мочевого пузыря. Эти работы, конечно, требуют дальнейшего серьезного изучения.

Слева направо В.К. Карпов, А.А. Камалов, Л.А. Ходырева, А.А. Дударева, Д.А. Охоботов

Сотрудники кафедры активно внедряют в клиническую практику новые технологии, методы лазерного лечения, которые активно используются в урологической хирургии как для дробления камней, так и для выполнения резекций, выпариваний ткани предстательной железы и других органов.

В последние годы у нас появился достаточный опыт в проведении роботассистированных операций с использованием системы Da Vinci. На кафедре будут проводятся в рамках дополнительного постдипломного образования симуляционные циклы первого этапа обучения по «Роботассистированной урологии».

– Какие задачи помогает решать роботическая хирургическая система Da Vinci?

Это методика, которая позволяет очень прецизионно, т.е. с высочайшей точностью выполнять оперативные вмешательства в ограниченных пространствах – в малом тазу, в т.ч. на предстательной железе, с которой связано большое число заболеваний.

– Клиническая база кафедры помогает решать вам поставленные научные и клинические задачи?

Наша кафедра изначально базировалась в НИИ урологии, но в последующем клинической базой стала Городская клиническая больница ГКБ №31. Это очень мощная клиническая база, где помимо урологии, представлены кафедры акушерства-гинекологии, травматологии, хирургии и ряд других, что дает нам серьезные возможности для внедрения наших совместных разработок в клиническую практику. В ГКБ №31 есть профильное урологическое отделение на 60 коек, своя урологическая операционная и операционная для дистанционной литотрипсии.

Для любого урологического заболевания, как и для конкретного пациента, важен адекватный выбор метода лечения. При наличии всего арсенала – от дистанционной литотрипсии до перкутанных эндоскопических вмешательств, появляется возможность подобрать адекватный состоянию пациента, клиническим проявлениям и показаниям метод лечения.

Кафедра и урологическая клиника ГКБ №31 владеют всем арсеналом современных диагностических манипуляций и урологических вмешательств, начиная от самых простых до возможности выполнения сложных лапароскопических и роботических операций. С 2015 г. еще одной базой кафедры стала ГКБ №17 ДЗМ, где внедрены реконструктивно-

пластические операции на органах мочеполовой системы.

– Как осуществляется педагогический процесс на кафедре? Отличается ли он от такового в других медицинских ВУЗах?

Действительно, обучение на ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова имеет свои особенности. В отличие от других медицинских ВУЗов преподавание таких теоретических предметов, как физика, химия, биология и ряда других ведется на соответствующих факультетах, где нашим студентам преподают корифеи российской науки. Это позволяет студентам факультета и кафедры получить глубокие фундаментальные знания, что в дальнейшем помогает им в написании курсовых и дипломных работ и в последующей научной и лечебной работе.

Урология на кафедре преподается по конкретным часам, отведенным на изучение этой дисциплины. За 36 академических часов сделать из студента врача, понимающего специальность и применяющего в дальнейшей практике эти навыки – невозможно. Но возможно научить главному – мыслить клинически и понимать, почему возникает боль, почему началось кровотечение, научить выстраивать логическую цепочку независимо от того, каким специалистом он станет впоследствии.

Вместе с тем нашим студентам мы предлагаем дополнительные элективы – курсы, которые читают наши или приглашенные сотрудники по другим направлениям.

– На кафедре проводится обучение врачей?

На кафедре урологии проходят курсы постдипломного образования врачей как в виде дистанционного обучения (вебинаров), так и с приглашением на рабочие места.

Сегодня в стенах ГКБ №31 созданы все условия для системы телемедицины, что позволяет принимать непосредственное участие в работе хирургов, контролируя ход выполнения оперативного вмешательства и давая непосредственные советы по ходу выполнения того или иного оперативного вмешательства.

На кафедре урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова вместе с компанией «Олимпус» был создан одноименный эндоскопический учебный центр, который оснащен самой передовой эндоскопической техникой. Наших курсантов мы обучаем на данном оборудовании.

Кафедра оснащена двумя роботическими хирургическими системами Da Vinci, одна из которых находится в Университетской клинике МГУ. Этот робот имеет встроенный компьютерный симулятор, что позволяет студентам старших курсов и врачам, которые только начинают свой путь в освоении роботических операций, проходить курс обучения на тренажере-роботе. Я считаю, что данная методика очень приближается к естественным условиям выполнения тех или иных вмешательств и манипуляций.

–Если посмотреть на 20–30 лет назад, урологическая хирургия сейчас стала эндоскопической, бескровной?

Я думаю, что апогей хирургических вмешательств мы уже прошли. Я начинал в 1984 г. Рассвет эндоскопии пришелся как раз на это время, когда в НИИ урологии под руководством моего учителя, академика Н.А. Лопаткина разрабатывали и внедряли первые методы эндоскопии.

Городская клиническая больница ГКБ №31

Николай Алексеевич создал уникальную школу, которая славилась разработкой научно-обоснованных методик, касалась вопросов деонтологии, основ послеоперационного ведения пациентов, сроков дренирования и реабилитации. Он начинал давно, когда еще не было современных революционных методик, но были классические подходы.

Остались неизменными патофизиологические закономерности. Но сейчас мы можем вести речь о новых усовершенствованных и менее травматичных методиках, которые позволяют нам достичь успеха с минимальными потерями для пациента.

– Армаис Альбертович, можно ли так сказать, что в настоящий момент стерлись границы между медицинской помощью, оказываемой российской урологией и зарубежной?

Я думаю, что эта грань стерлась уже давно. На сегодняшний день наши клиники оснащены не хуже, чем зарубежные. Еще лет десять назад, может чуть больше, новая техника, методики доходили до нас с большим опозданием. На сегодняшний день клиническое мышление наших врачей и наличие соответствующего оборудования создает конкуренцию нашим зарубежным коллегам.

Я считаю, что наша медицина шагнула серьезно вперед, что будущее медицины за превентивной медициной, которая будет заниматься разработкой методов ранней диагностики, новых генно-клеточных методик, генетического паспорта человека и персонифицированной медициной. Если при этом у нас появится возможность повлиять на предотвращение заболеваний на любых уровнях, то это будет действительно медицина будущего.

Взять, к примеру ситуацию с мочекаменной болезнью (МКБ): в настоящий момент мы научились удалять камни практически любой локализации без разрезов, но это не лечение заболевания. Когда мы научимся предотвращать ее развитие – это будет победой для пациентов, страдающих этим распространенным недугом.

В настоящий момент скрининг, например рака предстательной железы – это выявление специфических антигенов, что можно рассматривать как превентивное мероприятие…

Вокруг этого вопроса идет много споров и обсуждений, что, с моей точки зрения, не совсем правильно. Кто-то сейчас говорит о том, чтобы вообще убрать скрининг рака предстательной железы (РПЖ).

Когда вначале 2000-х гг. мы начинали программу по раннему выявлению заболеваний предстательной железы, нам удалось значительно изменить ситуацию в Москве только потому, что определение простатического специфического антигена (ПСА) было внедрено абсолютно во все учреждения Департамента Здравоохранения Москвы. После этого резко повысилась выявляемость РПЖ на ранних стадиях. Убирать скрининг равносильно возврату к 2000-м гг., когда РПЖ в стадии Т3 и Т4 выявлялся в 70–80% случаев. Поэтому, я бы не торопился с выводами.

Другое дело, что РПЖ – вялотекущее заболевание, особенно у пожилых людей. Если до 70 лет у мужчины не было выявлено заболевание ни клинически, ни лабораторно, то я думаю, что после 70 лет оправданно исключать скрининг РПЖ в дальнейшем.

– Участвует ли кафедра в международных проектах?

На сегодняшний день мы выстраиваем наши взаимоотношения с другими институтами и клиниками Европы. В первую очередь это касается совместных проектов по применению лазерных, эндоскопических технологий, робот-ассистированных операций. Это наши коллеги из Германии, Чехии, Италии, Прибалтики и других стран. Мы имеем ряд совместных публикаций. Более того, мы имеем возможность посещать клиники и обмениваться опытом, совместно решать те или иные задачи, которые стоят перед нами.

– Кафедра принимает участие в научных исследованиях, выполняемых по грантам?

Наша кафедра выполняет в настоящий момент работы по двум грантам, один из которых посвящен изучению новых маркеров РПЖ – ПСА-3. Другой грант, о котором мы уже говорили – экспериментальная разработка в области регенеративной медицины.

– Планы кафедры на будущее – научные, клинические, педагогические? Каких рубежей вы хотели бы достигнуть?

Если говорить о кафедре, то главным принципом является образование, где есть много новых, инновационных возможностей. Мы сегодня хотим создать для наших студентов совершенно уникальные возможности, помогать находить им свой выбранный путь еще в студенчестве, чтобы к моменту окончания обучения бывший студент, а потом врач мог быстро войти во взрослую жизнь дипломированного специалиста. А для этого необходимо создать некие возможности – кабинеты симуляционной медицины, экстренной помощи и максимально приблизить студентов к обучению и овладению навыками.

Например, мы начинаем вместе с нашими специалистами курс по микрохирургии – прикладной науке, которая требуется любому специалисту для выполнения реконструктивных операций с наложением сосудистых анастомозов под микроскопом. Без определенных навыков это будет очень сложно сделать технически в реальной клинической практике.

Эта программа вскоре начнется для старшекурсников, которые прошли курс урологии хирургии и гинекологии. Каждая из этих областей медицины не может существовать без микрохирургии.

– Какие высоты, по-Вашему, возьмет урология в ближайшие десятилетия?

Если говорить о десятилетии, то я бы сказал в первую очередь о победе над МКБ. Это одно из самых частых заболеваний, в урологическом стационаре лечатся около 30–45% пациентов с МКБ.

Необходимо научиться диагностировать и лечить онкологические заболевания на принципиально другом уровне, заниматься фундаментальными разработками и создавать платформу медицины будущего для следующих поколений, которые пойдут за нами.

Я не знаю, чем будет заниматься уролог лет через 20–25, наверное, ситуация изменится в подавляющем большинстве случаев, но непременно останутся классические основы урологии, которые разработаны нашими учителями.

Беседу вела Елена Воронина

«...»

На кафедре проходят курсы постдипломного образования врачей в виде вебинаров и с приглашением на рабочие места

«Ассоциация урологов СНГ», созданная академиком Н.А. Лопаткиным, получила второе дыхание…

Инициатива по созданию Международного союза общественных объединений «Ассоциации урологов Содружества Независимых Государств» по праву принадлежит академику РАМН, профессору Н.А. Лопаткину, которого многие называли не только учителем, но учителем учителей.

Эта идея не переставала волновать академика после развала СССР, когда на определенном этапе были утеряны контакты с коллегами из других Союзных республик. Большую роль в создании «Ассоциации урологов СНГ» принадлежит также профессору Н.К. Дзеранову, который подхватил идею своего учителя и на протяжении нескольких лет воплощал ее в жизнь, став Первым исполнительным директором.

Впервые был поднят вопрос об объединении урологов СНГ на пленуме урологов в Саратове в 2008 г.

08 июня 2011 г. проведено учредительное собрание председателей общественных урологических организаций СНГ, где избран Президиум Международного союза общественных объединений «Ассоциации урологов Содружества Независимых Государств» и утвержден Устав, который зарегистрирован в Министерстве Юстиции Российской Федерации в Москве 31.08.2012 (учетный номер № 0012070543).

В мае 2013 г. состоялось совещание учредителей «Ассоциации урологов СНГ», где было определено, что Первый съезд состоится в Казахстане в 2015 г. Профессор А.А. Камалов был выбран Генеральным секретарем ассоциации на постоянной основе для проведения оперативной работы и осуществления координации с председательствующей страной. Несмотря на невосполнимую утрату, которую понесла Российская урология с уходом из жизни Н.А. Лопаткина и Н.К. Дзеранова, летом 2015 г. состоялся Первый учредительный съезд «Ассоциации урологов СНГ» в Казахстане, где член-корреспондент НАН РК, профессор М.К. Алчинбаев был избран на двухгодичный срок Президентом Ассоциации урологов СНГ; член-корреспондент РАН, профессор А.А. Камалов – исполнительным директором.

Совещание учредителей «Ассоциации урологов СНГ»

О целях, задачах и планах «Ассоциации урологов стран СНГ», о достижениях урологии Республики Казахстан и об успехах программы «Мужское здоровье» рассказал Председатель правления АО Научный Центр урологии им. академика Б.У. Джарбусынова, главный внештатный уролог Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан, Президент «Ассоциации урологов стран СНГ», лауреат государственной премии РК, член-корреспондент НАН РК, д.м.н., профессор Мирзакарим Каримович Алчинбаев.

– 13 июня 2015 г. состоялся I Учредительный Съезд урологов стран СНГ, на котором Вы были избраны Президентом «Ассоциации урологов стран СНГ». Какие цели и задачи являются приоритетными для Ассоциации?

– С позиции времени это событие призвано войти в историю. Идею более глубокого сотрудничества стран СНГ выдвигал ведущий отечественный Научный Центр урологии им. академика Б.У. Джарбусынова. В число задач нового сообщества входит создание совместных образовательных программ, коллективное обсуждение и решение проблем, стоящих перед современной урологией.

Врачи Европейского союза, объединившись между собой, создали общий стандарт. В свою очередь мы в СНГ не имели столь тесного профессионального взаимодействия. Урологи Казахстана в настоящий момент плотно работают только с Российским НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина, получив возможность для дистанционного и очного обучения врачей. Сейчас мы хотим пойти дальше, совместная работа должна была налажена и с другими странами – Узбекистаном, Кыргызстаном и рядом других.

Нужно объединить признанных экспертов на территории СНГ, которые могли бы создать и проводить научно-образовательные программы для врачей и молодых ученых. Они должны получить аккредитацию.

Нам необходимо сосредоточиться на доказательной медицине. Ведь бывают лекции, выражающие мнение одного – двух людей. Надо говорить о более серьезных доказательных вещах, стандарты должны стать общепризнанными.

Благодаря нашим действиям и достигнутым успехам в работе, Казахстан председательствует в Ассоциации урологов стран СНГ, я избран первым Президентом данной Ассоциации.

> «…»
>
> ***Нужно объединить признанных экспертов на территории СНГ, которые могли бы создать и проводить научно-образовательные программы***

– Какие страны в настоящий момент входят в «Ассоциацию урологов стран СНГ»?

– На сегодняшний день в состав Ассоциации входят Армения, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Россия и Узбекистан. На 1-м Учредительном Съезде я, как Президент, внес предложение о включении в состав Ассоциации Азербайджана и Таджикистана. Данный вопрос будет обсужден в их территориальных ассоциациях, с последующим вхождением в состав «Ассоциации урологов стран СНГ».

– Как будет строиться работа Ассоциации?

– Разработан и принят Устав, где четко и ясно обозначены цели, задачи и предмет деятельности организации. Основным предметом деятельности Ассоциации является защита законных социальных, творческих, экономических прав и других общих интересов членов (участников) Ассоциации, содействие профессиональной и научной деятельности специалистов, направленной на улучшение уровня отечественной урологии, и другие вопросы научной и практической деятельности урологических служб стран – членов Ассоциации.

– Мирзакарим Каримович, какие, на Ваш взгляд, научные темы работы Съезда необходимо выделить как приоритетные? Где планируется проведение следующего Съезда?

– По причине того, что я являюсь Президентом «Ассоциации урологов стран СНГ», Республика Казахстан будет председательствовать в течение двух последующих лет. Съезд урологов стран СНГ планируется проводить в 2016 г. в Казахстане.

На данный момент Исполнительным комитетом Ассоциации проводится сбор предложений по научной тематике Съезда. В приоритете, конечно, образовательные процессы в странах СНГ. Планируем обсудить вопросы научной интеграции и содействие в профессиональной и научной деятельности специалистов. Будут разработаны единые образовательные программы для молодых ученых урологов стран СНГ.

– Как будет происходить взаимодействие между странами в рамках Ассоциации и в рамках ежегодного Съезда?

– Страны в рамках Ассоциации и в рамках ежегодного Съезда будут решать вопросы об организации и проведении Съездов (собраний) организации, на которых будут обсуждаться научные проблемы, решаться организационные вопросы, анализироваться результаты научной и практической деятельности урологических организаций.

Предполагается, что страны – участники Ассоциации будут осуществлять общественную экспертизу государственных и отраслевых программ научных исследований по актуальным проблемам современной урологии, участвовать в разработ-

ке стандартов технического оснащения урологических стационаров и стандартов лечения урологических больных. В рамках Ассоциации будут разработаны программы обучения и квалификационные требования к врачам-урологам, представляя их на утверждение и сертификацию в установленном законом порядке, также будут внедрены в практику урологических учреждений новейшие достижения медицинскойнауки.

Помимо этого важным представляется решение вопросов общественной экспертизы новых видов инструментария, приборов и аппаратуры, стимуляция рационализаторской и изобретательской деятельности членов Ассоциации. Членам Ассоциации будет оказываться социальная и юридическая поддержка, защита их прав и законных интересов, помощь в трудоустройстве.

Страны – участники Ассоциации будут рекомендовать специалистов для получения квалификационной категории, рекомендовать труды ученых на соискание государственных и именных премий, участвовать в проведении независимых врачебных экспертиз и многое другое.

– Мирзакарим Каримович, Вы возглавляете Научный Центр урологии, который является головным профильным учреждением Республики Казахстан, определяющим стратегию развития урологической службы государства. Как Вы можете оценитьсостояние урологической службы в Казахстане?

– На сегодняшний день урология Казахстана занимает передовые позиции не только в странах СНГ, но и в Европе. Отечественные клиники имеют очень хорошее оснащение, специалисты страны обучаются за рубежом, каждый год как минимум два – три специалиста повышают квалификацию в мировых клинических центрах.

Научные мероприятия в Казахстане ведутся на трех языках – английском, казахском и русском. Знание иностранных языков является показателем того, что сделан шаг вперед: наши молодые коллеги говорят на английском языке и читают специальную литературу, обогащают свои знания, совершенствуют навыки. То есть урологическая наука Казахстана развивается и выходит на международный уровень.

В настоящий момент в мире широко применяется робот-хирург Da Vinci. В России уже имеется более десяти подобных хирургических систем, в странах Центральной и Средней Азии такая техника, к сожалению, пока отсутствует. Я думаю, что в ближайшее время хирургическая система Da Vinci будет приобретена для Казахстана. Я мечтаю об этом. С его помощью мы сможем оперировать больного на расстоянии щадящим методом (нерво- и сосудосберегающим).

Необходимо отметить, что в настоящее время процент лапароскопических операций в общей структуре оперативных вмешательств увеличивается. Если раньше мы проводили много операций открытым способом, то теперь при мочекаменной болезни, кисте, при различных болезнях мочевого пузыря, опухолях, аденоме предстательной железы переходим на другой уровень, все чаще прибегая к малоинвазивной хирургии.

Учредительный Съезд урологов стран СНГ

– Программа «Мужское здоровье» в Республике Казахстан создана Вами. Какие ее цели и задачи? Можно уже говорить о результатах и успехах?

– Это уникальный проект, не имеющий аналогов в мировой практике. Основная цель проекта – улучшение здоровья и социального благополучия мужского населения страны с позиций междисциплинарного подхода к лечению мужчин для обеспечения устойчивого социально-демографического развития страны. Программа включает в себя обучение специалистов междисциплинарному подходу для достижения устойчивого результата.

В сентябре 2014 г. в Алматы успешно прошел Всемирный Конгресс «Мужское здоровье. Качество жизни. Междисциплинарный подход». Проведение Всемирного Конгресса стало итогом большой работы, проделанной группой ученых Научного центра урологии им. академика Б.У. Джарбусынова, в т.ч. по программе «Мужское здоровье». В работе Конгресса приняли участие 380 делегатов и 250 участников интернет-трансляций. Конгресс собрал ученых и специалистов из России, Украины, Кыргызстана, Узбекистана, Таджикистана, Германии, Голландии, Израиля, Бельгии, Таиланда, Кореи, США, Франции, Индонезии, Монголии и ряда других стран. По итогам заседания главных урологов стран СНГ было принято решение о признании программы «Мужское здоровье», стартовавшей в Казахстане, в качестве основополагающей модели для внедрения на территории стран СНГ с акцентом на первичную медико-санитарную помощь и открытие «Центров мужского здоровья».

Кроме того, вопросы программы мужского здоровья, охватившей все регионы нашей страны, были обсуждены на XXIV Заседании по сотрудничеству в области здравоохранения СНГ в Москве и на XXV Заседании по сотрудничеству в области здравоохранения СНГ в Минске, где программа вызвала интерес со стороны коллег из СНГ. Участники заседаний выступили с предложением использовать модель программы «Мужское здоровье» Республики Казахстан в своих странах.

Урологи Казахстана стали пионерами в подходах к вопросам мужского здоровья. И совсем неслучайно представители таких стран, как Япония, Корея, Китай, Монголия на недавнем Азиатском конгрессе пригласили меня для обучения специалистов.

– Вы является Лауреатом Государственной премии Республики Казахстан 2005 г. в области науки, техники и образования за работу «Модель реформирования и совершенствования системы оказания медицинской помощи на основе разработки и внедрения новых высокоэффективных технологий в рыночных условиях». Расскажите, пожалуйста, о достигнутых результатах и дальнейших реформах.

«...»

Принято решение о признании программы «Мужское здоровье», стартовавшей в Казахстане, в качестве основополагающей модели на территории стран СНГ

– Разработанная нами модель реформирования и совершенствования системы оказания медицинской помощи сейчас используется во многих клиниках страны. Ее основная задача – улучшение здоровья граждан Казахстана для обеспечения устойчивого социально-демографического развития страны за счет внедрения новых, инновационных технологий с учетом экономических изменений на рынке медицинских услуг. Внедрена система оплаты труда медицинских работников с использованием дифференцированного подхода, основанного на конечных результатах их работы.

В Государственной программе на 2016–2020 гг. обозначены новые реформы в области здравоохранения с акцентом на первичную медицинскую помощь и внедрение обязательного социального страхования.

– Какую роль сыграл Н.А. Лопаткин в становлении урологии в Казахстане и организации «Ассоциации урологов стран СНГ»?

– Еще в 1996 г. я выступил инициатором создания Ассоциации урологов, но на тот момент времени инициатива не привела к конечному результату.

Рекомендацию провести учредительный съезд для решения этого вопроса дал академик Николай Алексеевич Лопаткин, Герой социалистического труда, бывший главный уролог СССР (он почти 30 лет был на этом посту) незадолго до своей смерти, когда я беседовал с ним в Москве. Мы избрали рабочую группу, Президента и теперь начнем работу. Наша аудитория – практически 260 млн человек русскоязычного населения на территории стран СНГ, в числе которых и врачи-урологи, столь необходимые мужской части населения. В Европе мужского населения чуть меньше, и нам пора прекратить смотреть на другие страны и ориентироваться только на европейские приоритеты. Мы создали свое профессиональное пространство. У нас должна быть общая структура, для того,чтобы оптимизировать профессиональное общение, выпускать общий журнал. Мы все – выходцы из советской медицинской школы, и поэтому нам, специалистам, говорящим на русском языке, необходимо совместное общение с нашими коллегами.

– 5 июня 2015 г. Вы отметили юбилей. От редакции газеты «Московский уролог» поздравляем Вас с 60-летием. Желаем крепкого здоровья, долголетия, творческого благополучия и успехов. Как Вам удается быть всегда впереди?

– Спасибо за поздравления! Для меня ориентиром в работе служит наш президент Нурсултан Назарбаев. Он всегда подтянут, неутомим в делах, всегда в поисках лучшего. Я тоже стараюсь быть на волне новых веяний жизни. Наука, в т.ч. медицина и урология, не стоит на месте и требует от нас постоянного развития. Нельзя почивать на лаврах и расслабляться. Мы должны мыслить на шаг и даже на два шага вперед. И никогда не уставать, ведь если занимаешься любимым делом, работа в радость.

– Ваши пожелания коллегам и читателям газеты?

– Желаю вашему изданию содержательности и широкой географии, которая, как всегда, будет зависеть от новизны и востребованности публикуемых материалов. Искренне желаю всем плодотворной работы и новых творческих свершений!

Санкции не мешают научным изысканиям

С 18 по 20 сентября 2015 г. в Санкт-Петербурге пройдет XV Конгресс Российского общества урологов (РОУ) «Урология в XXI веке». Это будет не совсем обычное мероприятие. Конгресс отличается тем, что в нынешнем году повестка дня была сформирована совместно с Европейской ассоциацией урологов (EAU). Длительное сотрудничество РОУ с EAU дало свои результаты – совместный Конгресс.

Ежегодно Конгресс, проводимый РОУ, служит площадкой для дискуссий по наиболее острым проблемам современной урологии. В частности, это касается клинических рекомендаций, стандартов оказания медицинской помощи, своевременного лечения и профилактики, интеграции в международные сообщества и т. д. О совместном конгрессе РОУ и EAU, а также о том, как проходила работа по его организации нам рассказали член-корр. РАН, профессор, д.м.н., директор клиники урологии им. Р.М. Фронштейна, заместитель директора НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека, заведующий кафедрой урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Председатель РОУ Юрий Геннадьевич АЛЯЕВ; профессор, д.м.н., заместитель директора по научной работе НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И. М. Сеченова Андрей Зиновьевич ВИНАРОВ и профессор, д.м.н., исполнительный директор РОУ Магомед Алхазурович ГАЗИМИЕВ.

М.А. Газимиев, Ю.Г. Аляев, А.З. Винаров

МУ: Расскажите, как возникла идея проведения конгресса РОУ совместно с EAU?

Ю.Г. Аляев: Эта идея возникла в 2012 г. на международном конгрессе в Милане. Тогда представители EAU высказали предложение встретиться двумя администрациями. Эту идею горячо поддержал глава нашей делегации, Петр Витальевич Глыбочко. Так появилась мысль о проведении совместного конгресса. На протяжении последующих лет мы делали все возможное, чтобы ее воплотить.

А.З. Винаров: Сотрудничество между нами и европейскими коллегами существует уже много лет. Наши урологи регулярно участвуют в конгрессах, которые организует EAU. Они являются как докладчиками, так и модераторами. Мы постоянно обмениваемся информацией, дискутируем. Наши урологи преподают в Европейской школе. EAU проводит школы в разных городах России, т.е. взаимодействие происходит постоянно и расширяется. Другое дело, что такой совместный конгресс поводится впервые. Раньше на наших российских мероприятиях в лучшем случае было участие одного-двух европейских спикеров.

Конечно, были некоторые сомнения в том, сможем ли мы организовать конгресс такого уровня. Но в последнее время в РОУ многое изменилось к лучшему. Петр Витальевич тогда всех нас очень вдохновил своей уверенностью и решительностью. На встрече в Милане, где присутствовало все руководство EAU во главе с профессором Андерсом Абрахамсоном, уже целенаправленно обсуждалась возможность проведения такого конгресса. Главное, что мы видели явное стремление к сотрудничеству со стороны наших западных коллег.

МУ: Какие сложности возникли в процессе подготовки?

Ю.Г. Аляев: Одна из сложностей – обеспечение конгресса визовой поддержкой. Особенно сейчас, когда международная обстановка достаточно сложная.

А.З. Винаров: Получить визу в нашу страну вообще непросто. Поэтому были определенные сомнения относительно того, смогут ли все наши участники попасть на конгресс. Но благодаря усилиям Магомеда Алхазуровича и других организаторов, эту проблему удалось успешно решить. Сейчас еще стоит вопрос по поводу приезда 15 человек из Грузии. Там очень серьезное оформление, но будем надеяться, что все будет хорошо. Грузия – это одна из стран, гражданам которой труднее всего получить визу в Россию.

МУ: Представители каких еще стран примут участие в конгрессе?

А.З. Винаров: Особенно приятно, что некоторые наши коллеги собираются посетить конгресс по собственной инициативе. Например, с докладами будут выступать урологи из Мексики, Египта, Германии. Они из разных источников получили информацию о конгрессе и сами изъявили желание приехать. Будут также наши коллеги из США, Китая, Италии, Украины и других стран.

МУ: Международная обстановка и санкции как-нибудь отразились на совместных научных проектах?

А.З. Винаров: Нет, не отразились. Отношения с коллегами, пожалуй, стали даже лучше. Недавно на международном конгрессе в Мадриде мы встречались с украинскими урологами. Очень тепло друг друга поприветствовали, долго беседовали на разные темы.

Ю.Г. Аляев: Научные изыскания невозможно проводить в изоляции, поэтому мы активно сотрудничаем с иностранными коллегами, несмотря ни на какие сложности в международной обстановке. Например, стволовые клетки очень подробно изучаются в США. Для нас эта тема тоже интересна, поскольку данные исследования могут быть полезны в терапии ряда урологических заболеваний. Мы заключили договор с Институтом регенеративной медицины в Уэйк-Форесте (Северная Каролина, США). Это самый крупный институт, который занимается регенеративной медициной, а его директор Энтони Атала – признанный мировой лидер в данной области. Мы, как и прежде, ведем совместную работу. Договор никто не отменял и не ограничивал.

МУ: Какие темы будут обсуждаться на конгрессе?

Ю.Г. Аляев: Конгресс – это всегда возможность представить своим коллегам результаты проделанной работы и обозначить планы на будущее. Обязательно будут освещены все последние достижения урологии, и мы ожидаем, что это будет интересно. Я сейчас готовлю доклад, с которым мне предстоит выступить в самом начале конгресса, сразу же после открытия. Доклад называется: «Российская урология в XXI веке». Давайте внимательно рассмотрим каждое слово.

«Урология». Она сейчас уже не та, что была в XX веке. В нее входит огромное количество новых методик. Сама по себе урология как была, так и остается дисциплиной хирургической. Но она развивается, вбирает в себя новейшие достижения, становится более значимой. Все больше применяются компьютерные технологи, внедряются роботические, эндоскопические операции и другие современные методики.

Теперь рассмотрим слово «российская». Россия – это девять округов, которые включают в себя 85 субъектов федерации. Рассказать о том, что происходит в каждой области чрезвычайно сложно, особенно, за пятнадцать минут. Необходимо выделить главное. Цель доклада – осмотреть на себя изнутри, без прикрас рассказать о существующих проблемах, дать настоящую оценку ситуации. Например, нельзя не обратить внимание на то, что Дальневосточный округ занимает 36 процентов всей территории России, а работают там менее четырех процентов урологов.

И, наконец, «в XXI веке». Важно рассказать не только о том, что происходило с 2000 г. по настоящее время. Необходимо проанализировать и недавнее прошлое. Говорить о настоящем можно лишь отталкиваясь от того, что было. И конечно, будущие достижения развиваются из того, что происходит сейчас.

МУ: Расскажите о ближайших планах РОУ.

М.А. Газимиев: О планах мы расскажем на конгрессе. Наша главная задача – объединить в РОУ как можно больше урологов. Мы стараемся всеми доступными способами оповещать наших коллег о преимуществах, которые они могут получить, вступив в общество, стремимся сделать членство в этой организации как можно более привлекательным. Например, предоставляем урологам максимум полезной информации, которая может пригодиться в работе. Уже создана Глобальная информационная платформа РОУ. Ее цель – обеспечить взаимосвязь урологов по всей стране. В наших ближайших планах – создание юридической защиты всех членов РОУ. Я надеюсь, что с 2016 г. у нас начнет работать собственная юридическая служба.

МУ: Ваши пожелания участникам конгресса?

Ю.Г. Аляев: Хочу пожелать не только от себя, но и от имени всего нашего коллектива, прежде всего, здоровья. Это самое главное. Конечно, особо желаю всем своим коллегам творческих успехов. Я говорю не только о внедрении и освоении технологических новинок, хотя это тоже важно. Сейчас очень много нововведений в вопросах диагностики и лечения урологических заболеваний. Наша страна нисколько не отстает от того, что делается за рубежом. Главное, я желаю, чтобы у моих коллег почаще возникало научное озарение, появлялись новые, неожиданные идеи, активно шла работа над интересными темами. Я думаю, что следующий конгресс можно было бы посвятить тому, какое значение имеют фундаментальные науки в развитии урологии. Это отдельная, большая тема. Но об этом мы поговорим в будущем.

Обновление урологии в Узбекистане

После распада СССР развитие медицины в каждой из союзных республик пошло по своему индивидуальному пути. В Узбекистане за годы независимости была принята кардинальная реформа в системе здравоохранения и подготовки медицинских кадров. Об этих изменениях мы поговорили с ведущим урологом Республики, Фархадом Атауллаевичем Акиловым – директором АО «Республиканский специализированный центр урологии», председателем Научного общества урологов Республики Узбекистан, профессором кафедры урологии лечебного факультета Ташкентской медицинской академии.

–Уважаемый Фархад Атауллаевич, отличается ли система медицинского образования в Узбекистане и России?

Поскольку высшее образование в странах СНГ имеет общие корни, система медицинского образования также была единой. С момента независимости Узбекистана в течение ряда лет система образования оставалась прежней. В 1997 г. в Республике был принят закон об образовании, и мы, одними из первых, перешли на двухступенчатую систему высшего образования (бакалавриат –магистратура) . Высшее медицинское образование является одним из наиболее консервативных, поэтому вносить в него какие-то существенные изменения нужно очень осторожно, чтобы избежать потери качества. В 2000-е гг., будучи начальником Главного управления кадров, образования и науки Министерства здравоохранения Узбекистана, я, совместно с профессором И.Н. Денисовым, бывшим в то время первым проректором 1-й ММА, и его сотрудниками, обсудили все возможные точки соприкосновения двух стран в системе образования с целью обеспечения идентичности дипломов, выдаваемых Узбекистаном и Российской Федерацией. В настоящее время в Узбекистане разработан и осуществлен переход к системе подготовки специалистов общей врачебной практики. Сегодня в первичном звене здравоохранения (сельские врачебные пункты), где раньше в основном помощь оказывали фельдшер или акушерка, задействованы врачи общей практики. В медицинских ВУЗах студенты на педиатрическом и лечебном факультетах учатся 7 лет, это первая ступень (баклавриат) – врач общей практики. В этой области мы взяли на вооружение опыт, который распространен во многих странах Европы, в частности в Великобритании – система GP (General Practitioner). Последующее обучение в магистратуре обеспечивает подготовку врача – специалиста в какой-то конкретной области медицины.

– Как стать урологом в Узбекистане?

Прежняя система предусматривала прохождение интернатуры в течение 1 года либо первичной специализации в течение 6 месяцев, либо клинической ординатуры (2 года), что считалось наиболее престижным. В передовых странах специалистов узкого профиля готовят не менее 5 лет. С учетом британского опыта и системы подготовки урологов в Бристольском институте урологии, который является одним из крупнейших центров урологии, и лучших университетах Европы, программа магистратуры интервенционных направлений всех хирургических специальностей и урологии в Узбекистане рассчитана на 3 года. Мы увеличили сроки обучения в магистратуре, по сути, являющейся аналогом зарубежной резидентуры. Эти изменения в подготовке врачей носят позитивный характер. Сегодня диплом Узбекистана принимают без проблем за рубежом и в России в отличие от ряда соседних стран. В Узбекистане на сегодняшний день 40% учащихся обучаются по государственным грантам, а 60% – на платной основе. Обучение в магистратуре по специальности «урология» проходит на базе нашего центра, где созданы все условия для получения будущими урологами знаний в полном объеме. Центр поддерживает тесные связи с НИИ урологии РФ. Я думаю, что сотрудничество с российскими коллегами всегда было плодотворно и его следует продолжать.

– Уважаемый Фархад Атауллаевич, Вы являетесь директором крупного урологического Центра в Узбекистане, расскажите, пожалуйста, о нем.

Республиканский специализированный Центр урологии организован в 2003 г., на базе Научного центра урологии и нефрологии. Являясь головной научно-исследовательской, лечебной и учебной организацией в Республике, он оказывает высокоспециализированную медицинскую, консультативную и организационно-методическую помощь, определяя стратегию развития урологической службы. В Центре функционирует поликлиника на 250 посещений в смену, одновременно прием ведут 10 урологов. Основной костяк врачей центра в возрасте 35–40 лет – это специалисты, владеющие иностранными языками, активно работающие над совершенствованием своего профессионального уровня, прошедшие стажировки в ведущих клиниках Европы и Азии, имеющие членство в ЕАУ (European Association of Urology).

Диагностический процесс в поликлинике организован таким образом, что требуется всего 2 часа на постановку диагноза. Мы одними из первых ввели электронный документооборот и электронную историю болезни. Ни в одной из клиник я такой программы не видел, с нашим « ноу-хау» знакомятся все наши гости, в т.ч. из России. В регистратуре заполняется первичный файл на больного – открывается электронная история болезни, и затем он направляется к тому или иному врачу. Куда бы больной ни был направлен, его уже ждет врач, на мониторе у которого открывается вся информация о пациенте и его обследовании. Мы имеем полную информацию о пациенте в его файле уже через 2–3 часа, что дает возможность поставить диагноз и определить тактику лечения.

За год в нашем центре, оказывается помощь 30 тыс. урологических больных, из которых 8 тыс. пролечиваются в условиях стационара на 100 коек. Интенсивная работа медицинской службы Центра позволяет обследовать и лечить такое количество пациентов. В стационаре 8 тыс. пациентам выполняется более 10 тыс. манипуляций и оперативных вмешательств. Пациентам с мочекаменной болезнью (МКБ) более чем в 98% случаев выполняются малоинвазивные и эндоскопические вмешательства вне зависимости от размеров и локализации конкрементов. Конечно, сухой, жаркий климат и качество питьевой воды (она очень минерализована) являются теми экзогенными факторами, которые способствуют широкому распространению МКБ в Средней Азии. В этом направлении у нас накоплен наиболее богатый опыт с учетом региональных особенностей. Пациенты с двусторонними множественными или коралловидными сложными камнями у нас не редкость. В Центре широко внедрены все современные малоинвазивные технологии лечения МКБ, в направлении развития которых ведется научно-исследовательская работа нашими ведущими врачами-эндоурологами . Очень широко используется метод дистанционной литотрипсии (ДЛТ), который считается у нас амбулаторным.

В 90-е гг. прошлого века мы одними из первых внедрили ДЛТ, трансуретральную резекцию (ТУР), первые операции были выполнены профессором В.Я. Симоновым (НИИ урологии РФ). Сегодня мы выполняем около 1 000 как моно-, так и биполярных ТУР , начали внедрять лазерные технологии, лапароскопическую технику.

Перспективными являются вопросы онкоурологии, которыми мы занимаемся в течение последних 8–10 лет и достаточно продвинулись в этом направлении. Общей проблемой для нас всегда было то, что параллельно со специализированными отделениями у нас существовали специализированные онкологические центры со всеми клиническими отделениями. Мировой опыт показывает, что онкоурологией должны заниматься специалисты, а не общие онкологи. В научном центре урологии 30–40 % составляют онкоурологические пациенты, 10–15 лет назад у нас такого не было.

– Актуальна ли Ассоциация урологов стран СНГ при наличии EAU?

Ассоциация урологов стран СНГ была зарегистрирована в 2013 г., но с кончиной академика Н.А. Лопаткина и профессора Н.К. Дзеранова работа в этом плане остановилась. И сейчас, мы совместно с профессором Камаловым Армаисом Альбертовичем, Президентом Ассоциации «Мужское Здоровье» в СНГ, реанимируем ее. Я выражу общее мнение, сказав, что это будет очень полезно для урологов стран СНГ. Не секрет, что проблемой, на сегодняшний день, является то, что 90% действующих урологов на постсоветском пространстве не владеют иностранным языком и вынуждены пользоваться переводной литературой При проведении урологических конгрессов стран СНГ рабочим языком мог бы быть русский язык, которым владеют большинство. Это дало бы возможность получать знания и обмениваться опытом в национальных центрахнаряду с участием в европейских конгрессах.

– Ваше отношение к Конгрессу «Мужское здоровье»?

Конгресс «Мужское здоровье» организуется на междисциплинарной основе, здесь имеется возможность общаться и полемизировать со специалистами: кардиологами, эндокринологами, гинекологами и т.д.

Еще Авиценна тысячу лет назад сказал: «Надо лечить не болезнь, а больного!». Неправильно видеть в пациенте болячку только своей области, т.к. он параллельно может иметь другие проблемы, и они все тесно взаимосвязаны. Комплексный подход позволяет по-новому взглянуть на патогенез заболевания и выработать рациональные подходы к терапии, которые будут наиболее эффективными. Традиционный формат Конгресса из года в год совершенствуется и становится все более и более информативным. И если

8 конгрессов были проведены на территории РФ в Москве, Санкт-Петербурге и др., то следующие – в Армении, Белоруссии, теперь планируется в Узбекистане и это очень отрадно, т.к. формат Конгресса становится интернациональным. Не всегда урологи могут выехать за пределы своей страны, обменяться мнениями и многому научиться. На международные форумы, подобные этому, все съезжаются к ним домой и у них есть возможность пообщаться с учеными, известными по статьям или монографиям, задать им вопросы и наладить горизонтальные связи, которые очень и очень полезны. Это дает возможность распространения передового опыта и внедрения современных технологий повсеместно.

– Уважаемый Фархад Атауллаевич, как Вам удается поддерживать здоровье?

Возраст, к сожалению, берет свое, мне в марте исполнилось 60 лет. Важно в первую очередь трудиться, как говорил наш выдающийся земляк Авиценна: «Что работает – становится сильнее, все что не работает – становится слабее!». Нельзя расслабляться, надо больше работать, активно участвовать в общественной жизни и тогда не будет времени болеть.

– Уважаемый Фархад Атауллаевич! Благодарим Вас за интересное интервью. Позвольте поздравить Вас с юбилеем и пожелать Вам здоровья, творческих успехов, удачи, семейного Благополучия, процветания Вашей клинике!

ПРАВОВОЙ АСПЕКТ

Аттестация специалистов с высшим медицинским образованием

Аттестация специалистов с медицинским образованием на присвоение квалификационной категории проводится с целью стимулирования повышения квалификации специалистом, улучшения подбора, расстановки и использования кадров в системе здравоохранения, повышения персональной ответственности специалиста за выполнение профессиональных и должностных обязанностей.

В Российской Федерации (РФ) порядок и сроки прохождения медицинскими работниками аттестации для получения квалификационной категории определены Приказом Министерства здравоохранения РФ № 240н от 23 апреля 2013 г. «О порядке прохождения и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории».

Аттестация специалистов проводится по специальностям в соответствии с действующей номенклатурой специальностей специалистов и по должностям, предусмотренным действующей номенклатурой должностей.

В состав аттестационной комиссии включаются ведущие специалисты организаций, осуществляющих медицинскую и фармацевтическую деятельность, представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций, работодателей, органа государственной власти или организации, формирующих аттестационную комиссию, и иные лица.

Аттестация является добровольной, и присвоенная квалификационная категория действительна на всей территории РФ в течение 5 лет со дня издания приказа о присвоении. Специалисты могут претендовать на присвоение более высокой квалификационной категории, не ранее чем через 3 года со дня издания распорядительного акта о присвоении квалификационной категории.

Квалификационный экзамен включает в себя тестовый контроль знаний, экспертную оценку отчета о профессиональной деятельности специалиста и собеседование, что позволяет оценить теоретические знания и практические навыки специалиста.

Специалист, претендующий на получение квалификационной категории, должен использовать в клинической практике современные методы диагностики, профилактики, лечения, реабилитации в области осуществляемой профессиональной деятельности; ориентироваться в современной научно-технической информации, владеть навыками анализа количественных и качественных показателей работы при составлении отчета о работе. Для присвоения второй квалификационной категории стаж работы по специальности должен быть не менее трех лет, первой – пяти лет, высшей – семи лет. В стаж по специальности для получения квалификационной категории засчитывается только работа по данной специальности после получения сертификата специалиста. Клинические интернатура и ординатура относятся к формам последипломного обучения и в стаж работы по специальности не засчитываются.

Специалисты, изъявившие желание пройти аттестацию для получения квалификационной категории, представляют секретарю аттестационной комиссии следующие документы:

- заявление;
- заполненный в печатном виде аттестационный лист, заверенный отделом кадров;
- отчет о профессиональной деятельности;
- копии документов об образовании (диплом, удостоверения, свидетельства, сертификаты специалиста), трудовой книжки, заверенные в отделе кадров;
- в случае изменения фамилии, имени, отчества – копию документа, подтверждающего факт изменения фамилии, имени, отчества;
- подлинник и копию удостоверения о присвоении квалификационной категории (при наличии) или копию приказа о присвоении квалификационной категории.

Отчет о профессиональной деятельности должен содержать анализ профессиональной деятельности за последние 3 года, быть лично подписан специалистом, согласован с руководителем и заверен печатью организации, работником которой является специалист. Отчет включает описание рабочего места, оснащение и объем выполненных работ, данные о рационализаторских предложениях и патентах, выводы специалиста о своей профессиональной деятельности, предложения по ее совершенствованию.

Если у специалиста в отчетный период имела место смена работы, то предоставляется либо 2 отчета по каждому учреждению, или 1 отчет, утвержденный руководителями обеих организаций. В случае наличия документов, выданных на территории иностранного государства и оформленных на иностранном языке, специалист представляет заверенный в установленном порядке перевод документов на русский язык.

Документы представляются лично специалистом не позднее четырех месяцев до окончания срока действия имеющейся квалификационной категории, в противном случае квалификационный экзамен может быть проведен позднее даты окончания срока действия имеющейся квалификационной категории.

Тестовый контроль знаний предусматривает выполнение специалистом тестовых заданий и признается пройденным при условии успешного выполнения не менее 70% общего объема тестовых заданий.

Собеседование проводится членами Экспертной группы по теоретическим и практическим вопросам профессиональной деятельности специалиста при условии успешного прохождения им тестового контроля знаний.

По результатам квалификационного экзамена Экспертная группа принимает решение о присвоении или об отказе в присвоении специалисту квалификационной категории.

В учреждениях Департамента здравоохранения г. Москвы (ДЗМ) и медицинских организациях Москвы присвоение квалификационных категорий регулируется Приказом ДЗМ № 1174 от 03.12.2013 «Об Аттестационной комиссии Департамента здравоохранения»

Аттестационная комиссия ДЗМ обеспечивает процесс получения квалификационных категорий специалистами медицинских организаций государственной системы здравоохранения г. Москвы, учреждений ведомственного подчинения (по согласованию), не имеющих в своем составе аттестационных комиссий, частных медицинских структур. Специалист имеет право получить квалификационную категорию как по основной специальности, так и по совмещаемой.

Персональный состав Аттестационной комиссии и экспертных групп утверждаются Приказом ДЗМ.

Информацию о работе экспертных групп и вопросы тестовых заданий можно найти на официальном сайте ДЗМ www.mosgorzdrav.ru в разделе «Аттестация медицинских и фармацевтических работников».

Тестирование специалиста осуществляется с использованием системы компьютерных технологий в соответствии со специальностью и заявленной квалификационной категорией, проводится в ГОБУ «Центр повышения квалификации Департамента здравоохранения города Москвы» по адресу: ул. Профсоюзная дом 136, корпус 5. Предварительная запись на тестирование осуществляется по средам по тел.: +7 (495) 339-43-44, +7 (910) 081-97-22.

Аттестуемые специалисты, набравшие меньше 70% правильных ответов из общего объема тестовых заданий, допускаются к повторному тестированию не ранее, чем через 6 месяцев. Окончательное решение экспертной группы о присвоении квалификационной категории принимается на основе комплексной оценки результатов тестирования, собеседования, рецензии на отчет о профессиональной деятельности специалиста, стажа работы по заявленной специальности и заносится в квалификационный лист. Аттестации на присвоение квалификационной категории подлежат только медицинские работники, имеющие Российское гражданство. Квалификационные категории, полученные специалистами в иностранных государствах (в т.ч. Белоруссии) оплате не подлежат. После года работы в медицинской организации специалист может подать документы на присвоение квалификационной категории, при этом учитывается стаж работы по специальности в учреждениях иностранных государств (стран СНГ). Женщинам, находящимся в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет, сохраняется и оплачивается квалификационная категория в течение одного года после выхода на работу. Для оформления продления срока действия квалификационной категории, срок действия которой закончился во время отпуска по уходу за ребенком, необходимо подать в экспертную группу по специальности личное заявление о продлении категории, приложив к нему копию свидетельства о рождении ребенка и копию имеющегося квалификационного удостоверения. По истечении года работы они могут ее подтвердить с предоставлением отчета о работе по специальности за указанный период. В случае утери документа о присвоении квалификационной категории на основании письменного обращения специалиста на имя председателя Аттестационной комиссии, выдается дубликат.

Силденафил

ДИНАМИКО

ГОЛУБАЯ ТАБЛЕТКА С МОДИФИЦИРОВАННЫМ СОСТАВОМ

ПОЖАЛУЙ, ЕДИНСТВЕННЫЙ «ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ» — ЭТО РЕМОНТ КВАРТИРЫ. И НИКАКОГО ПРИВЫКАНИЯ!*

Таблетка силденафила с модифицированным составом:[1]

- дает качественную эрекцию;[1, 2]
- обеспечивает минимум побочных эффектов;[2]
- *не вызывает привыкания.[3]

TEVA

1. Возможны побочные действия. Более подробная информация содержится в инструкции по медицинскому применению препарата Динамико.
2. Камалов А.А., Охоботов Д.А., Осмоловский Б.Е., Тахирзаде А.М., Геворкян А.Р. / Комбинированная терапия больных с симптомами нижних мочевых путей и эректильной дисфункцией. //Естественные и технические науки. – 2013. – № 1. 3. Giuliano F., Jackson G., Montorsi F., Martin-Morales A., Raillard P. Safety of sildenafil citrate: review of 67 double-blind placebo-controlled trials and the postmarketing safety database. The International Journal of Clinical Practice. Blackwell Publishing Ltd. Jan 2010, 64, 2, 240–255. ООО «Тева». 115054, г. Москва, ул. Валовая, д. 35.Тел.: +7 (495) 644-22-34, факс: +7 (495) 644-22-35/36. FIRE-DYN-AD-070415-EL-1414-060416. На правах рекламы.

Фальсификаты и качественные БАД для коррекции эректильной дисфункции – как их отличить?

Возможности и перспективы использования БАД в борьбе с эректильной дисфункцией (ЭД) в беседе с корреспондентом газеты Александром Рыловым обсудил член-корреспондент РАН, заведующий кафедрой урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова профессор А.А. КАМАЛОВ

– В арсенале врача-уролога и андролога все больше прибавляется химиопрепаратов, но широко применяются также БАД, и ассортимент этих средств на фармрынке увеличивается. Каково сегодня отношение к ним урологов?

– Условно весь класс этих средств можно разделить на две группы. К первой относятся те БАД, эффективность и безопасность которых были изучены в клинике, несмотря на то что наше медицинское законодательство позволяет им выйти на рынок без сложных и дорогостоящих клинических испытаний. Я и мои коллеги активно участвуем в таких исследованиях, понимая, насколько важно, чтобы наш арсенал расширялся именно за счет БАД с проверенным действием и высоким профилем безопасности. Например, на базах ведущих медицинских институтов и кафедр страны были проведены испытания НейроДоза, АндроДоза, ПростаДоза, Вука Вука® и ряда других.

На последней из этих добавок хотел бы остановиться подробнее. Вука Вука® содержит натуральный комплекс ZIFO – уникальную растительную смесь пяти растений южноафриканского региона. Эта смесь берет свое начало из Зимбабве, и я был знаком с человеком, стоящим у истоков ее создания. Смесь этих растений была наработана семейными традициями, переходящими от отца к сыну во многих поколениях. Когда же рецепт ее передали специалистам западных фармкомпаний, она была воссоздана их технологами и прошла проверку в клинических испытаниях, подтвердивших, что, во-первых, это эффективное и безопасное средство, способствующее поддержанию эректильной функции, а во-вторых, что его действие связано именно с ингредиентами, заявленными при регистрации как активные компоненты. Только после этого БАД Вука-Вука ® поступила на фармрынок.

К этой группе БАД профессиональное сообщество урологов относится с доверием и широко использует их в своей практике. Причем на разных этапах профилактики заболевания и борьбы с ним роль растительных БАД может быть крайне важной в комплексном подходе, а по мере восстановления и реабилитации больного им зачастую отводится ключевая роль

– Уже понял из Ваших слов, что отношение урологов ко второй группе БАД, не прошедших испытаний, скорее настороженное.

– Действительно, большинство урологов воздерживаются от применения тех БАД, о которых мы узнаем в первый раз не из медицинских источников информации, а с экранов ТВ, буквально «пестрящих» рекламой различных добавок, в т.ч. применяемых для коррекции ЭД. В то же время наше отношение к этим средствам может измениться после того, как мы узнаем о результатах их испытаний в авторитетных урологических клиниках.

– Чем может быть опасно применение этих БАД с «неясным» действием?

– Увы, нередко встречается ситуация, когда по своему действию широко рекламируемый БАД оказывается «пустышкой». Если речь идет о пациентах, страдающих иными заболеваниями, чем ЭД, то вред для больного от «БАД-плацебо» заключается только в зря потраченных деньгах. Здоровье же пациента не страдает. Ведь обычно он продолжает принимать основное лекарство против его заболевания. Но особенностью ЭД является то, что для многих больных такого лекарства не существует, поскольку мужчина, стесняясь своего заболевания, не обращается к урологу, а прибегает к самолечению. И для него он выбирает БАД, с которыми знакомится либо из рекламы в СМИ, либо через знакомых. Здесь он может узнать о какой-то, якобы «инновационной» и очень эффективной БАД, на которую он и делает основную ставку в самолечении. Придя за этим средством в аптеку, он, разумеется, слышит заверения аптечного работника, что выбор правильный. Вообще «лечение у аптечного прилавка» и ангажированность аптечных работников стали сегодня острой проблемой уроандрологии, из-за которой нередко возникают сложности в оказании медицинской помощи таким больным.

Например, пациент с ЭД, уверовавший, что его непременно вылечит какая-то «самая сильная» БАД, обнаружив после использования этого средства, что оно бесполезно, ставит сам себе диагноз болезни тяжелой, а может, и неизлечимой. И поскольку психоэмоциональный компонент играет очень важную роль в патогенезе не только психогенной, но и органической ЭД, то течение болезни у мужчины, которого мы обсуждаем, существенно отягощается. Когда он наконец появляется на приеме у уролога, терапия ЭД становится значительно более трудной.

Но самое страшное, что применение «непроверенных» БАД с «неясным» действием опасно неожиданными побочными эффектами: в последнее время урологи все чаще стали сталкиваться с последствиями приема БАД, которые нас очень встревожили. Из сообщений пациентов, которые уже использовали для лечения ЭД лекарства из группы ингибиторов фермента фосфодиэстеразы 5 типа (ИФДЭ-5), а затем применяли БАД, оказывалось, что эти больные обнаруживали действие этих добавок, но вместе с ним и те характерные побочные эффекты, например головные боли, сухость во рту, нарушение цветовосприятия, с которыми они уже познакомились, принимая ИФДЭ-5. Но поскольку в заявленных компонентах этих БАД никакие лекарственные компоненты не значились, урологи не понимали причину этих побочных эффектов, хотя определенные подозрения у нас возникали. Только в апреле этого года такие подозрения и догадки стали уверенностью.

– А что случилось этой весной?

- Союз профессиональных фармацевтических организаций, Некоммерческое партнерство «Объединение производителей БАД к пище» и Аптечная Гильдия провели независимое исследование. В присутствии нотариуса было закуплено 8 наименований известных БАД различных серий в 6 аптеках Москвы, входящих в наиболее известные сети. Опечатанные образцы направили в известные исследовательские центры: РУДН, Центр лекарственного обеспечения и контроля качества ДЗМ, а также в Главный государственный центр судебно-медицинских и криминалистических экспертиз МО РФ.

По данным анализов, в 7 из 8 БАД для коррекции ЭД нашли соединения тадалафила – незадекларированные синтетические компоненты рецептурных лекарств. Законодательством РФ они запрещены для использования в составе БАД. Тадалафил, представляющий собой ИФДЭ-5, хорошо знаком любому урологу как основной компонент лекарств для лечения ЭД. Во всех развитых странах и в РФ они отпускаются строго по рецепту врача. Средняя рекомендованная одно-

«...»

Большинство урологов воздерживаются от применения тех БАД, о которых мы узнаем в первый раз не из медицинских источников информации, а с экранов ТВ

разовая дозировка такого препарата, зарегистрированного в нашей стране, составляет 20 мг. А в некоторых образцах БАД это доза была превышена в несколько раз! Моим коллегам отлично известно, что препараты на основе ИФДЭ-5 имеют достаточно широкий набор противопоказаний и должны использоваться с предосторожностью при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, артериальной гипертензии, при приеме кардиотропных, антигипертензивных препаратов и других. При бесконтрольном употреблении ИФДЭ-5 возможны серьезные побочные эффекты, их список открывают (как самые опасные) остановка сердца, инсульт и инфаркт миокарда.

– ***Сколько же мужчин могли купить эти недобросовестные БАД?***

– В середине мая результаты независимой проверки были озвучены на парламентских слушаниях, посвященных противодействию фальсифицированной медицинской продукции и ратификации конвенции Совета Европы «Медикрим», к которой наша страна готовится присоединиться. Я сказал о международном соглашении в области уголовного права, связанном с борьбой с фальсификатами на международном уровне.

Выступая на этих слушаниях, исполнительный директор «Объединения производителей БАД к пище» Леонид Марьяновский обратил внимание на высокую общественную опасность выявленных фактов. БАД для коррекции ЭД являются лидерами продаж среди прочих добавок, ежегодно занимая первые четыре строки в ТОП-20 рейтинга самых востребованных БАД. Общий объем только аптечных продаж подобных БАД в прошлом году превысил 5 млрд руб. Каждый день в аптеках нашей страны продавалось около 15 тыс. таких упаковок. А это значит, что в результате применения фальсификатов возникла угроза здоровью сотен тысяч российских мужчин. По мнению Леонида Марьяновского, подобные нарушения носили массовый характер и представляли серьезную угрозу для здоровья людей, а потому контролирующие органы должны оперативно отреагировать на такие случаи.

Я считаю, что фальсификаты БАД должны быть изъяты из продажи.

– ***Каким образом можно изъменить сложившуюся ситуацию?***

– Самым надежным аргументом в пользу доверия к БАД для пациентов с ЭД является именно их независимая проверка. Считаю, что и в дальнейшем такие добавки должны проходить контроль по тому количественному и качественному составу, который заявлен на удостоверение при регистрации. А иначе мы не будем понимать проблемы, возникающие у наших пациентов, потребляющих эти средства. Так вот, в результате проверки, о которой я рассказал, из 8 БАД была выявлена одна с составом, полностью соответствующем заявленному на упаковке, и в которой тадалифил не обнаружили, т.е. лишь в образцах БАД Вука Вука® не было найдено незадекларированных сильнодействующих фармацевтических субстанций химического происхождения. Таким образом, этому БАД можно доверять. У него есть все основания для того, чтобы остаться на фармрынке, и убирать его с аптечных полок вместе с фальсифицированными добавками было, конечно, неправильно.

– ***В начале нашей беседы Вы сказали, что эта добавка прошла исследования не только в западных странах, но и в России?***

– Да, это было слепое сравнительное рандомизированное плацебо-контролируемое исследование эффективности и безопасности комплекса Вука Вука®, проведенное на базе НИИ урологии (Москва) с участием 50 мужчин в возрасте 19–70 лет, страдающих ЭД различной этиологии. Результаты работы показали, что Вука Вука® способствует поддержанию эректильной функции как в качестве моносредства, так и при одновременном приеме с лекарственными средствами при ЭД легкой и умеренной выраженности у пациентов всех возрастов, превышая в 2 раза эффекты плацебо. Достоверный результат проявлялся при длительности применения этого комплекса не менее 30 дней. Исследование установило, что Вука Вука® характеризуется высокой безопасностью и переносимостью, в т.ч. и у пожилых полиморбидных пациентов.

– ***Какие рекомендации Вы могли бы дать по применению этого комплекса?***

– На Ваш вопрос дам более широкий ответ – как вообще применять БАД для коррекции ЭД? Прежде всего, необходимо определить, страдает пациент органической или психогенной ЭД. И если оказывается, что у больного есть нормальные ночные эрекции, то, как правило, речь идет о психогенном расстройстве. Тогда лечение надо начать с максимально допустимых доз сильнодействующих лекарств, поскольку в этой ситуации очень важно сразу же убедить пациента, что его болезнь излечима. И таким образом, уже на старте терапии «подорвать» т.н. синдром ожидания неудачи, свойственный данным больным.

– ***В каких случаях следует рекомендовать БАД при ЭД?***

– БАД могут назначаться при эректильной дисфункции легкой и умеренной выраженности. И очень важно, чтобы перед рекомендацией БАД и лекарственных средств уролог тщательно обсудил с пациентом проблемы его лечения, сравнил достоинства и недостатки химиопрепаратов и БАД, особенности и возможные результаты их использования. В подобных беседах я объясняю пациенту, что хотя эффекты БАД по своей силе и уступают лекарствам, но первые гораздо более безопасны и их можно применять длительными курсами для поддержания нормальной эректильной функции, в т.ч. и в комбинации с лекарственными средствами, действующими «по требованию». В таком обсуждении я предоставляю моему собеседнику возможность информированного выбора в пользу того или иного способа коррекции его расстройства, в итоге мы принимаем совместное решение.

Обязательным моментом таких бесед должно быть убеждение больного в том, что даже к самому действенному и проверенному в исследованиях к БАД нельзя относиться как к последней надежде в борьбе с ЭД. Если окажется, что уже в качестве первой линии применения это средство нормализовало эректильную функцию – отлично! Кстати, мой опыт показывает, что достаточная часть больных ЭД органического происхождения, скорректировав свой образ жизни и начав принимать БАД, обнаружили, что их состояние после этого заметно улучшилось. После этого они смогли избежать фармакотерапии. Но больной должен понимать, что если БАД не принесет результата, то в арсенале уролога есть мощные лекарства, которые помогут вылечить болезнь.

– ***Армаис Альбертович, Ваше мнение: больным ЭД не следует применять БАД в порядке самолечения. Обследование и консультация у уролога здесь необходимы. А может, целесообразно сделать такие БАД рецептурной формой?***

– Нет, я против такой меры. Но обследование у специалиста действительно, необходимо, причем не только для выбора способа коррекции ЭД. В последние годы мы узнали много нового о патогенезе этой патологии. Оказалось, что она является у части пациентов не только следствием и «спутником» многих заболеваний, и в первую очередь входящих в состав метаболического синдрома, но и их предиктором. Кровеносные сосуды полового члена более тонкие и хрупкие, чем в большинстве других органов. Нередко именно с них начинается атеросклеротическое поражение сосудистой системы или наступающее как микрососудистое осложнение сахарного диабета. И в этих проблемах мультидисциплинарного характера уролог в сотрудничестве с кардиологами, эндокринологами, другими специалистами должен разобраться обязательно, поскольку многим больным ЭД требуется комплексное лечение, включающие помимо лекарств и БАД для восстановления ЭД также и препараты других функциональных классов и механизмов действия.

«...»

БАД могут назначаться при эректильной дисфункции легкой и умеренной выраженности

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

Реабилитация пациентов после проведения диагностических инвазивных вмешательств в урологии

О возможностях реабилитации и улучшения качества жизни пациентов после инвазивных диагностических вмешательств корреспонденту газеты Елене Ворониной рассказал заслуженный врач РФ, профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой урологии ФМБА, заведующий отделением урологии (малоинвазивных методов диагностики и лечения урологических заболеваний) ГКБ № 57 ДЗМ Алексей Георгиевич Мартов.

– Алексей Георгиевич, какова частота проведения биопсий предстательной железы?

Биопсия предстательной железы – одна из частых диагностических инвазивных процедур в современном урологическом мире. И это связано, прежде всего, со скринингом и ранней диагностикой достаточно серьезного заболевания – рака предстательной железы, с одной стороны, и с бурным развитием медицинских технологий с другой стороны, что позволяет провести на должном уровне биопсию, и дает возможность радикального лечения при подтверждении онкологического диагноза.

Это качественно новый уровень ранней диагностики потенциально излечимого заболевания и реальная возможность в наши дни уменьшения смертности от одного из видов рака. При повышении показателя простатического специфического антигена (ПСА) выше порогового значения и возрастной нормы, после урологического обследования, включающего, по крайней мере, пальцевое ректальное исследование и трансректальное УЗИ, при подозрении на рак, выполняется биопсия предстательной железы.

О точной частоте говорить довольно сложно, цифры зависят от страны, в которой выполняется исследование. В стандартах Российской Федерации показанием к проведению инвазивного диагностического исследования предстательной железы является уровень ПСА выше 4 нг/мл. В этом случае диагностическая процедура должна проводиться каждому из таких пациентов.

– То есть, можно сказать, что биопсия предстательной железы – одно из самых частых инвазивных диагностических исследований?

Да, можно сказать и так. Биопсия расценивается как достаточно безопасная процедура, но, как любое инвазивное вмешательство может приводить к развитию осложнений. К наиболее частым из них можно отнести инфекционно-воспалительные и геморрагические осложнения.

Частота осложнений по данным разных авторов довольно серьезно разнится. Например, геморрагические осложнения после биопсии простаты могут наблюдаться в 10–84% случаев. Разброс, как мы видим, огромный, конечная цифра зависит от многих факторов: технического оснащения урологического отделения, опыта и частоты проведения подобных процедур в конкретной клинике и некоторых других.

Инфекционно-воспалительные осложнения могут наблюдаться в 3–20% случаев. Основная часть из них – это обострение хронического простатита. К сожалению, в эту группу осложнений входят редкие случаи серьезных воспалительных процессов, вплоть до развития бактериотоксического шока. Таких пациентов немного, но это очень тяжелая категория пациентов, которые в ответ на простейшее вмешательство развивается системная воспалительная реакция организма вплоть до летального исхода.

Примерно в 10–20% случаев, пациенты могут отмечать болевые ощущения и дискомфорт в области малого таза, нарушения мочеиспускания. Основными причинами последних являются воспалительный процесс и отек, поэтому правильнее было бы отнести их к разряду инфекционно-воспалительных процессов. В некоторых случаях после процедуры могут наблюдаться нарушения половой функции.

Если говорить об учреждениях, которые проводят биопсии в постоянном режиме и владеют методом на хорошем уровне, то реальный суммарный показатель осложнений не превышает 5–10%.

– При инвазивных вмешательствах наблюдается бактериальное или асептическое воспаление?

Трудно сказать однозначно. Как и любой орган, предстательная железа может быть подвержена воспалительному процессу любой этиологии. Нельзя забывать, что моча является условно стерильной средой и антибактериальная терапия перед и после проведения процедуры, с моей точки зрения, должна быть назначена в обязательном порядке.

– Проводите ли вы выявление инфекционно-воспалительного процесса перед выполнением биопсии предстательной железы?

Это обязательное условие. Биопсия – это инвазивная процедура, относящаяся к разряду оперативных вмешательств, хотя, к сожалению, у нас в стране в реестр оперативных вмешательств она не занесена. С моей точки зрения это оперативное вмешательство и относиться к процедуре нужно соответственно.

Для снижения частоты возможных инфекционно-воспалительных осложнений перед инвазивным вмешательством в обязательном порядке проводится антибактериальная профилактика – однократное введение лекарственного препарата – фторхинолона. В тоже время, мы всегда учитываем анамнез пациента – если он страдает хроническими воспалительными заболеваниями, назначение антибактериальных препаратов перед процедурой проводится в более длительном режиме. Это то, что касается назначения антибактериальных препаратов перед вмешательством.

– Каковы стандарты антибактериальной терапии после проведения инвазивного вмешательства?

По стандартам оказания медицинской помощи, после биопсии предстательной железы, как и после других инвазивных урологических вмешательств в обязательном порядке проводится антибактериальная и противовоспалительная терапия в течение 5 дней. Обычно это ципрофлоксацин по 250 мг 2 раза в день и ректальные суппозитории с индометацином.

– Требуется ли пациентам дополнительная терапия после проведенных диагностических инвазивных вмешательств?

Как показывают последующие наблюдения, пациенты нередко отмечают неудовлетворительное качество жизни после инвазивных вмешательств (не только биопсии, но и цистоскопии). Другой фактор, который необходимо учитывать – по данным статистики более чем 45% пациентам в течение последующего года после биопсии простаты проводится тот или иной вид оперативного лечения. Все это натолкнуло нас на обоснование необходимости дополнительной реабилитационной терапии этой категории пациентов.

Учитывая все это и свой прошлый опыт, в своей клинике мы стали применять цитомедины для профилактики осложнений и улучшения качества жизни пациентов после трансуретральной резекции предстательной железы и достигли определенных успехов в их реабилитации. Это стало возможным после проведения собственных клинических исследований. Руководствуясь полученным опытом, стали широко применять

«...»

Показанием к проведению биопсии предстательной железы является уровень ПСА выше 4 нг/мл

цитомедины и после малых инвазивных вмешательствах – биопсии и цистоскопии.

– Не могли бы Вы подробнее рассказать о цитомединах и какое место занимают они в урологической практике?

Цитомедины – это группа эндогенных биологически активных веществ, по химической структуре относящихся к регуляторным пептидам и имеющих тканевое происхождение из предстательной железы животных.

Пептиды, как хорошо известно, выполняют множество биологически значимых функций, среди которых можно выделить регуляторную (гормоны, цитокины и др.), сигнальную (рецепторы) и структурную. Для лечения и профилактики заболеваний предстательной железы используют биорегуляторные пептиды.

В своей клинике мы используем лекарственный препарат Витапрост® Форте – цитомедин, являющийся комплексом полипептидных фракций, выделенных из предстательной железы крупного рогатого скота.

Показаниями для использования Витапрост® Форте в урологической практике являются: доброкачественная гиперплазия предстательной железы и хронический простатит, а также состояния после оперативных вмешательств на предстательной железе. В нашей клинике, как я уже сказал, Витапрост® положительно зарекомендовал себя в терапии расстройств мочеиспускания после перенесенной трансуретральной резекции простаты (ТУРП).

– Какие основные механизмы действия цитомединов?

Биологические эффекты цитомединов можно описать на примере препарата Витапрост®, о котором сегодня идет речь – его применение способствует снижению активности воспалительного процесса, снижению отека и вследствие этого уменьшению объема предстательной железы. Отмечается уменьшение лейкоцитарной инфильтрации простаты. Помимо этого, значимым является улучшение кровоснабжения в железе и, что хочу подчеркнуть особо, в стенках мочевого пузыря. Это можно объяснить антиагрегантными свойствами препарата и наблюдаемым уменьшением тромбообразования в сосудах предстательной железы.

Применение препарата стимулирует физиологическую репарацию. В урологии, безусловно, важным является способность влиять положительно на эректильную функцию, нарушения которой в ряде случаев могут наблюдаться у пациентов после перенесенных инвазивных вмешательств.

Все это приводит к ряду клинических эффектов, которые в урологии принято оценивать с помощью различных шкал, опросников и т.д.

При применении Витапрост® как после проведения ТУРП, так и после биопсии предстательной железы и цистоскопии при оценке по международной шкале простатических симптомов (International Prostatic Symptom Score, I-PSS) происходило снижение симптоматики заболевания и улучшение качества жизни. По данным визуально-аналоговой шкалы, пациенты отмечают меньший дискомфорт при применении этих препаратов при добавлении к базисной терапии и более быстрое восстановление скорости мочеиспускания. Можно также говорить о более быстрой нормализации уровня лейкоцитурии и показателей спермы.

То есть, в клинической практике мы видим положительное влияние, как на процесс воспаления, кровообращения и микроциркуляцию, так и на сперматогенез, что приводит в итоге к быстрому восстановлению после инвазивной процедуры и снижению определенных проблем.

Нередко биопсия проводится у пациентов, страдающих аденомой предстательной железы с присутствующими проблемами мочеиспускания, в ответ на инвазивное вмешательство у таких пациентов можно прогнозировать острую задержку мочи. Надо отметить, что именно боязнь развития этой ситуации после биопсии, является одним из главных страхов наших пациентов, помимо онкологической настороженности. Это может иметь отрицательные последствия и приводить к позднему обращению и позднему проведению процедуры. Применение Витапроста® способствует профилактике этого состояния. Эти данные были получены в нашем клиническом исследовании.

Опять же, возвращаясь к осложнениям инвазивных диагностических вмешательств, в ответ на биопсию простаты нечасто, но может наблюдаться довольно выраженная гематурия. Отмечено влияние цитомединов на степень гематурии после биопсии.

И, наконец, несмотря на проведение антибактериальной терапии, могут быть случаи обострения хронического простатита, и даже воспаление яичка - орхиэпидимита. Витапрост® положительно влияет на воспалительный процесс, способствует профилактике подобных воспалительных осложнений.

– Алексей Георгиевич не могли бы Вы остановиться на результатах клинического исследования эффективности препаратов Витапрост® Форте и Витапрост®, таблетки после проведения биопсии предстательной железы?

В клиническом исследовании мы оценивали терапевтические эффекты препаратов и возможности улучшения реабилитации пациентов после малых инвазивных диагностических вмешательств, включив пациентов не только после биопсии простаты, но и после цистоскопии.

Цистоскопия проводится в большей степени при подозрении на опухоли мочевого пузыря или при гематурии. Довольно стандартная и частая урологическая процедура. При цистоскопии действуют те же правила антибактериальной терапии, как и при биопсии простаты.

Всего было отобрано 90 пациентов мужчин, соответствующих критериям включения: в возрасте от 50 до 70 лет, с сохранной половой функцией по данным опроса, отсутствием признаков инфекций мочеполовых путей до процедуры, с наличием подписанного пациентом информированного согласия, высокой готовностью следовать указаниям врача.

Все пациенты были разделены на 2 группы. Пациентам обеих групп проводилась стандартная антибактериальная и противовоспалительная терапия в соответствии со стандартами лечения пациентов после инвазивных вмешательств такого рода. Витапрост® форте назначался пациентам основной группы в первые 10 дней после малых инвазивных диагностических вмешательств в виде ректальных суппозиториев с последующим переходом на Витапрост®, таблетки на аналогичный период.

Период наблюдения за пациентами составлял 30 дней, промежуточная оценка проводилась на 5 сутки после выполненных инвазивных процедур.

Мы получили ряд данных, свидетельствующих о целесообразности назначения терапии препаратом Витапрост® Форте с последующим переходом на Витапрост®, таблетки в этой группе пациентов. Суммируя результаты пациентов после инвазивных вмешательств, можно отметить снижение симптоматики заболевания по шкале I-PSS, улучшение качества жизни, более выраженное снижение объема простаты и улучшение максимальной объемной скорости мочеиспускания по сравнению с результатами контрольной группы.

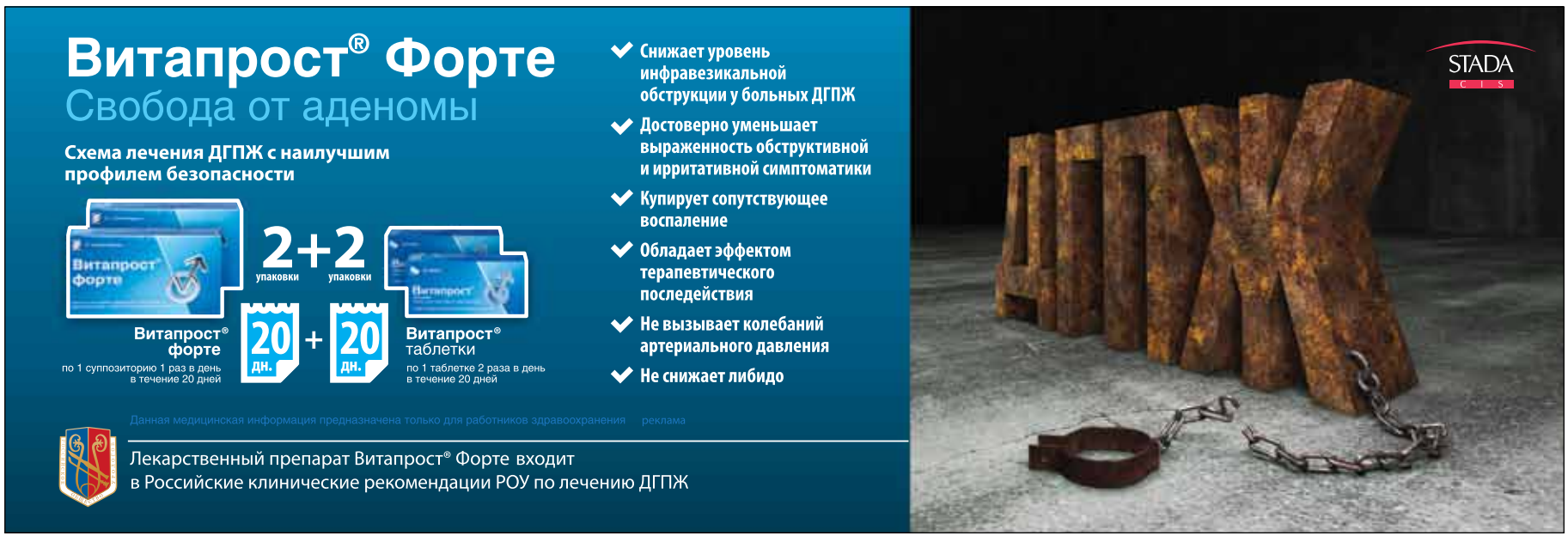
Кроме того, было выявлено статистически достоверное преимущество в отношении снижения показателей эритроцитурии и лейкоцитурии как на 5-е сутки после вмешательства, так и спустя 1 месяц. Уровень осложнений был невысок и одинаков в группах, но в тоже время использование терапии препаратом Витапрост® Форте с последующим переходом на Витапрост®, таблетки, позволило снизить риск развития острой задержки мочеиспускания и частоты гемоспермии.

Полученные результаты позволяют нам рекомендовать применение препарата Витапрост® Форте, суппозитории ректальные с последующим переходом на Витапрост®, таблетки, в качестве реабилитационной схемы после проведения инвазивных урологических вмешательств.

«...»

Полученные результаты позволяют рекомендовать Витапрост® в качестве препарата реабилитационной схемы после проведения инвазивных урологических вмешательств

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ



Проблемы мужского здоровья требуют государственного внимания

Сохранение репродуктивного здоровья населения России – одна из важнейших государственных задач. Как она решается сегодня? Какие приоритеты в этой области особенно важны? Почему необходим междисциплинарный подход к этой проблеме? Об этом корреспонденту газеты «Московский уролог» рассказал директор НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина, д.м.н., профессор, главный внештатный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью Олег Иванович Аполихин.

– В настоящее время Министерство здравоохранения Российской Федерации (РФ) уже добилось колоссальных успехов в борьбе с материнской и младенческой смертностью. Эти показатели достигли исторического минимума. Во всех субъектах РФ сегодня действуют высокотехнологичные перинатальные центры, в которых любая женщина может получить квалифицированную медицинскую помощь при самых тяжелых заболеваниях.

Однако уже совсем скоро Россия в полной мере ощутит последствия огромной демографической «ямы» конца 80-х – начала 90-х гг. Количество женщин детородного возраста от 20 до 29 лет, на которые приходится до 2/3 рождений детей, ориентировочно снизится почти в 2 раза. Даже сегодня среднероссийский коэффициент рождаемости заметно ниже необходимого для простого поддержания численности населения: 1,7 ребенка на женщину при необходимых 2,1. Самые оптимистичные прогнозы на ближайшие несколько лет не обещают достижения этой отметки.

Именно поэтому в 2014 г. в фокусе Минздрава впервые появилась проблема профилактики репродуктивного здоровья. Министр здравоохранения Вероника Скворцова дала поручение мне, как главному специалисту Минздрава России по репродуктивному здоровью, подготовить предложения в Концепцию охраны репродуктивного здоровья населения России, которые бы учитывали комплексный характер репродуктивного процесса и равное участие в нем мужчины и женщины. Базисным в деятельности врачей должен стать профилактический подход, направленный как на снижение факторов риска здоровью, так и на раннее выявление заболеваний.

Основа реализации Концепции – диспансеризация, т.е. профилактическое выявление мужчин и женщин, нуждающихся в медицинской помощи или имеющих риски нарушения здоровья, в т.ч. репродуктивного. Алгоритм действий такой – проводятся анкетирование и первичный осмотр, пациенты делятся на группы риска. Затем для каждой группы составляется план реабилитации. Такой подход полностью соответствует современной тенденции развития российского здравоохранения – переориентированию на профилактический подход.

Наряду с совершенствованием оказания медицинской помощи тем, кто уже заболел, акцент в Концепции делается на борьбу с факторами риска, предупреждение развития заболеваний, а также их ранее выявление и максимально эффективное лечение.

– В начале июля в Москве проходил Международный форум «Новые горизонты репродуктивного здоровья». В его рамках проводилось Совещание главных специалистов по внесению предложений в Концепцию охраны репродуктивного здоровья населения РФ. Какие предложения запланировано внести? Есть ли какие-то новшества?

– Основная цель Концепции охраны репродуктивного здоровья населения РФ – реализация репродуктивного потенциала семьи и снижение репродуктивных потерь среди населения. Этого планируется достичь путем:

– совершенствования законодательной базы в области охраны репродуктивного здоровья граждан;

– усиления взаимодействия органов государственной власти, профессионального сообщества и институтов гражданского общества в области охраны репродуктивного здоровья;

– формирования мотивации здорового образа жизни, способствующего профилактике репродуктивных нарушений;

– формирования профилактической среды в области репродуктивного здоровья населения.

Что касается новшеств, могу привести в пример интересный опыт в Воронежской, Калужской и Липецких областях. По решению Администрации этих областей, внедрены т.н. «Сертификаты молодоженов». Они выдаются людям, подающим заявление на регистрацию брака в ЗАГС. С «Сертификатом молодоженов» жених и невеста могут пройти бесплатное обследование репродуктивной системы и заранее узнать, если у них какие-либо факторы риска, способные привести к бесплодию или другим проблемам со здоровьем.

– Также в рамках форума прошло Координационное совещание по внесению предложений в Концепцию охраны репродуктивного здоровья стран – участников СНГ? Какие совместные проекты по улучшению репродуктивного здоровья в странах СНГ планируются в ближайшие годы?

– В 2014 г. произошло несколько событий, которые показали значимость вопросов репродуктивного здоровья не только для профессионального сообщества в России, но и для органов власти во многих государствах. Так, на XXV заседании Совета по сотрудничеству в области здравоохранения СНГ в Минске Совет попросил Минздрав РФ и Минздравсоцразвития Республики Казахстан создать Концепцию «Репродуктивное здоровье и активное социальное долголетие населения стран СНГ». Это происходит в настоящее время. При создании Концепции был учтен опыт казахских урологов по реализации Федеральной программы «Мужское здоровье» с организацией кабинетов мужского здоровья. Эти кабинеты оснащены современным оборудованием и осуществляют все виды профилактики и лечения.

В июле 2014 г. в ходе визита Президента России Владимира Путина на Кубу был подписан меморандум о сотрудничестве в области охраны здоровья мужского населения между министерствами здравоохранения России и Кубы. В рамках исполнения этого меморандума в кубинской провинции Матанзас и в Воронежской области стартовали пилотные проекты по дополнительной диспансеризации мужского населения. Эти события показывают признание важности решения проблем репродуктивного здоровья на самом высоком уровне.

– Сейчас программа обучения урологии в вузах занимает всего 1–2 недели, вопросы репродуктивного здоровья практические не освещаются. Планируется ли расширение их изучения в вузах и рамках постдипломного образования?

– Действительно, вопросам репродуктивного здоровья в нынешней системе медицинского образования уделяется недостаточно внимания, несоразмерно тому огромному значению, которое оно оказывает на благополучие общества. Объемы обучения в вузах той или иной дисциплины сегодня определяются Федеральными государственными образовательными стандартами, разрабатываемыми Минобрнауки. Вопросы профилактического подхода к репродуктивному здоровью только недавно попали в фокус внимания Минздрава. Для того чтобы изменить существующее положение дел и обеспечить более глубокое освещение вопросов репродуктивного здоровья в вузах, необходима координация деятельности Минздрава и Минобнауки. Мы планируем заняться этим в самое ближайшее время. В рамках системы постдипломного образования сегодня вузы и научные центры предлагают множество программ дополнительного профессионального образования по вопросам репродукции. Но, к сожалению, все они освещают лишь одну сторону проблемы: мужское или женское здоровье. И все рассказывают лишь о лечении, но не о первичной профилактике и факторах риска.

– Будет ли создаваться отделение репродуктивного здоровья в Институте урологии?

– В НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина сейчас действует отдел андрологии и репродукции человека, а также отдел развития региональной урологии. Силами сотрудников этих отделов осуществляется внедрение в регионы РФ пилотных проектов по организации системы охраны репродуктивного здоровья. Охрана репродуктивного здоровья – это междисциплинарная проблема, которая может быть решена только при активном участии урологов, гинекологов, педиатров, дерматовенерологов, репродуктологов. Одни лишь урологи или, например гинекологи, отдельно не могут обеспечить комплексный подход к проблеме.

– С 2014 г. действует российско-германская программа дополнительного профессионального образования «Андрология», организованная НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина и Гиссенским университетом им. Юстуса Либиха. Как родилась эта идея, удалось ли реализовать намеченные цели?

– Идея о создании отечественной программы дополнительного профессионального образования по андрологии родилась несколько лет назад. Было четкое понимание, что не надо заново изобретать велосипед, а стоит использовать то лучшее, что уже создано ведущими специалистами. Так как российским проектам часто не хватает структурности, было принято решение применить опыт Германии как страны, славящейся своей любовью к четкости и порядку. Профессор Вольфганг Вайднер, который вошел в Оргкомитет программы, в течение многих лет руководил процессом андрологического образования в Германии, где андрология выделена в отдельную медицинскую специальность. Мы адаптировали под рос-

сийские реалии объединенную учебную программу Европейской академии андрологии и андрологической секции ЕАУ. В результате получилась крупнейшая на сегодняшний день в России программа дополнительного профессионального образования по андрологии. Программа является полностью дистанционной. Мы записали более 80 лекций с участием 45 преподавателей из 4 стран, создали с нуля электронную систему анализа клинических случаев. По этой программе уже прошли обучение более 150 врачей из 20 городов России и стран СНГ. Были проведены переговоры об аккредитации со стороны европейской академии андрологии. То есть эта международная организация будет начислять кредиты в системе непрерывного медицинского образования за прохождение программы «Андрология».

– Насколько отличается ситуация по охране репродуктивного здоровья в России от таковой в европейских странах? Какой опыт следует перенять россиянам? Или, наоборот, может быть в чем-то жителям Европы стоит поучиться у нас?

– Нам есть чему поучиться друг у друга. К примеру, российским проектам и структурам часто не хватает того порядка и эффективности, которыми характеризуются немецкий и швейцарский подходы. В то же время российская медицина всегда славилась своей социальной направленностью и широтой охвата мероприятий. Одним из главных достижений советского здравоохранения была хорошо выстроенная система профилактики, предложенная в свое время легендарным академиком, наркомом здравоохранения СССР Николаем Семашко. И сегодня мы вновь обращаемся к этому опыту.

– Сейчас во многих странах Европы все популярнее становится нетрадиционная сексуальная ориентация. Какие последствия могут иметь подобные отношения?

– Нетрадиционная сексуальная ориентация – это не просто феномен, пропаганда которого запрещена Федеральным законодательством, но и тупиковый, с точки зрения репродукции, путь. Природа дала человеку два пола: мужской и женский. И только путем соединения представителей разных полов может быть реализован естественный репродуктивный потенциал.

С точки зрения репродуктивного здоровья гомосексуальные контакты гораздо чаще приводят к заражению партнера ВИЧ или гепатитом. Кроме того, по некоторым данным, гомосексуалисты меняют в среднем 15 половых партнеров в год. Эта цифра существенно выше, чем среднее число партнеров гетеросексуальных лиц.

– Другой аспект современной жизни – широкое внедрение методов ЭКО. Как вы думаете, может ли в будущем экстракорпоральное оплодотворение заменить естественное?

– На мой взгляд, даже самые современные технологии не способны заменить миллиарды лет эволюции жизни на Земле. В 2012 г. доля детей, родившихся благодаря ЭКО, составила 0,8% от всех рождений и вряд ли в ближайшие десятилетия эта цифра существенно вырастет. ЭКО – это продукт прогресса технологий и медицинской науки; безусловно, этот метод является выходом для многих пар, страдающих тяжелыми формами бесплодия. Однако распространение методов ЭКО – это не то, чем можно гордиться. Высокая потребность в ЭКО свидетельствует, прежде всего, о наших недоработках в области профилактики и борьбы с факторами риска, а также о высокой распространенности бесплодия.

– В последнее время все чаще звучат предложения о запрете абортов. Что Вы думаете по этому поводу?

– Мое отношение к абортам – отрицательное. Хотя я считаю, что принятие такого решения – личное дело человека, но как врач, я не могу это одобрить. В клятве Гиппократа есть такие слова: «Я не дам никому просимому у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария*. Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство». Я полностью согласен с этим изречением.

На мой взгляд, нужно работать с людьми в направлении формирования общественного негативного отношения к абортам, повышения авторитета и роли семейного института, укрепления нравственных и моральных ценностей. В этом смысле очень важны первичная профилактика, половое просвещение и нравственное, традиционное воспитание детей.

– Вам приходится много и напряженно работать. Как удается поддерживать хорошую физическую форму?

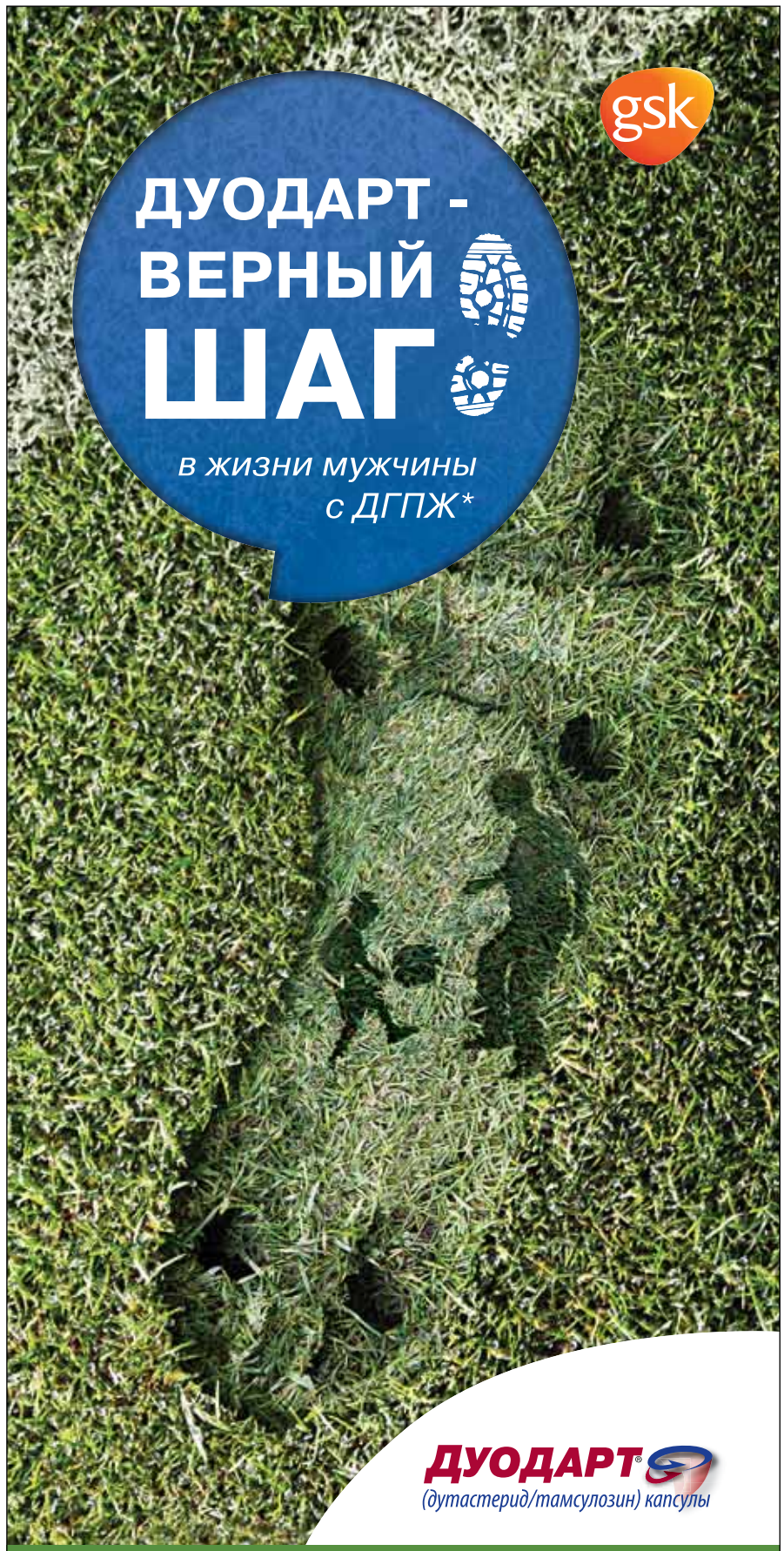
– Стараюсь вести активный образ жизни, слежу за питанием, не переедаю, не ем фастфуд. Занимаюсь спортом, т.к. знаю, что для здоровья мужчины необходима адекватная физическая нагрузка. По возможности, в выходные делаю пробежки по 5–7 км, упражнения на свежем воздухе. Я занимаюсь так уже много лет, к сожалению, не всегда систематически, но по мере возможностей стараюсь это делать.

– Ваши пожелания коллегам и читателям газеты «Московский уролог»?

– Мужского здоровья и женского счастья! Потому что мужское здоровье – в женских руках, женское счастье – в мужских. А еще мне хочется пожелать, чтобы врачи-урологи, которые занимаются проблемой мужского здоровья, сами не были антиподами мужского здоровья. Если врач дает рекомендации своему пациенту: «Вам не надо курить, надо сбросить лишний вес и т.д.», а сам имеет все признаки метаболического синдрома, это не очень убеждает. Врач должен быть примером для своих пациентов как в физическом смысле, так и в нравственном отношении.

Беседовала Юлия Пескова

** Так называлось в то время абортивное средство на основе плодогонных растений, вызывающих выкидыш. Обычно его использовали всевозможные знахари, колдуны и прочая «темная сила». Врачи считали это делом недостойным и всячески отделяли себя от подобного «лечения».*



* с риском прогрессии заболевания. ДГПЖ – доброкачественная гиперплазия предстательной железы

1. Российские клинические рекомендации "Урология" под ред. Аляева Ю.Г. и соавт., 2015. **2.** S. Gravas, T. Bach, A. Bachmann, M. Drake, M. Gacci, C. Gratzke, S. Madersbacher, C. Mamoulakis, K.A.O. Tikkinen "Guidelines on the Management of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO)", European Association of Urology guidelines 2015

Краткая информация о препарате Дуодарт. Торговое название препарата: Дуодарт®. Группировочное наименование: дутастерид + тамсулозин.Фармакологическая группа: простаты гиперплазии доброкачественной средство лечения. Лекарственная форма: капсулы с модифицированным высвобождением. Показания к применению: Лечение и профилактика прогрессирования доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Противопоказания: Повышенная чувствительность к дутастериду, другим ингибиторам 5-α редуктазы, тамсулозину или любому другому компоненту, входящему в состав препарата. Ортостатическая гипотензия (в т.ч. в анамнезе). Выраженная печеночная недостаточность. Возраст до 18 лет. Применение препарата противопоказано женщинам и детям. Способ применения: Рекомендуемая доза препарата Дуодарт одна капсула внутрь один раз в сутки, спустя приблизительно 30 минут после одного и того же приема пищи. Побочные явления: Эректильная дисфункция, снижение либидо, нарушение эякуляции, гинекомастия. аллергические реакции (включая сыпь, зуд, крапивницу, локализованный отек), головокружение и ангионевротический отек. Применение при беременности и лактации: Препарат Дуодарт противопоказан для применения у женщин. Нет данных о выделении дутастерида или тамсулозина с грудным молоком. Взаимодействие с другими препаратами: Дутастерид: При проведении исследований взаимодействия дутастерида с тамсулозином, теразозином, варфарином, дигоксином и колестирамином у человека каких-либо клинически значимых фармакокинетических или фармакодинамических взаимодействий не отмечалось. Тамсулозин: Имеется теоретический риск усиления гипотензивного эффекта при применении тамсулозина совместно с препаратами, способными снижать артериальное давление, включая анестетики, ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа и другие α1-адреноблокаторы. Не следует применять препарат Дуодарт в комбинации с другими α1-адреноблокаторами. Форма выпуска: Капсулы с модифицированным высвобождением, 0,5 мг + 0,4 мг. По 30, 90 капсул во флаконе из полиэтилена высокой плотности. Перед применением следует ознакомиться с полной версией инструкции по применению.

Полные указания по применению препарата (полную инструкцию) можно получить по адресу:
ЗАО «ГлаксоСмитКляйн Трейдин»: 121614, Москва, ул. Крылатская, д. 17, стр.3
Тел.: (495) 777-8900, факс: (495) 777-8901
RU/Pharma/0001/15 06/07/2015

Реклама

Концепция репродуктивного здоровья

Международный Форум «Новые горизонты репродуктивного здоровья» состоялся 9–10 июля 2015 г. в Москве. В рамках научной программы Форума рассмотрены наиболее актуальные вопросы современной репродуктивной медицины и обсуждена Концепция охраны репродуктивного здоровья населения Российской Федерации. В мероприятии принимали участие ведущие специалисты по репродуктивной медицине из Германии, Голландии, Греции, Италии, Республики Беларусь, Казахстана и России.

Сообщением о поручении Министра Здравоохранения РФ Вероники Игоревны Скворцовой подготовить Концепцию репродуктивного здоровья, обсуждению проекта которой будет посвящена работа мероприятия, открыл работу Международного Форума главный внештатный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью директор НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина, д.м.н., профессор Олег Иванович Аполихин.

– Проблема репродуктивного здоровья, как и проблема демографии, неразрывно связаны, – подчеркнул О.И. Аполихин. – Вопросы рождаемости, смертности, демографической ситуации – одни из основных вопросов здравоохранения, государственной политики в области общественного здоровья. Вопросы народонаселения – это вопросы государственной безопасности, – определил он значимость обсуждаемой проблемы.

С приветственными словами к участникам форума и пожеланиями успешной работы обратились директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения РФ, д.м.н., профессор Елена Николаевна Байбарина, действительный член Всемирной ассоциации сексуального здоровья (WAS) Мариэла Кастро Эспин, первый заместитель Председателя комитета Государственной Думы по охране здоровья, академик РАН, Заслуженный врач РФ Николай Федорович Герасименко и глава Департамента урологии, детской урологии и андрологии Гиссенского университета им. Юстуса Либиха, председатель секции Андрологической урологии Европейской урологической ассоциации EAU, профессор Вольфганг Вайднер. Президиум Форума представляли ведущие эксперты в области урологии, андрологии и гинекологии профессор О.И. Аполихин, профессор Вольфганг Вайднер и член-корр. РАН, профессор А.А. Камалов.

Президиум Форума

Директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения РФ Е.Н. Байбарина отметила, что проблема репродуктивного здоровья населения выходит за рамки медицинской и общечеловеческой проблем. Достигнуты успехи в ранней выявляемости онкологических заболеваний, в борьбе с абортами, в решении основополагающих вопросов материнства и детства, акушерской помощи, что закономерно повлияло на снижение детской смертности на сегодняшний момент. «Демографический кризис 90-х г., когда смертность превышала рождаемость, остался позади. Поднять на должный уровень заботу о здоровье мужчины – эта задача входит в проект Концепции. Забота о мужчинах должна выйти на первый план, следует больше внимание уделять именно ей», – подчеркнула Е.Н. Байбарина. Одно из направлений развития – это здоровый образ жизни, который является важной составляющей частью репродуктивного здоровья.

«...»

Охрана репродуктивного здоровья – важнейшая государственная, социальная и медицинская проблема

Первый заместитель Председателя комитета Государственной Думы по охране здоровья, академик РАН, Заслуженный врач РФ Николай Федорович Герасименко в приветственном слове подчеркнул, что рождаемость в стране относится к вопросам государственной политики, повысить рождаемость нельзя одними только медицинскими мерами. В своем выступление он отметил прогнозируемое уменьшение числа фертильных женщин к 2020 г., остановился на проблемах здорового образа жизни, которые влияют на здоровье потомства. Концепция, по мнению академика РАН Н.В. Герасименко, которая будет обсуждена на Форуме, требует очень серьезной и внимательной доработки с последующим привлечением к процессу органов государственной и законодательной власти. «Вопрос и те меры, которые требуют законодательного решения по репродуктивному здоровью, мы готовы обсуждать и поддерживать», – подчеркнул первый заместитель Председателя комитета Государственной Думы по охране здоровья Н.Ф. Герасименко.

Профессор Вольфганг Вайднер, глава Клиники урологии, детской урологии и андрологии в Гиссене пожелал успехов, отметил важность поиска причины возникших ситуаций и путей их решения.

Пленарный доклад главного специалиста по репродуктивной медицине Министерства здравоохранения РФ, профессора О.И. Аполихина был полностью посвящен Концепции охраны репродуктивного здоровья и социального долголетия народонаселения России и разработке индикаторов, отражающих положение дел. По прогнозам демографов, население России к 2050 г. уменьшится. Для сохранения численности народонаселения необходимо, чтобы на каждую женщину репродуктивного возраста приходилось не менее двух детей. Именно поэтому вопросы демографии и народонаселения в нашей стране должны получить статус государственной политики, отметил он.

Репродуктивное здоровье населения – это возможность иметь в семье желаемое количество детей. Решение ключевого показателя – рост народонаселения, наблюдается, когда решены все задачи, включая правильное репродуктивное поведение, направленное на создание семьи и осознания общечеловеческой ценности этого процесса. Вместе с тем все программы, существовавшие до этого, были направлены на существенное снижение репродуктивных потерь. Не менее важно теперь сконцентрироваться на другом ключевом факторе – мужском здоровье.

В рамках обсуждения путей решения проблемы О.И. Аполихин предложил создать действенное профилактическое направление в медицине, среду с ответственным отношением человека к своему здоровью. И первым шагом в решении этого вопроса может быть сертификат молодежи, который позволит каждой паре, вступающей в брак, пройти бесплатное обследование и при наличии патологии получить бесплатное лечение.

– Ключевые показатели эффективности Концепции должны быть простыми. Это не количество сверхтехнологичных операций, которые мы провели, количество новых технологий и методов, которые мы внедрили, а число детей в семье, – подвел итог главный специалист по репродуктивному здоровью Минздрава России, профессор О.И. Аполихин.

С докладом о социально-демографических аспектах репродуктивного здоровья нации выступил к.э.н., генеральный директор Института научно-общественной экспертизы Сергей

В. Вайднер

Игоревич Рыбальченко. В рамках своего выступления он представил основные тезисы оценки группой экспертов «Демографической политики Российской Федерации: вызовы и сценарии», проведенной в 2014 г. Как отметил С.И. Рыбальченко: «Основное резюме проведенной экспертной оценки: через десять лет будет уже поздно». Политика, проводимая с 2007 г. правительством РФ по поддержке рождаемости, дала ощутимые результаты, подчеркнул С.И. Рыбальченко. В период с 2007 по 2012 г. был зафиксирован самый быстрый прирост в Европе и второй в мире рост суммарного коэффициента рождаемости – с 1,3 до 1,69 ребенка на женщину. Анализ статистических данных свидетельствует о повышении показателей рождаемости за счет рождения вторых и третьих детей в семье.

Вместе с тем, отметил С.И. Рыбальченко, динамика демографического развития остается крайне неустойчивой, в связи с чем была проведена экспертная оценка рисков, ожидающихся в ближайшие годы. Основная проблема, которая осталась до сих пор нерешенной – смертность мужского населения трудоспособного возраста. Также, по прогнозам, в ближайшей перспективе будет наблюдаться существенное снижение числа молодых женщин активного репродуктивного возраста (20–29 лет), обусловленное демографическим кризисом 90-х гг. прошлого века. Ожидается, что в ближайшие 10 лет их количество может сократиться примерно на 46%, что не может не сказаться на сокращении числа рожденных детей.

– Если заниматься улучшением репродуктивного здоровья и повышать численность населения, то лучше начинать заниматься этим именно сейчас, когда мы имеем самую большую численность населения в трудоспособном и репродуктивном возрасте, – выразил мнение экспертной группы С.И. Рыбальченко. «В связи с этим, – отметил он, – необходимо принимать комплекс мер, направленных на дальнейшее улучшение демографической ситуации в стране, поддержку молодых и многодетных семей, проводить профилактику абортов, политику внедрения здорового образа жизни, ответственного отцовства, развивать системы услуг по уходу за детьми до 3 лет».

Опытом рациональной организации медицинской помощи в Голландии как основы профилактики репродуктивных нарушений поделился Марк Слайтер – вице-президент Голландской Проблемной группы по здравоохранению, старший советник Европейского банка реконструкции и развития. Он остановился на организации службы семейных врачей, медицинском сопровождении беременности, организации в стране т.н. биохимических архивов, которые позволяют оценить влияние различных факторов на состояние здоровья. Марк Слайтер особо отметил важность постоянного контакта пациента с врачом как залог успеха, информирование и принятие осознанных решений пациентом с помощью врача.

– Не менее важным, – подчеркнул Марк Слайтер, – является государственная политика поддержки и развития занятий спортом среди детей и взрослых всех возрастов, что не может не сказаться на укреплении здоровья населения в целом. Благодаря этому в Голландии в настоящий момент насчитывается около 27 тыс. спортивных клубов. Это привело к охвату практически 93% детей в возрасте от 6 до 11 лет активными и регулярными занятиями спортом, что, несомненно, влияет на здоровье целого поколения. Среди людей старшего возраста от 65 до 79 лет регулярно занимаются спортом порядка 33%. «Здоровье начинается с рождения», – подвел итог Марк Слайтер.

В рамках Форума состоялись пленарные заседания по репродуктивному здоровью семьи и были обсуждены социально-демографические аспекты охраны репродуктивного здоровья населения страны и современные технологии в этой области. В рамках Форума состоялось совещание главных специалистов и координационное совещание стран – участников СНГ по внесению предложений в существующую Концепцию охраны репродуктивного здоровья населения Российской Федерации и стран СНГ.

Признавая охрану репродуктивного здоровья важнейшей государственной, социальной, медицинской и научной проблемой, участники Форума отметили необходимость консолидации усилий и значимость обсуждаемой темы для практического здравоохранения.

М. Слайтер

Для реализации репродуктивного потенциала семьи и снижения репродуктивных потерь среди населения были выделены основные направления, среди которых главными являются: совершенствование законодательной базы, усиление взаимодействия органов государственной власти, профессионального сообщества и институтов гражданского общества, формирование мотивации для здорового образа жизни и профилактической среды в области репродуктивного здоровья населения.

По итогам работы Форума и обсуждений принята резолюция, в которой отмечено первостепенное значение обсуждаемой темы и важность скорейшего претворения положений концепции в жизнь.

САМПРОСТ ПЕПТИДНЫЙ БИОРЕГУЛЯТОР Самсон-Мед

Лиофилизат для приготовления раствора для внутримышечного введения 5 мг

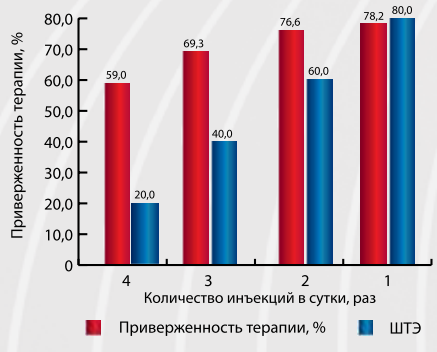
САМПРОСТ® представляет собой комплекс биологически активных водорастворимых пептидов предстательной железы. С учётом сложившегося опыта, препарат широко применяется врачами- специалистами при лечении различных форм простатита[1].
САМПРОСТ® - наиболее изученный препарат с направленным органотропным действием на простату[1].

- Эффективность и безопасность препарата САМПРОСТ® в терапии хронического простатита подтверждается успешным клиническим опытом[2].
- Доказана патогенетическая эффективность применения курсового лечения САМПРОСТом® в периоде реабилитации после оперативного лечения простаты.
- Удобная и ПРОСТая схема назначения препарата САМПРОСТ® гарантирует более высокий процент выполнения назначений врача и полного курса терапии[2].

реклама

В течение 15 лет клинической практики терапию препаратом САМПРОСТ® получили более 200 000 пациентов[5].

Выполнение назначений пациентами в зависимости от сложности схемы терапии[2]
Зависимость Шкалы степеней Твердости Эрекции (ШТЭ) от комплаентности терапии[4]



САМПРОСТ® – оценка 5

5 эффектов – все на «5»! (Сампрост 5 мг фл.)

- способствует уменьшению отека, лейкоцитарной инфильтрации и тромбоза венул предстательной железы
- нормализует секреторную функцию эпителиальных клеток
- увеличивает количество лецитиновых зерен в секрете ацинусов
- стимулирует мышечный тонус мочевого пузыря
- уменьшает тромбообразование, обладает антиагрегантной активностью

Препараты животного происхождения, обладающие органотропным действием в отношении предстательной железы, хорошо зарекомендовали себя в комплексной терапии различных форм простатита[1,3].
САМПРОСТ® входит в Территориальную программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи[4].

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ З №001849/02-2003

www.samsonmed.ru

Эффект от терапии – ПРОСТо дисциплина назначений!

1. Лекарственная терапия хронического простатита Смирнов В.А.// Фарминдекс Практик №10, 2006г.
2. Повышение приверженности к терапии. Агеев Ф.Т., Смирнова М.Д.. Фофанова Т.В. // Москва, РКНПК Росмедтехнологий, 2011г.
3. Простатит: диагностика и лечение // Ремедиум Приволжье №4, 2011г.
4. Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 5 аптеря 2011г. №417
5. Статистические данные отдела производства ООО «Самсон-Мед»
6. Mulhall J et at. Vallidation of the Erection Hardness Score. J Sex med 2007; 4; 126-1634

Эректильная дисфункция – взгляд со всех сторон

В рамках прошедшего в г. Сочи XI Российского конгресса «Мужское здоровье» состоялся сателлитный симпозиум компании Тева, посвященный современным методам диагностики и лечения эректильной дисфункции (ЭД). Как известно, ЭД зачастую служит или предиктором более серьезных состояний, либо осложнением после перенесенных заболеваний. Именно по этим причинам целесообразно рассматривать ЭД как мультидисциплинарную патологию, в лечении которой должны принимать участие несколько специалистов. Современные аспекты диагностики и терапии ЭД обсудили ведущие отечественные урологи.

«Оптимальный препарат» в современной терапии ЭД

Первым на симпозиуме прозвучало выступление Е.А. Ефремова, доктора медицинских наук. По словам докладчика, число пациентов с ЭД к 2030 г. возрастет до полумиллиарда, ведь уже сегодня каждый второй мужчина в возрасте от 40 лет имеет различные степени нарушения эректильной функции (ЭФ). Сложнейшим вопросом в лечении этих расстройств является низкая мотивация пациента к обращению за врачебной помощью. В большинстве случаев российский мужчина склонен расценивать проблемы, связанные с эрекцией, как результат высокого жизненного ритма, стрессов и недосыпания, поэтому визит к специалисту зачастую откладывается на неопределенное время.

– Не стоит недооценивать и психологические сложности, – подчеркнул Евгений Александрович. – Мужчины по-прежнему считают, что обсуждение с врачом проблем с эрекцией не обязательно и не требует врачебной оценки. Между тем диагностика и подбор терапии ЭД нередко представляют собой очень сложную и многокомпонентную задачу. Зачастую, при отсутствии явной органической причины, ЭД может быть расценена как расстройство психогенного характера. Однако в реальности доля психогенной ЭД не превышает 15% [1], остальные же случаи требуют более тщательного диагностического поиска соматической проблемы. Примечательно, что европейские урологи не склонны расценивать ЭД в качестве моносиндромальной патологии, например ЭД является ценным диагностическим маркером, предупреждающим о серьезных сердечно-сосудистых исходах в ближайшие 8–12 лет [2]. Этот взгляд подтвержден многочисленными исследованиями, доказывающими, что ЭД – одно из проявлений «порочного круга» из метаболических нарушений и сердечно-сосудистой патологии.

С 2005 г., согласно консенсусу Международной федерации сахарного диабета, под метаболическим синдромом понимают комплекс нарушений, состоящих из абдоминального ожирения, гипертриглицеридемии, снижения уровня липопротеидов высокой плотности, артериальной гипертензии и повышения глюкозы крови натощак. Все эти расстройства тесно связаны с андрогенным дефицитом и различными видами сексуальных нарушений. Доказано, например, что чем более выражены про-

Е.А. Ефремов

явления метаболического синдрома у пациента, тем сильнее у него снижается скорость систолического кровотока по кавернозным артериям [3]. В результате возрастает средняя конечная диастолическая скорость, с ее ростом эрекция становится все менее состоятельной.

Е.А. Ефремов привел данные отечественных исследований, показавших тесную взаимосвязь андрогенного дефицита и сердечно-сосудистой патологии. В частности, неоднократно было отмечено, что ишемическая болезнь сердца проявляет себя более агрессивно у пациентов со сниженным уровнем тестостерона, поэтому андрогенный дефицит заслуживает пристального внимания специалистов-кардиологов.

– Каковы же требования к «оптимальному препарату» в современной терапии ЭД? Вне всяких сомнений, препарат должен быть эффективным, удобным для применения, доступным и хорошо переноситься Из ряда многочисленных лекарственных средств на рынке силденафил обладает наиболее убедительной доказательной базой [4]. Летом 2011 г. на российском фармрынке появился первый генерик молекулы силденафила (Динамико), обеспечивающий качественную эрекцию при минимальном числе побочных эффектов и отсутствии привыкания [4, 5]. В 2015 г. было проведено клиническое исследование по оценке нормализации индекса реактивной гиперемии на фоне длительного использования силденафила [6]. Результаты этой работы показали, что однократное применение силденафила эффективно, но приводит лишь к кратковременному позитивному влиянию. Для нормализации функции эндотелия необходимо регулярное применение препарата, что позволяет не только достигать эрекции, но и нормализовать нарушенную функцию эндотелия, которая считается одной из причин ЭД. Именно по этой причине применение препарата в режиме «по требованию» не обеспечивает регулярность воздействия на патогенетическую основу ЭД, и только регулярный, ежедневный прием препарата позволяет компенсировать дисфункцию эндотелия. Для усиления действия препарата нужна также компенсация сопутствующих коморбидных состояний: те же самые дозы будут более эффективными, если у пациента будут скомпенсированы андрогенный дефицит, дислипидемия, артериальная гипертензия.

Свое выступление Е.А. Ефремов завершил ссылкой на европейский опыт, согласно которому терапевтический подход к ЭД с упомянутых ранее позиций позволяет продлевать продолжительность жизни у мужчин [4]. Это вполне реалистично, поскольку, по словам Евгения Александровича, ЭД подчас мотивирует пациента на лечение лучше, нежели риск развития рака легкого.

Современное лечение синдрома нижних мочевых путей

Основной акцент в своем выступлении Б. Е. Осмоловский, кандидат медицинских наук, сделал на анализе современного опыта лечения синдрома нижних мочевых путей (СНМП).

– Начиная с 1990-х гг. произошел пересмотр взглядов на этиологию и терапевтические подходы к лечению СНМП, – напомнил Борис Евгеньевич. – И сегодня тесная патогенетическая связь между СНМП и ЭД доказана бесспорно. Крупные российские исследования показали, что только у 10% пациентов с СНМП нет эректильных нарушений [7]. Большое когортное исследование, проведенное в Германии, выявило, что СНМП повышает риск развития ЭД на 40%. Относительный же риск развития ЭД при наличии ирритативной симптоматики, а также симптомов накопления увеличивается в 3 раза, а при наличии обструктивных симптомов – в 2,6 раза [8]. Основная подоплека, определяющая связь между СНМП и ЭД – это нарушение синтеза NO, который является регулятором чувствительности гладкомышечной ткани, что напрямую связано с ЭФ. И именно нарушения чувствительности гладкомышечных элементов служат причиной их пролиферации в тканях предстательной железы, шейки мочевого пузыря и уретры. В результате развивается динамическая обструкция, характерная для пациентов с СНМП. В опытах *in vitro* и клинических исследованиях был показан антипролиферативный эффект ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа (иФДЭ-5) на ткань простаты путем расслабления гладкомышечных элементов.

Понимание этого механизма отразилось в клинических рекомендациях Европейской ассоциации урологов по лечению больных СНМП и доброкачественной простатической обструкцией. В ее последней версии иФДЭ-5 рекомендованы в составе комплексной терапии СНМП. Комбинация из иФДЭ-5 и стандартной терапии СНМП позволяет учесть все патогенетические звенья и достичь максимального результата.

Было показано, что на фоне применения данного сочетания препаратов скорость мочеиспускания увеличивается более значимо, чем при монотерапии а-адреноблокаторами. В 2013 г. профессора А.А. Камалов и Д.А. Охоботов, а также их коллеги изучали эффективность комбинированной терапии силденафилом (Динамико) с а-адреноблокатором тамсулозином у больных расстройствами мочеиспускания и ЭД [9]. В результате проведенного курса лечения у пациентов было отмечено значительное уменьшение ирритативной и обструктивной симптоматики, повышение максимальной скорости потока мочи, а также уменьшение количества остаточной мочи, более выраженное по сравнению с группами монотерапии (41,6 против 27,2% соответственно). Также

Б.Е. Осмоловский

Л.Г. Спивак

был выявлен существенный положительный эффект данной комбинации на эректильную составляющую и другие компоненты общей удовлетворенности пациента состоянием его половых функций.

Затем Б.Е. Осмоловский представил работу коллектива исследователей под руководством профессора Н.Д. Ахвледиани, где изучалась эффективность комбинации из антибиотиков и силденафила у пациентов с хроническим простатитом [10]. В течение месяца каждый день группа больных получала подобное комбинированное лечение. По результатам сравнительной оценки выяснилось, что в группе комбинированной терапии частота пиурии была достоверно ниже, а балл IIEF-5 был достоверно выше, нежели в группах, получавших только антибиотик или антибиотик в комбинации с иФДЭ-5 в режиме «по требованию».

– За комбинированными вариантами терапии СНМП, – подытожил свое выступление Борис Евгеньевич, – отечественный опыт и опыт зарубежных коллег открывает перед нами широкие перспективы при выборе комбинированного лечения пациентов с этим заболеванием. Группа иФДЭ-5, в частности силденафил, представляет собой незаменимый компонент такой терапии.

Ежедневный режим назначения наиболее эффективен

Вопросам коррекции сексуальных расстройств у больных, перенесших радикальную простатэктомию (РПЭ), был посвящен доклад Л.Г. Спивака, кандидата медицинских наук. Леонид Григорьевич заметил, что по данным отечественной статистики, рак предстательной железы (РПЖ) занимает 4-е место по заболеваемости у мужчин, проигрывая лишь онкологическим заболеваниям легких, желудка и кожи [11]. На сегодняшний день РПЖ занимает одно из первых мест по величине прироста заболеваемости за год среди злокачественных новообразований.

В то же время проведение РПЭ позволило достигнуть большого прогресса в лечении РПЖ. Но даже в случае выполнения РПЭ по нервосберегающей методике, ЭД встречается у 75% больных, перенесших такую операцию, что определяет актуальность назначения пенильной реабилитации [12]. Патофизиологические исследования показали, что при пересечении кавернозных нервов у животных возникает каскад нарушений, приводящих к кавернозному склерозу [13] . Развивается замкнутый круг, в основе которого находится повреждение кавернозных нервов, ослабление или длительное отсутствие ночных эрекций, что ведет к необратимым фиброзным изменениям кавернозных тел и уменьшению размеров и укорочению полового члена в дальнейшем. В отсутствие программы восстановления ЭФ необратимые изменения возникают через 4–8 месяцев.

Как подчеркнул Л.Г. Спивак, на этот патологический механизм и должны быть направлены основные лечебные мероприятия. Препаратами первой линии в данном случае должны быть иФДЭ-5, и чем раньше начата терапия, тем лучше будет эффект,

т.к. процесс апоптоза развивается уже в первые сутки после оперативного вмешательства. Но как долго и в каком режиме необходимо продолжать терапию?

– Интересны результаты, – сообщил докладчик, – полученные F. Montorsi и группой специалистов, специализирующихся на проведении РПЭ по нервосберегающей методике . В цели исследования входило изучение эффективности иФДЭ-5 для коррекции ЭД после РПЭ. Результаты показали, что иФДЭ-5 позволяют в значительной степени улучшить ЭФ и предотвратить нежелательные явления, в т.ч. укорочение полового члена [14]. Другой специалист, C. Pavlovich, с коллегами доказали высокую эффективность силденафила в качестве препарата для пенильной реабилитации для пациентов, перенесших РПЭ [15]. Авторы исследования пришли к выводу, что силденафил позволяет улучшать качество ЭФ и сохранять высокий уровень качества жизни. Как рассказал выступающий, большинство зарубежных специалистов сегодня считают: ежедневный режим применения силденафила позволяет достигать более высоких результатов, нежели режим «по требованию».

Докладчики сошлись во мнении: восстановление ЭФ – это очень важный фактор реабилитации и сохранения высокого уровня качества жизни больных независимо от причин, вызвавших ЭД. Силденафил (Динамико) может использоваться пациентами с эректильными нарушениями различного генеза, так как дает качественную эрекцию [4], обеспечивает минимум побочных эффектов [12] и не вызывает привыкания [16]. Данные характеристики препарата делают его эффективным средством для разнообразных категорий урологических пациентов.

За дополнительной информацией обращаться:
ООО «Тева» Россия, 115054, Москва,
ул. Валовая, д. 35.
Тел.: +7 495 6442234,
факс: +7 495 6442235 www.teva.ru
DYN-RU-0020-DOK-26082016

Список литературы

1. Celik O., Ipekci T., Akarken I., Ekin G., Koksal T. To evaluate the etiology of erectile dysfunction: What should we know currently? Arch Ital Urol Androl. 2014;86(3):197–201.
2. Jackson G., Boon N., Eardley I., Kirby M., Dean J., Hackett G., Montorsi P., Montorsi F., Vlachopoulos C., Kloner R., Sharlip I., Miner M. Erectile dysfunction and coronary artery disease prediction: evidence-based guidance and consensus. Int. J. Clin. Pract. 2010;64(7):848–857.
3. Nichols D.J., Muirhead G.J., Harness J.A. Pharmacokinetics of sildenafil after single oral doses in healthy male subjects: absolute bioavailability, food effects and dose proportionality. Br J Clin Pharmacol. 2002;53(Suppl. 1):5S–12S.
4. Giuliano F., Jackson G, Montorsi F., Martin-Morales A. Raillard P. Safety of sildenafil citrate: review of 67 double-blind placebo-controlled trials and the postmarketing safety database. Int J Clin Pract. 2010;64(2):240–255.
5. Nichols D.J., Muirhead G.J., Harness J.A. Pharmacokinetics of sildenafil after single oral doses in healthy male subjects: absolute bioavailability, food effects and dose proportionality. Br J Clin Pharmacol. 2002;53(Suppl 1):5S–12S.
6. Hoendermis E.S., Liu L.C., Hummel Y.M., van der Meer P., de Boer R.A., Berger R.M., van Veldhuisen D.J., Voors A.A. Effects of sildenafil on invasive haemodynamics and exercise capacity in heart failure patients with preserved ejection fraction and pulmonary hypertension: a randomized controlled trial. Eur Heart J. 2015 Jul 17.
7. Камалов А.А., Осмоловский Б.Е., Охоботов Д.А., Ходырева Л.А., Тахирзаде Т.Б., Тахирзаде А.М., Геворкян А.Р. Комбинированное лечение больных эректильной дисфункцией, страдающих расстройствами мочеиспускания. Урология. 2013;3:29–33.
8. Kim T.H., Han D.H., Ryu D.S., Lee K.S. The Impact of Lower Urinary Tract Symptoms on Quality of Life, Work Productivity, Depressive Symptoms, and Sexuality in Korean Men Aged 40 Years and Older: A Population-Based Survey. Int Neurourol J. 2015;19(2): 120–129.
9. Камалов А.А., Осмоловский Б.Е., Охоботов Л.А. и соавт. Комбинированное лечение больных эректильной дисфункцией, страдающих расстройствами мочеиспускания // Урология. 2013;3:1–4.
10. Ахвледиани Н.Д. Современная пероральная терапия эректильной дисфункции. Фарматека. 2013; (256):84-87.
11. Global Burden of Disease Cancer Collaboration, Fitzmaurice C et al The Global Burden of Cancer 2013. JAMA Oncol. 2015;1(4):505–27.
12. Seftel A.D., Kathrins M., Niederberger C. Critical Update of the 2010 Endocrine Society Clinical Practice Guidelines for Male Hypogonadism: A Systematic Analysis. Mayo Clin Proc. 2015 Jul 16.
13. Blando J., Portis M., Benavides F. et al. PTEN deficiency is fully penetrant for prostate adenocarcinoma in C57BL/6 mice via mTOR-dependent growth. Am J Pathol. 2009;174(5):1869–79.
14. Gallina A., Bianchi M., Gandaglia G., Cucchiara V., Suardi N., Montorsi F., Briganti A. A Detailed Analysis of the Association Between Postoperative Phosphodiesterase Type 5 Inhibitor Use and the Risk of Biochemical Recurrence After Radical Prostatectomy. Eur Urol. 2015 Feb 17.
15. Pavlovich C.P., Levinson A.W., Su L.M., Mettee L.Z., Feng Z., Bivalacqua T.J., Trock B.J. Nightly vs on-demand sildenafil for penile rehabilitation after minimally invasive nerve-sparing radical prostatectomy: results of a randomized double-blind trial with placebo. BJU Int. 2013;112(6):844–51.
16. 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;12(3):177–182.

Урологическая служба Свердловской области

О проблемах в лечении урологических больных, с которыми сталкивается урологическая служба Свердловской области (СвО), и о том, как сегодня продолжается ее реформирование, корреспонденту газеты Александру Рылову рассказал И.В. БАЖЕНОВ, главный уролог СвО, профессор кафедры урологии Уральского государственного медицинского университета (УГМУ), доктор медицинских наук, Заслуженный врач Российской Федерации.

- Игорь Владимирович, расскажите, пожалуйста, в общих чертах об «урологической заболеваемости» в области?

– Основными причинами смертности мужского населения в СвО, одном из самых высокоиндустриальных регионов России с населением около 4,5 млн человек, как и во всех развитых странах, являются сердечно-сосудистые заболевания и онкология. Но вот качество жизни мужчин во многом определяется наличием или отсутствием урологических проблем.

Поэтому Министерство здравоохранения СвО (а в городе Екатеринбурге действует собственное Управление здравоохранения) уделяет пристальное внимание развитию нашей урологической службы. Была принята программа развития службы региона на 2013–2016 гг. Главная цель программы – улучшение ранней диагностики уроандрологических заболеваний, повышение качества оказания высокотехнологичной, специализированной и неотложной урологической помощи, а ее основные задачи – переоснащение службы современным оборудованием, перепрофилирование Свердловского областного урологического центра (СвОУЦ) для оказания высокотехнологичной урологической помощи, обучение урологов современным методам диагностики и лечения на кафедре урологии УГМУ, развитие сети ЭДУК (экспресс-диагностических урологических кабинетов) в целях заблаговременного выявления уроандрологических заболеваний. О реализации этой программы я еще скажу, а теперь о заболеваемости в регионе.

В 2014 г. общая заболеваемость мочеполовой системы в СвО составила 89 случаев на 1 тыс. населения (всего примерно 299 тыс. больных), а по России в целом – 120 на 1 тыс. По мочекаменной болезни заболеваемость в регионе практически не растет и составляет 4 случая на 1 тыс. населения (по Российской Федерации – 6 случаев). А вот по болезням предстательной железы (ПЖ) наблюдается быстрый рост заболеваемости. В 2014 г. зафиксировано 33 569 случаев (9 случаев на 1 тыс. мужчин), в Российской Федерации – 5 на 1 тыс. То есть мы говорим о высоком темпе роста (в 3,1 раза) за последние 10 лет. Среди онкоурологических патологий заболеваемость раком ПЖ также демонстрирует быстрый рост. За последние 10 лет число таких пациентов в регионе увеличилось в 4 раза. В 2014 г. рак ПЖ был диагностирован у 1 231 мужчины, причем локализованные формы – у 53% больных. В то же время заболеваемость раком почки и мочевого пузыря практически не имеет динамики.

- Назовите, пожалуйста, то учреждение региона, где сейчас проводится самое сложное лечение урологических больных?

- В 1994 г. на базе урологических отделений Свердловской ОКБ №1 и клиники урологии УГМУ был создан СвОУЦ, ведущее учреждение региона, который сейчас состоит из 5 отделений. Это отделение неотложной урологии с андрологией, онкоурологическое отделение, отделение лечения мочекаменной болезни, отделение реконструктивно-пластической урологии и, наконец, поликлиническое отделение. Назову лишь основные технологии, применяемые сейчас в СвОУЦ. По направлению нейроурологии применяется имплантационная хирургия сфинктеров и стимулирующих устройств, денервационная хирургия детрузора. Лазерная хирургия используется для лечения стриктур мочеточника, сложных форм нефролитиаза, чашечковых камней, энуклеации и вапоризации ПЖ. В онкоурологическом отделении выполняются минимально инвазивные методы лечения: сфокусированный ультразвук, радиочастотная абляция, низкодозная брахитерапия, фотодинамическое лечение, робот-ассистированные операции, биполярная трансуретральная резекция (ТУР) аденомы ПЖ, высокоэнергетические лазеры с минимально повреждающим эффектом у пациентов с высоким риском послеоперационных кровотечений, кишечная пластика мочеточника и мочевого пузыря. При лечении мужчин мои коллеги могут выполнить практически все современные андрологические реконструктивные операции – от малых косметических до протезирующих. В год мы получаем 375 квот на высокотехнологичное лечение уроандрологических и онкоурологических больных.

Ежегодно в нашем урологическом центре выполняют 4–4,5 тыс. операций, консультации получают 25–27 тыс. больных. Оперативная активность превышает 90%, свыше 70% вмешательств – это малоинвазивные операции: ТУР предстательной железы, чрескожная нефролапоксия, ретроперитонеоскопические и лапароскопические операции, брахитерапия, пункционные методики, дистанционная ударно-волновая литотрипсия и т.д.

- А как сейчас организована урологическая служба региона?

- После реформирования наша служба организована на основе 3-уровневой системы оказания медицинской помощи. Кроме урологических кабинетов в поликлиниках действуют урологические отделения в межмуниципальных центрах в городах с населением свыше 100 тыс. человек: Нижнем Тагиле, Серове, Каменске-Уральском, Первоуральске и Асбесте. Штатные урологические койки имеют и хирургические отделения ряда районных больниц.

В рамках программы развития урологической службы СвО за последние 2 года было приобретено современное эндоскопическое и лазерное оборудование разной мощности, контактные литотрипторы, HiFU и некоторые другие. В результате целый ряд операций, например ТУР и биопсия ПЖ и мочевого пузыря, контактная литотрипсия, оптическая уретротомия, чрескожные методы лечения обструктивных уропатий почек сегодня выполняются не только в Екатеринбурге, но и в ряде городов региона. И это очень важно для пациентов Свердловской области, для многих из которых отпала необходимость в длительных и сложных переездах. Изменилось и психологическое отношение урологов к своей работе. Мои коллеги стали действовать более самостоятельно, увлеченно и ответственно. И если раньше значительное число пациентов переадресовывались для лечения в Областной урологический центр, то сегодня в районах выполняется не только весь набор «стандартных» урологических вмешательств, но и ряд достаточно сложных операций. Коечный фонд СвО составляет примерно 600 коек: 200 предназначены для жителей Екатеринбурга, остальные – для пациентов областных лечебных учреждений.

- Как в СвО работают экспресс-диагностические урологические кабинеты?

- Такие подразделения сейчас открыты в Краснотурьинске, Нижнем Тагиле, Первоуральске, Красноуфимске, Каменске-Уральском, Алапаевске, Ирбите, Асбесте и Серове. Это был первый полезный опыт создания в России кабинета мужского здоровья, автором идеи которого является профессор Владимир Николаевич Журавлев, заведующий кафедрой урологии Уральской государственной медицинской академии. Основной целью организации сети ЭДУК было повышение доступности специализированной урологической помощи и обеспечение как можно более раннего выявления заболеваний ПЖ. Благодаря организации такой сети нам сейчас удается проводить диагностическое анкетирование пациентов и выполнять различные манипуляции, в частности урофлоуметрию, трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) ПЖ, УЗИ мочевого пузыря и почек по месту жительства больных. С 2006 г. в ЭДУК уже выявлено свыше 100 тыс. случаев урологических заболеваний. И, несомненно, что увеличение заболеваемости ПЖ в нашей области, о котором я говорил в начале беседы, в значительной степени обеспечила качественная диагностическая работа областной «урологической сети». Пациентам, у которых заболевания впервые выявлены в ЭДУК, было выполнено свыше 8 тыс. операций, при этом 80% – по малоинвазивным технологиям. Более 600 пациентам была проведена низкодозная брахитерапия, робот-ассистированные операции на ПЖ и почках.

Во многом благодаря работе ЭДУК нашей службой были сформированы потоки больных в специализированные урологические отделения области, т.е. сложилась маршрутизация больных в регионе; подготовлены кадры, владеющие современными ультразвуковыми, уродинамическими, эндоскопическими методами диагностики и лечения. Словом, наши кабинеты потрудились на славу! В 2015 г. начинается 2-й этап программы, направленный на раннее выявление уроандрологических и уроонкологических заболеваний путем анкетирования мужского населения СвО, определение групп риска.

- Насколько остро стоит сейчас кадровая проблема для урологической службы СвО?

- Всего в нашей службе, включая Екатеринбург, заняты 164 уролога, причем более половины из них имеют высшую квалификационную категорию. Данных относительно численности специалистов в регионе, занятых в частных учреждениях, у нас нет. Высокий коэффициент совместительства, предельный средний возраст работающих урологов, составляющий, например в Нижнем Тагиле и Каменске-Уральском 50 лет, свидетельствуют о нарастающем кадровом кризисе в областной урологической службе, хотя намечаются положительные тенденции в кадровом вопросе.

- Медицинские учреждения СвО уже перешли на одноканальное финансирование (ОФ) по системе ОМС и на механизмы оплат за различные виды лечения по тарифам, дифференцированным в зависимости от клинико-статистических групп (КСГ)?

- В нашей области два года назад произошел переход на ОФ. Как раз за это время было проведено переоснащение урологических отделений лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) области новым оборудованием. Мы можем теперь лечить наших пациентов намного эффективнее, используя последние достижения урологии. Поэтому я и мои коллеги положительно отнеслись к реформе в этой ее части. Что же касается перехода к новой модели оплаты на основе КСГ, то к этому нововведению мы пока относимся настороженно, т.к. группы КСГ сформированы неадекватно.

-Поясните, пожалуйста, Игорь Владимирович?

- Практика показала, что тарифная политика на основе КСГ недостаточно учитывает сложность лечения пациентов. В итоге нивелируется сложность хирургии, расходных материалов, и справедливой, адекватной оплаты не получается. Может возникнуть крайне негативная ситуация, когда урологическим отделениям ЛПУ не только невыгодно будет лечить наиболее сложных больных, но хирургия для многих из них станет практически невозможной. Ведь тариф, предусмотренный в соответствии с клинико-статистическими группами, к которым относятся названные мной сложные и высокозатратные заболевания, не покрывает даже стоимость расходных материалов. Например, установка искусственных сфинктеров мочевого пузыря для лечения различных видов недержания мочи, а мы проводим ежегодно не менее 15 таких операций, не укладывается ни в одну из КСГ по профилю урологии.

Согласно тарифам на основе КСГ, оплата за лечение пациента, которое включает эндоскопическую трансуретральную уретротомию, составляет 47 242 руб. Это вмешательство средней сложности, а для опытного хирурга – «поточная операция». Зато гораздо более сложная и трудоемкая операция пластики уретры стоит на 10 тыс. руб. меньше. Существует значительная разница по сложности в операциях и при различных видах мочекаменной болезни, при объемных и небольших гиперплазиях ПЖ и так далее. Причем простые операции могут выполняться и в урологических стационарах 2-го уровня. Тогда как более ответственные и сложные, требующие от хирурга совсем другой квалификации, знаний и опыта, выполняются только в СвОУЦ, который является для нашего региона учреждением 3-го уровня. Очень жаль, что модель КСГ этой очевидной разницы не «замечает».

А еще мы обнаружили в соответствующем нормативном документе, я бы сказал, совершенно парадоксальные группы КСГ, которые здравому анализу поддаются с трудом. Оказывается, существуют такие операции, как бужирование уретры, вправление парафимоза… И в то же время стентирование почек, пункционная нефростомия, пункция кист почек выведены за рамки операций и переведены в раздел – «манипуляции». Нет таких разделов, как химическая денервация мочевого пузыря, ультразвуковая аблация ПЖ. Удручает и то, что онкоурологические операции включены как в урологические, так и в онкологические КСГ с разной ценовой политикой.

- Однако модель КСГ предусматривает коэффициенты, которые умножаются на общероссийскую базовую ставку для законченного случая лечения любого заболевания в условиях стационара. Если такие коэффициенты использовать, тариф за лечение может и повыситься.

- Верно, и кроме коэффициентов, определяемых на федеральном уровне, реформой предусмотрены еще и такие, которые устанавливают в регионах тарифные комиссии с участием региональных Федеральных фондов обязательного медицинского страхования (ФОМС) и областных Министерств и Департаментов здравоохранения. Управленческий коэффициент установлен для стимулирования ЛПУ к внедрению конкурентных методов хирургического лечения и ресурсосберегающих технологий. Коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи отражает разницу в затратах на ее оказание с учетом того, на 1-м, 2 или 3-м уровне системы здравоохранения лечится больной. Наконец, коэффициент сложности курации пациента учитывает стоимость лечения больного в зависимости от его возраста, полиморбидности и т.д. Итак, реформа, как она задумывалась, предоставляет регионам «системы настройки», благодаря которым и наша область сможет сама регулировать для своих медицинских учреждений стоимость различных КСГ. Но пока эти коэффициенты очень разные в разных регионах и порой не отражают объем и сложность оперативного лечения.

- Вы сказали, «как задумывалась реформа», но на практике возникают проблемы…

- Однако, я надеюсь, что эти вопросы решаемы, и что вместе с Министерством здравоохранения СвО и региональным ФОМС мы сумеем в ходе тех совместных усилий и работы, которая сейчас активно продолжается, настроить механизмы оплаты так, чтобы новые тарифы по системе КСГ как можно более реально отражали важные аспекты лечения урологического больного, особенно с использованием высокотехнологичных операций, заметно подорожавших расходных материалов, лазерных, лучевых и других высокотехнологичных методик, которые уже несколько лет успешно применяются нашей службой для сохранения здоровья жителей Свердловской области.

ОБУЧЕНИЕ ЗА РУБЕЖОМ

ЛАПАРОСКОПИЯ В УРОЛОГИИ

практические курсы во Франции

Лапароскопическая урология и почечнокаменная болезнь
10–12 декабря 2015 г. Продвинутый курс

В программе курса:
Теоретическая сессия:
- Рак предстательной железы: определение стадий перед опера
цией (УЗИ: диагностика и постановка локализованного рака; роль МРТ в постановке рака предстательной железы)
- Рак мочевого пузыря у мужчин
- Рак мочевого пузыря у женщин

Демонстрации операций в реальном времени
(в зависимости от обстоятельств)
- Лапароскопическая радикальная простатэктомия:
- выбор пути доступа – забрюшинный или трансперитонеальный?
- сохранение шейки мочевого пузыря
- рассечение нервно-сосудистого пучка
- уретро-везикальный анастомоз
- техника лимфаденэктомии при раке предстательной железы
- методика лапароскопической радикальной простатэктомии при местнораспространенном раке простаты
- лапароскопическая радикальная простатэктомия и реконструкция мочевого пузыря Лапароскопическая цистэктомия

Обучение на «живых» тканях (карликовые свиньи) – лапароскопия
и роботизированные методики
- Операции на органах таза
- Разрыв мочеточника
- Мочевой пузырь и диссекция мочеточника
- Простатоцистотомия
- Везикоуретральный анастомоз

16+ реклама

Медицина Сегодня +7 (495) 419-02-99, +7 (967) 116-62-32
info@protiv-raka.ru, www.mctoday.ru

ПОДПИСКА

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

www.bionika-media.ru

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

Стоимость подписки:
на 2 полугодие 2015 г. (3 выпуска) **442 руб. 20 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

Применение растительного уросептика Уропрофит® при циститах

А.А. ДУДАРЕВА,
к.м.н., в.н.с.

Л.А. ХОДЫРЕВА,
д.м.н., заведующая отд.

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента» Департамента здравоохранения г. Москвы

Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) встречаются в практике урологов и врачей других специальностей, нередко осложняя течение различных заболеваний. Их доля в структуре внутрибольничных инфекций достигает 40%, представляя серьезную проблему для здоровья миллионов людей. Ежегодно в мире регистрируют около 150 млн случаев ИМП у мужчин и женщин любого возраста. В Западной Европе ИМП выявляются более чем в 10 млн случаев ежегодно. В США примерно 8 млн первичных обращений к врачу составляют ИМП, при этом более 75% случаев приходится на женщин. В России ежегодно регистрируется 26–36 млн случаев цистита.

По данным Европейской урологической ассоциации, каждая вторая женщина в мире по меньшей мере 1 раз в жизни переносит эпизод ИМП, из них у 25–40 % женщин в течение ближайших 6–12 месяцев отмечается рецидив заболевания. Средняя продолжительность клинических симптомов составляет 6,1 дня, а среднее время ограничения деловой и повседневной активности, потери рабочего времени – 3,8 дня. Снижение сексуальной активности до 8,7 дня отмечают 45% женщин с ИМП.

Самым распространенным среди ИМП является цистит – инфекционно-воспалительный процесс в стенке мочевого пузыря, локализующийся преимущественно в слизистой оболочке. В российской структуре заболеваемости до 60% посещений уролога связаны с острым и рецидивирующим циститом.

Циститом болеют преимущественно женщины, что связано с анатомо-физиологическими и гормональными особенностями их организма. В возрасте от 2 до 15 лет в структуре ИМП девочки преобладают в соотношении 6:1 по отношению к мальчикам. Около 2–5% случаев ИМП у девочек приходится на школьный возраст. Цистит чаще всего развивается у молодых женщин в возрасте 20–35 лет, что объясняется короткой уретрой и близостью ее расположения к влагалищу и прямой кишке, которые в высокой степени колонизованы различными микроорганизмами, или после 55 лет, т.е. в период менопаузы. К 65 годам хотя бы один эпизод мочевой инфекции наблюдается у каждой третьей женщины. По данным статистики, частота ИМП увеличивается с возрастом и при наличии хронических заболеваний, снижающих общий и местный иммунитет.

Лечение и тактика ведения больных ИМП зависят от пола, возраста, наличия сопутствующих заболеваний, дренажей в мочевых путях, вида урологических операций.

Неосложненный острый цистит хорошо поддается терапии антимикробными препаратами, однако даже при анатомически неизменных мочевых путях заболевание часто рецидивирует. Диагноз хронического рецидивирующего цистита устанавливают при возникновении более двух эпизодов обострения в течение 6 месяцев или трех эпизодов в течение года. Основным возбудителем неосложненного цистита является уропатогенная *Escherichia coli* (от 75 до 90% случаев); в 5–20% случаев этиологически значимыми возбудителями являются *Klebsiella pneumoniae* , *Staphylococcus saprophyticus, Proteus* spp.

В настоящее время в клинической практике при ИМП редко выявляется один вид микроорганизмов при бактериологическом исследовании, отмечается увеличение протопластов и L-форм микроорганизмов, более устойчивых к антибактериальной терапии, которые не растут на обычных питательных средах, поэтому их очень трудно идентифицировать.

История применения фитопрепаратов для лечения различных недугов начинается с момента появления человека на нашей планете. В настоящее время фитопрепараты активно используются в комплексной терапии и профилактике мочевой инфекции. Растительные экстракты назначают с целью повышения эффективности антибактериальной терапии, диуретического, спазмолитического, противовоспалительного эффектов.

В российских национальных рекомендациях и руководстве Европейской ассоциации урологов для профилактики рецидивов циститов рекомендовано применять растительные средства.

Российское общество урологов рекомендует назначение фитопрепаратов при мочекаменной болезни и инфекционно-воспалительном процессе мочевыводящих путей во время и после лечения антибактериальными препаратами. Весьма эффективными при терапевтическом и профилактическом использовании являются многокомпонентные растительные препараты и биологически активные добавки к пище (БАД), содержащие биологически активные вещества, относящиеся к разным классам химических соединений и оказывающие комплексное фармакотерапевтическое воздействие на основные звенья патологического процесса.

Растительный уросептик Уропрофит® (компания «Валеант», Россия) является единственным из современных отечественных комбинированных фитопрепаратов, в состав которого входят экстракты плодов клюквы, листьев толокнянки, хвоща полевого и витамин С, доказавшие свою эффективность на протяжении тысячи лет их применения. Клинические и экспериментальные исследования применения компонентов, входящих в состав Уропрофит®, показали наличие мочегонного, спазмолитического, гемостатического, литолитического эффектов, а также доказали их иммунокорригирующее, антиоксидантное и антиадгезивное влияние.

В настоящее время многие медицинские центры России с успехом используют Уропрофит® в урологии и гинекологии как в амбулаторной, так и стационарной практике. Его высокое качество обеспечивается тщательным контролем компании-производителя. Контроль качества сырья и препарата осуществляется на всех этапах технологического производства: входящем, промежуточном и конечном, что соответствует мировым стандартам GMP (Good Manufacturing Practice).

Постмаркетинговые клинические исследования эффективности и безопасности применения БАД Уропрофит® у женщин с хроническим циститом проведены в ведущих урологических российских клиниках. Предложенные авторами дизайны исследований различались длительностью наблюдения, числом курсовых приемов Уропрофита®, методами обследования. Отбор пациенток проводился в соответствии с четко разработанными критериями включения и исключения.

А.И. Неймарк и соавт. (ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России) в 2011 г. провели клиническое исследование пациенток, разделенных

«...»

Клинические исследования эффективности и безопасности применения БАД Уропрофит® у женщин с хроническим циститом проведены в ведущих урологических российских клиниках

на две группы по 20 женщин, возраст которых составлял от 20 до 68 лет (средний возраст 45±2,7 года): I группа после антибактериальной терапии принимала многокомпонентный БАД Уропрофит® в течение 1 месяца по 1 капсуле 2 раза в сутки, II группа – только антибактериальную терапию. До лечения в обеих группах при выполнении цистоскопического исследования отмечались изменения, характерные для обострения хронического цистита – гиперемия, отек, в некоторых случаях имели место пролиферативные изменения слизистой оболочки мочевого пузыря. В основном изменения затрагивали область мочепузырного треугольника и шейки мочевого пузыря.

По результатам контрольной цистоскопии после курса лечения в основной группе по сравнению с контрольной отмечены менее выраженные изменения слизистой оболочки мочевого пузыря, что свидетельствует о противовоспалительном эффекте растительного экстракта Уропрофит®. При проведении цистометрии у некоторых пациенток выявлены признаки гиперактивности. Цистометрическая емкость мочевого пузыря у пациенток составила от 200–300 мл. Результаты урофлоуметрии показали наличие обструктивного типа мочеиспускания у 12 (30%) пациенток, что авторы связывали с явлениями тригонита. У 28 (70%) женщин уродинамических нарушений выявлено не было.

По результатам исследования, у женщин основной группы в более ранние сроки отмечено снижение клинических проявлений заболевания, купирование дизурических явлений и восстановление нормального мочеиспускания к концу лечения.

В.Н. Крупин и сотрудники кафедры урологии им. Е.В. Шахова Нижегородской медицинской академии оценили использование Уропрофита® в комплексной профилактике рецидивирующей инфекции нижних мочевых путей у женщин. Клиническое исследование отличалось от предыдущего более длительными периодами лечения и наблюдения до 2 и 6 месяцев соответственно. На основании опроса, включающего жалобы, анамнез заболевания и жизни пациенток, физикального осмотра, оценки показателей клинического и микробиологического анализов мочи и подтверждения диагноза хронического рецидивирующего цистита пациентки возрасте от 27 до 44 лет были включены в исследование. Больные I группы (n=18) после успешного антибактериального лечения принимали Уропрофит® по 1 капсуле 2 раза в сутки в течение месяца и повторно с профилактической целью через 5 месяцев. Пациентки II группы принимали только растительные диуретики в те же сроки.

В проведенном исследовании авторы наблюдали рецидив заболевания в I группе у 3 (17,6%) пациенток, во II – у 8 (42,1%).

Таким образом, частота рецидивов инфекционно-воспалительного процесса в мочевом пузыре снизилась в 2,5 раза у женщин, принимавших Уропрофит® по сравнению с больными, которые принимали растительные диуретики.

С.В. Грачев и соавт. (КДЦ «Здоровье», Ростов-на-Дону) включили в исследование 60 пациенток с острым и хроническим циститом. Основную группу составили 30 женщин в возрасте от 26 до 75 лет (средний возраст 54,3 года), которые получали Уропрофит® в составе комплексной противовоспалительной терапии. Контрольная группа была представлена также 30 женщинами в возрасте от 26 до 75 лет (средний возраст 50,2 года), которые получали комплексную противовоспалительную терапию, не включающую Уропрофит®.

Эффективность терапии оценивалась по общеклиническим, лабораторным данным, дневникам мочеиспусканий и результатам ультразвукового исследования. В ходе исследования в основной группе (по сравнению с группой контроля) отмечалось снижение бактериурии и лейкоцитурии, уменьшение болевого синдрома и улучшение качества жизни пациенток.

Таким образом, клинические исследования показали купирование симптомов острого цистита и восстановление нормального мочеиспускания, а также снижение бактериурии и лейкоцитурии в более ранние сроки у пациенток с острым и хроническим циститом, принимавших Уропрофит® в составе комплексной терапии. У пациенток с рецидивирующей инфекцией нижних мочевых путей частота рецидивов инфекционно-воспалительного процесса в мочевом пузыре снизилась в 2,5 раза при приеме Уропрофита® по сравнению с больными, которые принимали только растительные диуретики.

Во время длительного курсового приема Уропрофита® не отмечено серьезных побочных эффектов и аллергических реакций.

Многокомпонентный фитоэкстракт Уропрофит® является эффективным и безопасным, его применение в составе комплексной терапии достоверно повышает эффективность профилактики и лечения у пациентов с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями мочевого пузыря.

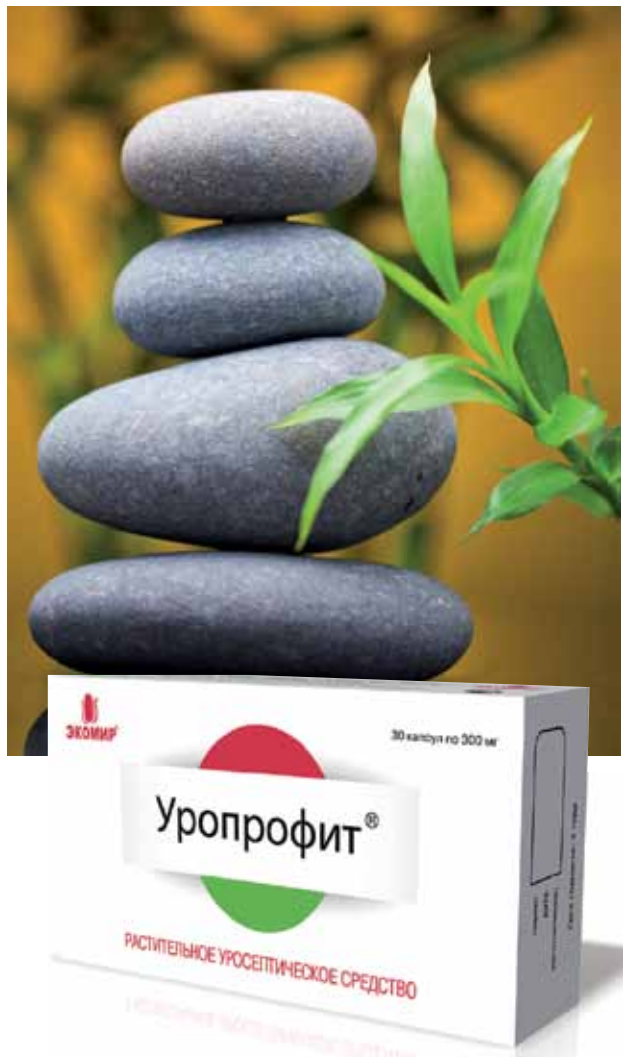
«...»

Во время длительного курсового приема Уропрофита® не отмечено серьезных побочных эффектов и аллергических реакций

УРОПРОФИТ®

РАСТИТЕЛЬНОЕ УРОСЕПТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО

СОДЕРЖИТ СТАНДАРТИЗОВАННЫЕ РАСТИТЕЛЬНЫЕ ЭКСТРАКТЫ КЛЮКВЫ, ТОЛОКНЯНКИ, ХВОЩА ПОЛЕВОГО



- УЛУЧШАЕТ ФУНЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ*
- СПОСОБСТВУЕТ УМЕНЬШЕНИЮ ПОЧЕВЫХ ОТЕКОВ*
- УМЕНЬШАЕТ РИСК ПОВТОРНЫХ ОБОСТРЕНИЙ ЦИСТИТА*
- ПРЕПЯТСТВУЕТ ОБРАЗОВАНИЮ МОЧЕВЫХ КАМНЕЙ*

БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНАЯ ДОБАВКА. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

СГР №RU.77.99.11.003.E.008517.04.11 от 04.04.2011. Сертификат соответствия МГ RU.001.П1865 от 15.07.2014. * инструкция по применению БАД к пище "Уропрофит®". На правах рекламы

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

Туберозный склероз

М.Ю. ДОРОФЕЕВА,
ведущий научный сотрудник отделения психоневрологии и эпилептологии НИКИ педиатрии, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

15 мая – Международный день информирования о заболевании «Туберозный склероз».

Туберозный склероз (ТС) – это генетически детерминированное заболевание из группы факоматозов с широким спектром клинических проявлений, сопровождающееся развитием множественных доброкачественных опухолей (гамартом) в различных органах, включая головной мозг, глаза, кожу, сердце, почки, печень, легкие, желудочно-кишечный тракт (ЖКТ), эндокринную и костную системы.

Опухоли, постепенно прогрессируя и увеличиваясь в размерах, нарушают функции органов, иногда приводя к фатальным последствиям. Это – хроническое прогрессирующее жизнеугрожающее заболевание, которое приводит к сокращению продолжительности жизни и инвалидизации пациентов.

Частота ТС в популяции составляет 1:10 000 (у новорожденных – 1:6000). Расчетное число больных ТС в Российской Федерации около 7 тыс. человек, поэтому ТС относится к редким (орфанным) заболеваниям.

Этиология

ТС – аутосомно-доминантное генетически гетерогенное заболевание с высокой частотой возникновения новых (спонтанных) мутаций, которые обнаруживаются у 2/3 пациентов. Выделяют ТС 1-го типа, обусловленный мутацией гена *TSC1* и ТС 2-го типа, обусловленный мутацией гена *TSC2*. Приблизительно от 10 до 30% случаев ТС обусловлено мутациями в гене *TSC1* (OMIM 605284) (ТС 1-го типа, OMIM#191100), локализованного на 9-й хромосоме в районе 9q34, который кодирует белок гамартин. Остальные случаи болезни обусловлены мутациями в гене *TSC2* (OMIM 191092) (ТС 2-о типа – OMIM#613254), локализованного на 16-й хромосоме в районе 16p13 и кодирующего белок туберин. Для генов ТС характерна высокая пенетрантность (до 100%) и вариабельная экспрессивность (у родственников с одной и той же семейной доминантной мутацией может различаться тяжесть заболевания).

Патогенез

Гены *TSC1* и *TSC2* в норме являются естественными генами-супрессорами опухолевого роста. Белковые продукты генов *TSC1* и *TSC2*, гамартин и туберин, образуют гетеродимер, способный ингибировать опосредованный комплексом mTORC1 (mammalian Target of Rapamycin Complex 1) сигнальный каскад. Механизм патогенеза ТС состоит в мутациях в генах *TCS1* и *TSC2* с потерей их функции и связанной с мутациями патологической активации киназы mTOR. В результате происходит активация пути сигнальной передачи PI3K/Akt/mTOR. Данный каскад является ключевым регулятором роста и пролиферации клеток. Он активируется в ответ на поступление питательных веществ и факторов роста, регулируя ряд клеточных функций, таких как трансляция, транскрипция и аутофагия. Гиперактивация каскада mTORC1, ведущая к усилению клеточной пролиферации, считается важным звеном злокачественной трансформации . В клетках с мутацией *TSC1* и *TSC2* данный сигнальный путь постоянно «включен». Этот путь сигнальной трансдукции является ключевым звеном патогенеза ТС. Одна из мутаций *TSC1* и *TSC2* содержится во всех клетках организма. В клетке –родоначальнице опухолевого клона, происходит инактивация второго, незатронутого наследственной мутацией, аллеля.

Диагностика

Диагностика основывается на сочетании клинических симптомов и симптомов, выявляемых при дополнительном лабораторном обследовании. Фенотип пациента с ТС зависит от числа, локализации и размера гамартом. Возраст пациента также играет важную роль, т.к. разные симптомы болезни проявляются в различные возрастные периоды. Большое количество клинических признаков ТС, вариабельность фенотипа, тот факт, что манифестация признаков зависит от возраста пациента, затрудняют диагностику заболевания.

Несомненный диагноз ТС устанавливается на основании наличия 2 первичных признаков или 1 первичного и 2 вторичных признаков; возможный диагноз – на основании наличия 1 первичного признака или 1 первичного и 1 вторичного признаков, или 2 (и более) вторичных признаков. Ниже приведены первичные и вторичные признаки (2012 TSC Clinical Consensus Conference).

Подтвержденная патогенная мутация *TSC1* или *TSC2* является главнейшим критерием, достаточным для постановки диагноза «туберозный склероз».

Первичные (большие) признаки:

- ангиофибромы лица (не менее трех) или фиброзные бляшки на голове;
- гипопигментные пятна (не менее трех и не менее 5 мм в диаметре);
- нетравматические околоногтевые фибромы (не менее двух);
- участок «шагреневой кожи»;
- множественные гамартомы сетчатки;
- корковые дисплазии (не менее трех): корковые туберы и миграционные тракты в белом веществе головного мозга;
- субэпендимальные узлы (не менее двух);
- субэпендимальная гигантоклеточная астроцитома;
- рабдомиомы сердца множественные или одиночные;
- лимфангиолейомиоматоз легких;
- множественные ангиомиолипомы почек (не менее двух).

Вторичные (малые) признаки:

- многочисленные углубления в эмали зубов (не менее трех);
- фибромы в полости рта (не менее двух);
- гамартомы внутренних органов;
- ахроматический участок сетчатой оболочки глаза;
- пятна «конфетти» на коже;
- множественные кисты почек.

Клиника

1. Поражение центральной нервной системы. Туберы встречаются у 95–100% больных ТС. Представляют собой участки фокальной корковой дисплазии со сниженным числом ГАМК-ергических нейронов и характеризуются потерей классической 6-слойной цитоархитектуры коры мозга. Они единичные или множественные, размером от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров, располагаются над единичной или несколькими прилегающими бороздами. В 54% случаев туберы кальцифицированы. Существует топографическая связь между наличием фокуса на электроэнцефалограмме и тубером, выявленным при магнитно-резонансной томографии. Приступы могут исходить из нормальной коры, окружающей тубер, которая является зоной «перевозбужденных» нейронов. Тубер может быть «немым» – неэпилептогенным.

Субэпендимальные узлы (СЭУ) встречаются у 95–98% больных ТС. Они множественные, размером 2–10 мм, локализуются в стенках боковых желудочков, частично или полностью кальцифицированы, бессимптомные. Существует прямая зависимость между тяжестью эпилепсии при ТС и числом корковых туберов и СЭУ. Число туберов (8 и более) являются фактором риска манифестации эпилепсии в первые два года жизни.

Поражение белого вещества головного мозга, радиальные миграционные тракты, встречаются у 30–95% больных ТС. Представляют собой группы гетеротопических кластерных клеток, соединяют эпендиму стенок желудочков и туберы, соответствуют миграционным путям спонгиобластов во время эмбриогенеза, являются эпилептогенными зонами.

Ангиофибромы лица

Субэпендимальные гигантоклеточные астроцитомы (СЭГА) встречаются у 20% больных. СЭГА – опухоль, расположенная у отверстия Монро, более 5 мм в диаметре, с подтвержденным ростом, накапливающая контрастный препарат (Consensus Meeting for SEGA and Epilepsy Management. 12 March 2012, Rome, Italy). СЭГА представляет собой медленно растущую глионейрональную опухоль, не способную к спонтанной регрессии. Рост опухоли связан с риском развития острой гидроцефалии, последствия которой могут быть фатальными.

Симптоматическая эпилепсия в течение жизни наблюдаются у 92% больных ТС. У 63% больных эпилептические приступы появляются на первом году жизни. Эпилептические приступы резистентны к противосудорожной терапии у трети больных ТС. Эпилепсия приводит к нарушению познавательных и социальных функций, сцеплена с нарушениями интеллекта, слуховой и зрительной памяти, внимания, с трудностями обучения (чтения, письма, арифметических действий), к жестким социальным ограничениям.

Нарушение обучения встречаются у 50% больных ТС (у 30% глубокая и выраженная степень умственной отсталости развивается у пациентов с дебютом эпилепсии на первом году жизни).

«...»

Туберозный склероз – это генетически детерминированное заболевание из группы факоматозов с широким спектром клинических проявлений

2. Кожные изменения при ТС представлены гипопигментными пятнами, ангиофибромами лица, участками «шагреневой кожи», околоногтевыми фибромами, фиброзными бляшками, белыми прядями волос.

3. Поражение почек при ТС. Патология почек, как правило, прогрессирующая, ведет к формированию хронической почечной недостаточности, занимающей второе место в смертности при ТС после патологии нервной системы. Типичным поражением почек служат сóлидные образования – ангиомиолипомы и кисты почек. К редким видам патологии относятся онкоцитома, почечно-клеточный рак, а также неопухолевые заболевания: нефролитиаз, фокально-сегментарный гломерулосклероз, сосудистые дисплазии, мезангио-капиллярный гломерулонефрит.

Ангиомиолипомы почек (АМЛ) являются наиболее частой патологией почек при ТС, выявляющейся у около 75% детей и 80% взрослых при ультразвуковом исследовании (УЗИ). АМЛ состоят из эндотелиальных клеток, гладкомышечных клеток и жировой ткани. АМЛ при ТС – множественные доброкачественные опухоли, располагаются в обеих почках, обычно диагностируются после 5 лет. АМЛ в процессе роста почти сливаются друг с другом, при обследовании бывает трудно отличить АМЛ от нормальной почечной паренхимы. Размеры АМЛ могут достигать 30 сантиметров; редко отмечается прорастание АМЛ в окружающие ткани. Почечные АМЛ ассоциируются с двумя типами повреждений:

– Первый тип повреждений связан с острым жизнеугрожающим состоянием – ретроперитонеальным кровотечением. Как правило, производится частичная или тотальная нефрэктомия. Риск кровотечения из АМЛ составляет 25–50%, коррелирует с диаметром опухоли 4–5 см и более, прямо пропорционален размерам АМЛ и содержанию в них микро- и макроаневризм.

– Второй тип повреждений связан с конгломерацией нескольких АМЛ, инфильтративным ростом их в окружающую ткань, сдавлением паренхимы, что приводит к постепенному бессимптомному формированию хронической почечной недостаточности, а также нарушению уродинамики, инфекции мочевой системы и редко – тромбозу почечной вены.

Кисты почек при ТС определяются в 20–45% случаев. Они могут развиваться в любом отделе нефрона, бывают как единичными, так и множественными. У большинства пациентов кисты невелики по размерам и не представляют значительного риска для здоровья. Однако в 2–5% случаев у больных имеют место изменения, аналогичные таковым при аутосомно-доминантной поликистозной болезни. Это связано с делецией генов *TSC2* и *PKD1*, расположенных на коротком плече 16-й хромосомы и непосредственно примыкающих друг к другу. При этом патология почек проявляет себя в более раннем возрасте, может быть диагностирована пренатально при УЗИ плода и протекает более тяжело, чем при аутосомно-доминантной поликистозной болезни, связанной только с мутацией гена *PKD1*. Кисты интенсивно растут, достигая 5 см и более в диаметре, приводя к артериальной гипертензии и хронической почечной недостаточности уже к подростковому возрасту.

4. Поражение сердца при ТС. Рабдомиомы характеризуются смешанным интраэкстрамуральным (глубоко проникая в миокард желудочков) или экстрамуральным ростом. По размерам рабдомиомы варьируются от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров. Опухоль не имеет капсулы, что в случае необходимости затрудняет их резекцию. Эти неоплазмы никогда не малигнизируются и не метастазируют.

> **«...»**
>
> ***Профилактика заболевания сводится к пренатальной диагностике. При подозрении на наследственный характер ТС генетическую диагностику необходимо проводить при планировании беременности***

По количеству рабдомиомы могут быть в виде единичного узла (редко) или множественными (45–92%). Преобладающее большинство детей (50–80%) с ТС и рабдомиомами сердца, документированными при рождении, не имеют клинических проявлений со стороны сердца. Клинические симптомы рабдомиом у детей различны в зависимости от возраста, относительных размеров и локализации опухоли. Основные симптомы – сердечная недостаточность (в 5,4% случаев), предсердные и желудочковые аритмии

Множественные гипопигментные пятна

(23%) и блокады сердца, шумы (14,9%), жидкость в перикарде, кардиомегалия.

5. Офтальмологические проявления ТС. Гамартомы сетчатки при ТС определяются более чем у 50% больных. Встречаются как одно-, так и двусторонние гамартомы. Билатеральные поражения отмечаются примерно у половины пациентов. Гамартомы у детей с ТС можно наблюдать уже в первые дни жизни. У большинства больных гамартомы бессимптомные. У пациентов с крупными гамартомами могут определяться дефекты в поле зрения.

6. Поражение ЖКТ, эндокринной и костной систем при ТС. Изменения в органах ЖКТ при ТС разнообразны, встречаются относительно часто и проявляются патологией ротовой полости, печени, селезенки, поджелудочной железы и прямой кишки.

Наиболее типичными нарушениями, выявляемыми при исследовании полости рта, являются узловые опухоли, фибромы или папилломы. В основном они локализуются на переднем крае десен, преимущественно на верхней челюсти, но также встречаются на губах, слизистой оболочке щек, спинке языка и небе.

Дефекты эмали зубов отмечаются практически у всех больных ТС. Одним из наиболее типичных нарушений является дефект эмали зубов в виде углублений, число которых варьируется от 1 до 11 на каждом зубе, в среднем – по 3 углубления на каждый зуб.

При ТС у 25% больных в печени появляются одиночные или множественные ангиомиолипомы и липомы. В поджелудочной железе ангиомиолипомы выявляются реже.

Изменения в кишечнике при ТС проявляются, главным образом ректальными полипами, которые встречаются, по данным разных авторов, в 50–78% случаев. Как правило, ректальные полипы выявляются у больных старше 20 лет. Клинически они бессимптомны, и лишь в отдельных случаях возможны боли при дефекации. В большинстве случаев ректальные полипы выявляются при пальцевом исследовании прямой кишки и с помощью инструментальных методов исследования (ректороманоскопии, колоноскопии, контрастной рентгенографии прямой кишки). Полипы при ТС обычно прогностически благоприятны.

Дисфункция желез внутренней секреции возникает вследствие роста опухолей. Наиболее часто при ТС обнаруживается патология надпочечников, проявляющаяся чаще всего ангиомиолипомами (у 25% больных). Реже встречаются одиночные или множественные аденомы коры надпочечников.

Патология костной системы встречается у 40–50% больных ТС и проявляется участками склероза костей свода черепа, чаще в лобной или теменной костях, в телах позвонков и тазовых костях с тенденцией к расположению у крестцово-подвздошного сочленения. Патологические образования, связанные с ТС, в костях конечностей представлены участками кистозного разрежения и часто сочетаются с периостальной (надкостничной) дополнительной новой костью.

7. Поражение легких при ТС. Среди лиц с ТС лимфангиолейомиоматоз легких (ЛАМ) обнаруживают в 30–40% случаев. Встречается преимущественно у женщин репродуктивного возраста, но описаны единичные случаи ЛАМ, ассоциированного с ТС, у мужчин и детей. ЛАМ является третьей причиной смерти при ТС после изменений почек и опухолей головного мозга. В зависимости от степени выраженности и распространенности поражения макроскопически изменения варьируются от единичных кист до диффузных кистозных изменений с обеих сторон от верхушек до оснований легких. Кистозные изменения в легких могут сопровождаться изменениями в подмышечных лимфатических узлах с формированием кист с жидкостным содержимым. Лимфангиолейомиоматоз гистопатологически характеризуется кистами и пролиферацией незрелых гладкомышечных клеток.

ЛАМ проявляется прогрессирующей одышкой, повторными пневмотораксами, накоплением хилезного выпота в полости плевры и редкими эпизодами кровохарканья.

Профилактика

В мировой практике профилактика заболевания сводится к пренатальной диагностике ТС. При спорадическом ТС риск повторного рождения больного ребенка составляет 2%, при наследственном – 50%. Поэтому при подозрении на наследственный характер ТС (при наличии подозрения или подтвержденного диагноза ТС у будущей матери, отца или родственников) генетическую диагностику ТС необходимо проводить еще при планировании беременности. Подтвержденный наследственный тип ТС является основанием для проведения инвазивной пренатальной диагностики. При подозрении на ТС у плода рекомендуется проведение эхокардиографии на сроках 20–24 недели беременности для исключения рабдомиомы сердца.

Терапия

Этиологическое лечение при ТС отсутствует. До 2012 г. лечение носило симптоматический характер. В 2012 г. в РФ зарегистрирован препарат эверолимус, который влияет на основное звено патогенеза при ТС (является ингибитором сигнального пути m-TOR) и уменьшает рост опухолей в центральной нервной системе и почках. Препарат эверолимус в форме таблеток включен в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (ЖНВЛС) (Распоряжение Правительства РФ №2199-р от 7 декабря 2011).

МКБ шифры МКБ 10 код: Q85.1 Орфа код: ORPHA805. MIM 19100, 613254.

Более подробную информацию о ТС можно найти на сайте www.epileptologhelp.ru.

Список литературы

1. Туберозный склероз. Под ред. М.Ю. Дорофеевой. М., 2012.
2. Bissler J.J., Kingswood J.C., Radzikowska E., Zonnenberg B.A., Frost M., Belousova E., Everolimus for angiomyolipoma associated with tuberous sclerosis complex or sporadic lymphangioleiomyomatosis (EXIST-2): a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet. 2013 Mar 9;381(9869):817–24.

Федор Капсаргин:
любимое дело – основное «лекарство» в жизни

Федор Петрович Капсаргин, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой урологии, андрологии и сексологии ИПО ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава РФ, главный внештатный уролог МЗ Красноярского края, в течение многих лет несет ответственность за подготовку и обучение молодого поколения урологов. В рамках научного конгресса «Мужское здоровье», состоявшегося в конце апреля в Сочи, корреспонденту «Московского уролога» удалось задать Федору Петровичу несколько вопросов о состоянии и развитии урологической службы Красноярского края.

– Нашим читателям интересно, каким образом осуществляется подготовка специалистов-урологов вашего края.

– Ведущим высшим медицинским учебным заведением нашего региона является Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого. Университету уже более 70 лет, у него есть своя история, определенные традиции, научные школы. Ежегодно только лечебный факультет этого ВУЗа заканчивают более 300 студентов. После обучения в университете, прохождения интернатуры, ординатуры на наших же базах они в последующем проходят специализацию в институте последипломного образования, который также входит с состав нашего университета, и получают соответствующую сертификацию. Кафедра урологии, андрологии и сексологии, которой я заведую, принимает в этом активное участие.

– В работе уролога используете ли Вы стандарты и рекомендации европейской ассоциации урологов?

– Конечно, мы пользуемся теми же основополагающими стандартами, прежде всего – российскими. Очень хорошо, что сейчас разрабатываются российские стандарты, они адаптированы к европейским стандартам, и в этой работе мы тоже принимаем участие.

– Скажите, пожалуйста, как в вашем крае обстоит дело с обеспечением пациентов-инвалидов, нуждающихся в изделиях медицинского назначения?

– К сожалению, я не эксперт в этом вопросе. Я лишь знаю, что все необходимое, что прописано в законодательстве в соответствии с технологиями оказания медицинской помощи, которые используются в нашей стране, эти пациенты получают. В частности, спинальные пациенты получают катетеры, мочеприемники, памперсы и т.д. Каких-либо проблем, с этим связанных, я от своих пациентов не слышал.

– Как главный уролог Красноярского края хотели бы Вы поделиться со своими коллегами на страницах нашего издания своим опытом, достижениями, или, может быть, обсудить какие-то проблемы.

– В последние годы мы достаточно эффективно использовали программу модернизации, благодаря которой удалось полностью оснастить новейшим эндоскопическим оборудованием урологические клиники, в т.ч. межрайонные урологические центры. Это – основной шаг развития урологии в нашем регионе. В связи с этим мы встретились с некоторыми проблемами. В первую очередь – дефицит подготовленных кадров, которые бы могли эффективно использовать это оборудование. Сейчас мы практически решили эту задачу, процесс обучения урологов уже заканчивается и, по последним отчетам, наши врачи достаточно эффективно используют современную аппаратуру. Также мы стараемся внедрять в повседневную практику ряд новых хирургических технологий и методов лечения, т.е. более активно решать андрологические проблемы, что в конечном итоге должно улучшить качество жизни мужского населения нашего региона.

– Сколько сейчас у вас урологов, достаточно ли специалистов?

– В нашем крае на сегодняшний день свыше 90 человек работают в государственных учреждениях здравоохранения, а в общей сложности в нашем регионе 123 сертифицированных уролога. Дефицит врачей-урологов наблюдается, прежде всего, в межрайонных центрах, на юге и на западе Красноярского края, например в районе Минусинска. Что касается городских и краевых клиник Красноярска, в этих учреждениях проблемы со специалистами полностью решены.

– Какие приоритетные направления урологии Вы видите в вашем регионе?

– Это внедрение современных медицинских технологий, которые позволяют резко сократить сроки пребывания пациентов в стационаре, тем самым освободить коечный фонд для более тяжелых групп пациентов, а также снизить социальную напряженность. Второе – дальнейшее развитие стационарозамещающих технологий (стационаров одного дня, дневных стационаров и т.д.). Пациенты должны поступать в урологические отделения стационаров только на оперативное лечение, на догоспитальном этапе должно проводиться их полное обследование, заранее определяться тактика и методы лечения.

– Как Вы относитесь к проведению таких крупных мероприятий, как наш конгресс «Мужское здоровье»?

– Я очень рад, что у нас в стране эти конгрессы проходят на таком высоком уровне. Прежде всего, это заслуга профессора Армаиса Альбертовича Камалова. На подобных площадках есть возможность обсудить как российские, так и мировые проблемы урологии, поскольку в мероприятиях обычно участвуют наши коллеги из разных стран мира.

– А Вы регулярно посещаете такие мероприятия? Удается ли Вам выбираться на российские или зарубежные конгрессы?

– Самое сложное при посещении этих конференций – найти время, которого всегда не хватает. К счастью, есть возможность выбирать конгрессы наиболее высокого уровня, с наиболее интересными докладами. Их я стараюсь посещать несмотря ни на что.

– Что бы Вы хотели пожелать организаторам, участникам конгресса?

– Я хотел бы напомнить, что ни в образовании, ни в обучении предела нет. Поэтому мои главные пожелания – не снижать темпа образования и самообразования. Вектор, направленный на повышение уровня оказания специализированной помощи населению России, должен постоянно возрастать, это позволит нам реализовать себя, свои амбиции, быть успешным в профессии.

– Еще один вопрос. В силу вашей занятости, загруженности как лично вам удается сохранить мужское здоровье?

– Прежде всего, надо сказать спасибо родителям, которые дали определенный набор генов. И второе – любимое дело, любимое занятие. Это основное «лекарство» в жизни. Оно дает интерес к жизни, дает возможность радоваться, наслаждаться жизнью, а это самое главное.

– Это же можно пожелать и нашим читателям, и пациентам, и всем людям. Спасибо за интервью.

Материал подготовила Юлия Пескова

Конгресс ЕАУ в Мюнхене

11–15 марта 2016

Добро пожаловать в Мюнхен!

Все самое лучшее в международной урологии

Ежегодный конгресс ЕАУ является крупнейшим событием года в Европе, на котором при участии ведущих медицинских экспертов-урологов представляются самые современные и наиболее важные знания в области урологии. Эта международная платформа собирает тысячи делегатов конгресса и участников выставок из более чем 100 стран. Ожидается, что 31-й ежегодный конгресс ЕАУ в Мюнхене, который состоится 11–15 марта 2016 г. в Мюнхене, примет более 14 000 посетителей. Научная программа конгресса ЕАУ предлагает всесторонний охват, как урологии, так и ее смежных специальностей, обеспечивая участников бесконечными возможностями для профессионального роста. Ведущие мировые эксперты представят результаты своих исследований и свое понимание современного положения дел в урологии во время лекций, дискуссий, презентаций и курсов. Присоединяйтесь к нам этой весной, чтобы из первых рук получить все самое лучшее, что есть в международной урологии!

Профессор Крис Чаппл, генеральный секретарь ЕАУ

16+ реклама

ДЕРЕВЯНКО Игорь Михайлович – доктор медицинских наук, профессор (к 90-летию со дня рождения)

И.М. Деревянко

Родился 9 августа 1925 г. в станице Ново-Покровская Краснодарского края в семье педагогов. Когда ему было 4 года, семья переехала на постоянное место жительства в Ставрополь в связи с назначением отца на новую должность. Он с отличием закончил среднюю школу №3 Ставрополя. После окончания средней школы в 1944 г. поступил на лечебный факультет Ставропольского государственного медицинского института, который окончил с отличием в 1949 г. Обучаясь в институте, И.М. Деревянко с 4-го курса увлекся хирургией, старался больше времени проводить в хирургическом отделении 1-й городской больницы Ставрополя, ассистируя хирургам отделения почти на всех операциях: от экстренных операций на органах брюшной полости до операций на конечностях и голове. Он окончил клиническую ординатуру по хирургии на кафедре факультетской хирургии Ставропольского государственного медицинского института (зав. кафедрой – профессор П.С. Федоров) и мечтал начать работу хирурга в стационаре. Игорь Михайлович как-то признался, что во время обучения в институте он больше всего боялся двух вещей: трупов и сумасшедших и по иронии судьбы по распределению был направлен на работу патологоанатомом в психиатрическую больницу Ставрополя. Там он проработал всего лишь год, после чего, наконец, реализовал свою мечту – стал хирургом.

С 1952 г. работал врачом-хирургом, а затем заведующим хирургическим отделением 1-й городской больницы Ставрополя. За время работы приходилось выполнять хирургические операции различной сложности практически на всех органах человеческого организма, экстренные и плановые вмешательства. И.М. Деревянко первым на Северном Кавказе выполнил открытую хирургическую операцию на сердце в 1954 г. Это был пациент с ножевым ранением сердца – юноша 19 лет. К счастью, операция прошла успешно, человек выжил, вернулся к труду и еще долго навещал своего спасителя, поздравляя с праздниками и знаменательными датами.

В 1958 г. Игорь Михайлович защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Материалы к глухому шву мочевого пузыря». В том же году он был избран ассистентом кафедры факультетской хирургии Ставропольского государственного медицинского института. В 1965 г. был утвержден доцентом той же кафедры по курсу урологии, а в 1967 г. (после смерти заведующего) исполнял обязанности заведующего этой кафедрой. В 1969 г. защитил докторскую диссертацию: «Уретероцистоанастомоз». В 1970 г. получил звание профессора.

И.М. Деревянко – врач патологоанатом, 1951 г.

В 1970 . организовал и возглавил кафедру урологии Ставропольского государственного медицинского института, которой руководил до 1988 г. В том же году кафедра урологии была реорганизована в курс урологии при кафедре общей хирургии. И.М. Деревянко работал профессором курса урологии до 1996 г.

Профессор И.М. Деревянко посвятил свою профессиональную деятельность изучению и хирургической коррекции аномалий развития органов мочеполовой системы. Он первым на юге России выполнил операцию трансформации пола у пациента с гермафродитизмом. Проанализировав свой опыт работы в этом направлении, он создал и опубликовал первую рабочую классификацию гермафродитизма. Результатом этой работы явилась монография: «Клинические и морфологические формы гермафродитизма».

Игорь Михайлович является автором собственной хирургической методики антирефлюксного уретероцистоанастамоза, который официально вошел в научную и практическую урологию и учебные пособия и руководства по урологии как «Уретероцистоанастамоз по Деревянко», а также – 374 научных работ, в т.ч. 14 монографий по актуальным вопросам урологии (обструкция мочеточников, фтизиоурология, детская урология, урогинекология, реконструктивные операции по поводу врожденных аномалий мочевыводящих путей).

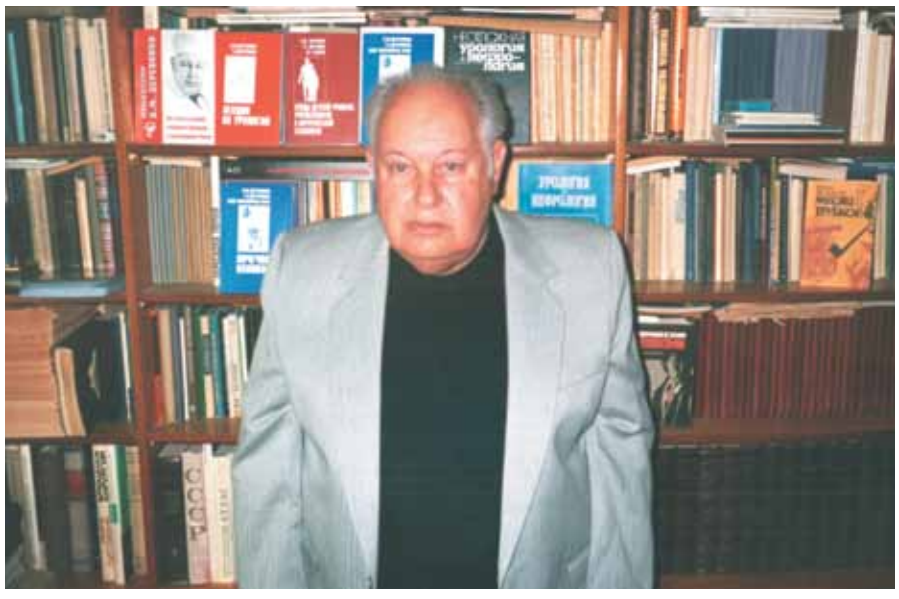
И.М. Деревянко подготовил 8 кандидатов медицинских наук и 1 доктора медицинских наук. За заслуги в медицине он был награжден орденом «Знак Почета» и тремя медалями.

Он был членом правления Всесоюзного и Всероссийского обществ урологов, а также председателем общества урологов Ставропольского края.

Профессор И.М. Деревянко считается основателем научной урологии Ставрополья. В 2015 г. его именем названо Общество урологов Ставропольского края, в котором трудятся его соратники и ученики.

За два часа до смерти Игорь Михайлович работал над монографией «Аномалии верхних мочевых путей», обобщая свой огромный опыт в этом направлении урологии, которая так и остался незавершенной. В космическое бессмертие он шагнул, не переставая писать, думать и творить. Скончался 5 июля 2007 г..

И.М. Деревянко – заведующий кафедрой рологии Ставропольского медицинскиго института, 1994 г.



И.М. Деревянко – в личном кабинете дома, 2005 г.

Чтобы посадить дерево
и вырастить сына,
необходимо

ЗДОРОВОЕ СЕМЯ

Сбалансированный комплекс для улучшения мужской фертильности

Позволяет нормализовать параметры спермограммы [1,2]

Рекомендован для подготовки к процедурам ВРТ (ЭКО, ИКСИ) [2]

Доказанная эффективность в рамках многоцентрового исследования [1]

1 - Многоцентровое открытое исследование эффективности и безопасности многокомпонентного комплекса «АндроДоз®», капсулы, у пациентов с патоспермией, 2013 г

2 - «Применение препарата АндроДоз у мужчин с нарушением фертильности», д.м.н., проф. Неймарк А.И. / Андрология и генитальная хирургия – 2013 - №4 – С. 49-52

Производитель – ООО «Витамер», маркетинг и дистрибуция – ООО «ШТАДА Маркетинг»

Реклама

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВОМ

RU.77.99.11.003.E.016993.12.12