

# Дайджест УРОЛОГИИ

Выпуск № 1 март 2015

### АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ:

Европейский конгресс: новые тренды в лечении СНМП

Репродуктивное здоровье: в приоритете у Минздрава

Частная практика: сделай это законно



**ТЕМА НОМЕРА:** 

Цена жизни



Первое мобильное приложение для урологов

# Beerga b xypce beex уропогических повостей!



- удобство
- БЫСТРОТА **ИСПОЛЬЗОВАНИЯ**































на платформе:



### •

## Содержание

· <b>》</b>	Тема номера: Цена жизни
·»	Новые тренды в лечении СНМП8
·»	Отчет о проведении Симпозиума с международным участием
	«Охрана репродуктивного здоровья населения. Мужское здоровье»16
·»	Репродуктивное здоровье: в приоритете у Минздрава
·»	VII Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные
	вопросы онкоурологии. Заболевания предстательной железы.
	Новые технологии в урологии»
· <b>》</b>	Гормонально-клеточные механизмы старения
	и возраст-ассоциированной патологии у мужчин
· <b>》</b>	IV Всероссийская школа по детской урологии-андрологии
	«Реконструктивно-пластические операции, эндовидеохирургия в детской
	урологии-андрологии. Нарушения мочеиспускания у детей»
·»	Международный форум
	«Новые горизонты репродуктивного здоровья»
·»	1-я научно-практическая конференция урологов Северо-Западного
	федерального округа «Актуальные вопросы урологии»
·»	Силденафила цитрат: существует ли синдром привыкания?56
·»	Здравствуй, Новый год60
••>>>	Частная практика: сделай это законно

### Тема номера

### Цена жизни



Д.В. Перлин д. м. н., профессор кафедры урологии, нефрологии и трансплантологии

Когда говорят о медицине, всегда больше всего внимания привлекают методы, находящиеся на переднем крае. Один из таких методов – трансплантация органов. Если говорить об этом методе применительно к урологии, то это, безусловно, трансплантация почки. Специальный корреспондент «Дайджеста урологии» Алексей Паевский встретился с главным врачом Волгоградского областного уронефрологического центра Дмитрием Владимировичем Перлиным и поговорил об особенностях трансплантации почки как в России в целом, так и в Волгоградской области в частности.

Какие бывают показания к трансплантации почки? Когда она бывает нужна?

Д. Перлин. Трансплантация применяется, когда все остальные методы сохранения или восстановления функций собственных почек исчерпаны. И в том случае, когда речь идет о том, что обе почки уже не функционируют. Конечно, даже половинка собственной почки значительно лучше, чем целый трансплантат, это понятно. Поэтому проблема любой трансплантации должна рассматриваться в комплексе, и основной задачей должна стать проблема сохранения собственных органов, поскольку любая трансплантация связана с не-

обходимостью серьезного подавления иммунитета пациента. Иммуносупрессивная терапия достаточно агрессивна, она оказывает повреждающее действие на организм, и, несмотря на такую терапию, всегда остается риск отторжения донорского органа, который остается пожизненно. Пожизненно необходим прием специальных препаратов, которые также небезобидны. Поэтому, если есть хоть какие-то возможности сохранения функций собственной почки, хотя бы одной, хотя бы ее половники, все усилия должны быть направлены на это. Это кредо нашего центра, и мы занимаемся трансплантацией тогда, когда уже ничего иного не можем сделать.

Как часто приходится прибегать к трансплантации? Расскажите о статистике в России, в Волгоградской области.

**Д. Перлин.** Начнем с того, что истинные потребности нашей медицины в трансплантации почек ончот известны. Есть статистика, статистика зарубежная, которая сильно отличается от российской. И это связано с недостаточной выявляемостью заболеваний почек в нашей стране. В нашем случае Волгоградская область - среднестатистический российский регион. У нас есть пациенты, которые проживают, например, в 400 километрах от Волгограда, и понятно, что выявляемость заболеваний почек на такой удалённости гораздо ниже.

Расчетная потребность Волгоградской области – около 250 трансплантаций в год, по факту лист ожидания у нас на сегодняшний день составляет 100-130 человек. Если говорить о реально выполняемых трансплантациях, то мы делаем в год около 40 операций. То есть от фактической потребности это составляет примерно половину, от расчетной – очень незначительная часть.

Надо сказать, что по мере развития любого направления медицины появляются и пациенты, которым требуется этот метод для лечения, то есть нет метода – нет пациента. Когда мы более десяти лет назад в Волгоградской области стали проводить трансплантацию, приходилось искать и доноров, и реципиентов. Сейчас, конечно же, пациенты всегда есть, к нам приезжают люди из других регионов. И сейчас трансплантация почки - это разработанная область клинической медицины, которая в большинстве случаев обеспечивает социальную реабилитацию пациентов. Большинство пациентов после трансплантации - это социально активные люди, которые, возможно и не работают, но воспитывают детей, внуков. Выживаемость трансплантата и пациента сейчас высокая, а это означает много лет жизни. То есть это совсем не то, что было на «заре» трансплантологии, примерно 25 лет назад.

### Есть ли какие-то конкретные особенности трансплантации именно почки?

Д. Перлин. Отличия, конечно, есть. Как различаются заболевания разных органов, так и их трансплантация имеет собственные особенности. Требуются различные специалисты и технически разные виды трансплантации выполняются по-разному. Условия другие, осложнения другие и даже иммуносупрессия совершенно отличается.

Так, при пересадке почки применяется самая агрессивная иммуносупрессия. Почка – орган небольшой, и он очень сильно подвержен отторжению. Да и напряженность иммунитета у тех, кто страдает заболеваниями почек, гораздо выше, чем, например, у пациентов с болезнями печени. ■

### Тема номера

#### Как проходит процесс принятия решения о трансплантации?

**Д. Перлин.** Все зависит от причины почечной недостаточности. Чаще всего это заболевания. связанные с иммунными процессами, но в последнее время все чаще встречается почечная недостаточность, как осложнение различных заболеваний, например, сахарного диабета. Показаниями к пересадке почки могут быть последствия неудачного лечения мочекаменной болезни, врожденные аномалии почек, гипоплазии почек и так далее. В целом, после того, как почечная недостаточность входит в терминальную стадию, у пациента есть несколько путей лечения. Это начало гемодиализа и перитонеального диализа, это трансплантация почки, и такие методы нередко могут сочетаться у одного пациента последовательно. В разных центрах могут быть разные алгоритмы лечения, есть в том числе и метод упреждающей трансплантации, которая делается пациентам, которые еще не попали на гемодиализ. Пациенты уже достигли терминальной стадии почечной недостаточности, и им в самое ближайшее время может потребоваться заместительная терапия. Им сразу же делается трансплантация. Конечно, речь в первую очередь идет о трансплантации от ближайших родственников, потому что это более управляемая ситуация: есть донор, который готов отдать свою почку, есть реципиент.

Нужно напомнить, что по российскому законодательству, живым донором может быть далеко не любой человек, а только генетический родственник. Кстати, жена или муж по закону таковыми не являются.

В нашем центре параллельно осуществляются как трупная трансплантация, так и трансплантация от живых доноров. Это не самая распространенная ситуация в стране, чаще российские центры специализируются на каком-то одном виде, например, от живых родственников. Мы делаем примерно две трети операций по трупной трансплантации, треть – от родственных доноров. Эти методы взаимодополняющие, поскольку есть люди, у которых нет родственников, или их родственники не могут быть донорами. Хотя в последнее время количество операций по пересадке от доноров-родственников постоянно растет. Это связано с внедрением лапароскопических методов изъятия донорской почки. Это более привлекательный метод, при котором нет больших разрезов, они спрятаны в недоступных для взгляда местах. Кроме того, доказана безопасность этой процедуры для донора. Есть интересные американские работы, в которых статистические исследования на большой выборке (а там донором почки может стать любой человек, готовый это сделать безвозмездно), которые говорят о том, что выживаемость доноров после трансплантации выше, чем в целом по популяции. Долго удивлялись тому, как же это может быть, авторов даже обвиняли в предвзятости. Но на самом деле это просто объяс-няется: доноры это хорошо обследованные люди, которые в дальнейшем проходят тщательное наблюдение. Можно сказать что это «эффект диспансеризации».

## Как происходит подбор донорского органа?

Д. Перлин. Критерии родственной и трупной трансплантации никак не различаются. В обоих случаях требуется иммуносупрессия, за исключением тех случаев, когда доноры - однояйцевые близнецы. Это очень редко и в моей практике было два таких случаях, но мы все равно давали иммуносупрессию. Есть еще недостаточно изученные процессы отторжения, которые связаны с неизвестными нам тканевыми антигенами. В истории были случаи, когда отторгались органы даже однояйцевого близнеца. Имеет большое значение совпадение по тканевым антигенам, требуется обязательные иммунологические тесты.

#### Какова сама процедура трансплантации? Каков прогноз?

Д. Перлин. Результаты выживаемости пациентов и доноров сейчас достаточно хорошие. Когда мы сейчас оперируем данными о 5-10 летней выживаемости, мы говорим о тех пациентах, которые перенесли трансплантацию 10-20 лет назад. И говорить о том, что пациентов, которых мы оперируем сейчас, ждет такая же выживаемость, говорить даже неправильно: результаты трансплантации за последние десятилетия улучшились. Пациенты, которых мы оперируем сейчас, проживут еще дольше. Кроме того, су-

прессия стала более избирательной и пациенты сейчас гораздо лучше реабилитируются.

Технические особенности операции зависят от исходного заболевания, но они не имеют принципиального значения для выживаемости. Сама операция по трансплантации, как ни странно, далеко не самая сложная из тех, с которыми приходится сталкиваться урологам. Эта процедура достаточно стандартна и очень хорошо наработана.



После операции, как мы говорили, пациентов ожидает пожизненная иммуносупрессия. Это минус, конечно. С другой стороны, с годами интенсивность иммуносупрессии постепенно снижается: в первый год после трансплантации постепенно идет изменение иммунитета в сторону повышения его в отношении инфекций. Конечно, в ближайший период после трансплантации высок риск развития вирусных инфекций, мы с ними боремся. ■

### Тема номера

Требуется ли какое-то дополнительное юридическое оформление операции по трансплантации?

Д. Перлин. Практически нет. Есть информированное согласие, есть различные виды медицинских заключений, которое отличаются от других заключений, но, в принципе, только по форме. Если человек дает согласие на трансплантацию, требуется еще дополнительное заключение комиссии, о том, что трансплантация необходима, поскольку трансплантация является методом, который по законодательству применяется только тогда, когда возможности всех других методов исчерпаны. Документы разработаны и внедрены Минздравом.

Когда речь идет о трупной трансплантации, это вызывает спекулятивные рассуждения, в прессе, на телевидении иногда всплывают моменты, мол, как же так, изъяли органы без согласия донора или его родственников. Во всем мире это делается примерно одинаково, и не надо искать в этом какого-либо подвоха. В разных странах существует две параллельно применимые модели. Либо это модель информированного согласия, либо это модель презумпции согласия. В нашей стране принята вторя модель, и в этом мы не одиноки - похожие законы приняты в Испании, Бельгии и многих других странах. И было много стран, которые переходили от одного вида к другому. В целом в Евросоюзе и США сейчас применяется информированное согласие, когда донор должен давать согласие на изъятие органов после смерти.

Эти процедуры, с моей точки зрения, не отличаются какими-то принципиальными этическими моментами. Это просто техническая процедура. Потому что, так или иначе, у любого общества, любой страны есть потребность в трансплантации. Поэтому проблему надо рассматривать не с точки зрения донорства, а сточки зрения трансплантации. Надо понимать, для чего мы изымаем органы. Если нет потребности в органах, то незачем их и изымать.

Об этой процедуре много споров, что же важно - информированное согласие или презумпция согласия? В нашей стране изъятие органа возможно, если не поступило никаких данных о том, что донор против, а речь идет о погибающих людях либо с черепной травмой, либо с сосудистыми заболеваниями мозга. Диагностика смерти мозга обязательна в любом случае. Так вот, если есть смерть мозга и нет сведений об отказе от донорства, а родственники погибшего не против, считается, что органы можно изымать. Здесь нет никакого нарушения закона, да, честно говоря, нет и физической основы для нарушения закона. Потому что если взять, например, Москву, по статистике в год гибнет около 30 тысяч человек только от травм. Это потенциальные доноры, но органы изымаются только у 200 человек. Почему изымается так мало? Это вопрос, как сейчас принято говорить - менеджмента - недостаточно

развитой сети координации. Поэтому я не вижу здесь оснований для спекуляции.

Что касается, например, США, а я там бывал во многих клиниках, то информированное согласие сводится к техническим процедурам. Никто никаких родственников не ищет, никто не пытается у бессознательного человека спросить разрешения, просто у всех жителей этой страны в правах стоит согласие или несогласие на изъятие органов. Поэтому как у нас делают ксерокопию страхового полиса для истории болезни, точно также в США делают ксерокопию водительских прав. По опыту, очень трудно в США найти человека, у которого нет водительских прав, они даже у бомжей есть.

Говорят, российские врачи борются с информированным согласием, но лично я не вижу в этом смысла. Если технически процедура будет обеспечена, и у каждого жителя нашей страны в каком-то документе, например, в паспорте, будет стоять отметка о донорстве, то никакой проблемы даже при информированном согласии не будет. Российская проблема – в техническом необеспечении донесения желания или нежелания человека до медицинской организации.

За счет каких средств делаются операции по трансплантации почек в вашем центре?

**Д. Перлин.** В нашем центре все трансплантации осуществляются на основе, так называемого, федерального софинансирования. Эта программа существует во многих регионах. Поскольку наше учреждение на сегодняшний день ещё не является федеральным, Минздрав РФ выделяет часть средств, а другую добавляет Минздрав Волгоградской области. Формально это – федеральные квоты, но они софинансируются Волгоградской областью.

В последнее время много говорят о печати органов. И кандидат номер один среди органов, чтобы его напечатать из собственных стволовых клеток пациента — это почка. Есть лаборатория по печати и в России. Что вы, как клиницист, думаете на тему перспектив биопринтинга?

**Д. Перлин.** Сказать, что я знаком с этой областью, нельзя. Я видел результаты работ наших японских коллег и они, конечно, потрясающие. Но, как клиницисту, мне сложно делать прогнозы. С одной стороны, это достаточно красиво выглядит. С другой стороны я вижу, какой долгий путь проходят работы от реального эксперимента до клинического применения. Если лекарственные препараты с момента изобретения до введения применения проходят испытания всего десять лет - это уже отличный результат. Но это лекарства, а такая крупная технология... Боюсь, что я при жизни это не застану и дай Бог, чтобы я ошибался.

Материал подготовил А.С. Паевский Специальный корреспондент «Дайджеста урологии»

### Новые тренды в лечении СНМП

Конгресс Европейской ассоциации урологов – главное событие в году для сотен профессионалов. Здесь озвучиваются самые свежие тенденции в лечении урологических заболеваний, презентуются новейшие методики и технологии, озвучиваются результаты ключевых для нашей области исследований. На последнем заседании Конгресса в Стокгольме в 2014 году корреспонденты Uroweb.ru побеседовали с двумя известными специалистами в области терапии симптомов нижних мочевых путей (СНМП): профессором Ги Боггартом (Бельгия) и доктором Кристиеном Градски (Германия) и узнали мнения своих именитых собеседников о перспективах этого направления. Первым на наши вопросы ответил профессор Ги Боггарт.



Профессор, какие новые тенденции в лечении недержания мочи и энуреза были представлены на секции детской урологии в рамках конгресса Европейской ассоциации урологов – 2014?

Во время последней сессии мы анализировали информацию по этим заболеваниям, которая была опубликована в 2013 году. Раньше мы всегда считали, что важно заканчивать терапию десмопрессином, постепенно снижая дозу, но сейчас оказывается, что можно просто прекратить его принимать. Кроме того, подтвердилось, что сон – это очень важный фактор у детей с недержанием мочи. Качество сна ребенка с недержанием снижается, когда он спит в мокрой постели, поэтому очень важно либо до-

биться того, чтобы ребенок был сухим, либо же надевать на него подгузник. Также я считаю очень важным выявление связи между сном и дыханием во время сна. У детей, которые храпят во сне, выше риск развития недержания мочи. Если вы общаетесь с ребенком, который мочится в постель, обязательно нужно узнать у родителей, храпит ли он. Такого ребенка следует проконсультировать у ЛОР-врача для исключения заболевания дыхательных органов.

В последнее время большое внимание уделяется ночной полиурии взрослых. Появляются мнения о сходном механизме недержание мочи у взрослых и у детей. Каково ваше мнение по этому вопросу?

Думаю, что здесь нужно провести некое разделение между взрослыми и пожилыми людьми. У взрослого здорового человека имеется определенный уровень гормонов, нормальный днем и ночью. У пожилых людей часто наблюдаются сопутствующие заболевания, они могут принимать какие-то лекарства - например, диуретики. Кроме того, нужно учитывать тот факт, что люди потребляют различное количество жидкости. У пожилых людей чаще встречаются проблемы, связанные с гиперактивностью мочевого ночью, но я считаю, что в большинстве случаев проблему вызывает сочетание обоих факторов: полиурии, вызванной различными причинами, и ночной гиперактивности мочевого пузыря. Качество жизни у таких пациентов снижается: пожилые люди просыпаются ночью, чтобы сходить в туалет, во время чего могут упасть, получить травму, а вслед за этим возникнет масса других проблем. Поэтому контроль полиурии очень важен для поддержания здоровья пожилых людей.

Как вы считаете, станем ли мы в будущем применять аналоги вазопрессина, препараты десмопрессина у взрослых? При каких показаниях применение этого препарата оправдано?

Главное – у пожилых людей нужно обязательно оценивать функцию почек, определять уровни электролитов до начала применения препаратов десмопрессина. Считаю, что такое лечение может значительно улучшить качество жизни пожилых пациентов.

Какова, по вашему мнению, истинная частота встречаемости моносимптомного энуреза? Действительно ли люди, у которых диагностирован моносимптомный энурез, страдают именно от этого заболевания, или просто им проведена неполная диагностика?

Согласно опубликованным данным, частота встречаемости этого заболевания во всем мире практически одинакова. Среди детей в возрасте шести

лет она составляет около 15%, до восемнадцати лет – менее 1%. Таким образом, кривая зависимости частоты от возраста имеет экспоненциальную форму. Важно помнить, что различия могут быть обусловлены тем, обратятся к врачу родители или нет, то есть это вопрос настороженности и заинтересованности родителей.

В прошлом году было опубликовано несколько работ, посвященных именно вопросу отношения родителей к этому заболеванию. У родителей выясняли, что они знают и думают о том, почему ребенок мочится в постель. Было удивительно об этом узнать, но многие родители думают, что причина ночного мочеиспускания их ребенка – обычная лень. В другом исследовании было показано, что достаточно большая часть родителей, даже имеющих высшее образование, все еще наказывает своих детей за недержание мочи.

В данном аспекте могли бы вы дать основные базисные рекомендации по лечению этого заболевания не детским урологам, которые точно хорошо знакомы с этим заболеванием, а педиатрам, врачам общей практики, которые бы могли использовать их в своей ежедневной работе: с чего им начинать и когда обращаться к более узкому специалисту?

Первым делом нужно обязательно хорошо и подробно собрать анамнез, от-

править пациента домой с дневником мочеиспускания, обязать записывать потребление жидкости, объем выделения мочи. Ещё одна очень простая вещь для маленьких детей – нужно взвешивать подгузники, потому что 1 грамм подгузника равен одному миллилитру мочи, по этому признаку вы сразу поймете, есть ли у ребенка ночная полиурия. Анализируя потребление жидкости и вес подгузника, вы уже можете начать лечение.

Вторая очень важная вещь – это объяснить самому ребенку, почему он мочится в кровать. Нужно рассказать об основных причинах. Первая из них – некоторые дети спят глубже, чем остальные, им требуется больший стимул для того, чтобы проснуться. Вторая причина – это наличие у ребенка ночной полиурии либо гиперактивного мочевого пузыря, или сочетание этих состояний.

Дальше надо объяснить ребенку, что он может сделать две вещи: первое – это продолжать носить подгузники. Например, другие люди носят очки для того, чтобы хорошо видеть, а ему, чтобы спать, нужно надевать подгузник; второе – это повлиять на потребление жидкости, проходя при этом медикаментозную терапию. Лично я предпочитаю дополнять терапию холинолитическими препаратами для лечения возможной гиперактивности мочевого пузыря. И, наконец, последнее необходимое – это научить ребенка спать не так глубоко, просыпаться, когда он хочет в туалет.

Для этого применяется alarm-терапия, но в этом случае требуется достаточно выраженная мотивация со стороны ребенка и родителей. С такими детьми надо встречаться каждую неделю, чтобы узнать, как у них дела, помочь им, обучить чему-то, приободрить. Я уверен, что в этом случае лечение будет успешным.

В какие сроки вы рекомендуете оценивать эффективность проводимого лечения – через сколько дней, недель, месяцев от его начала?

В отношении эффективности применения медикаментозной терапия и нормализации потребления жидкости результаты будут видны достаточно быстро, через 1–2 недели. Для alarm-терапии эффективность лечения целесообразно оценивать через 8 недель. Этот метод лечения требует несколько больше времени и усилий, чем применение десмопрессина и нормализация потребления жидкости, когда результаты достигаются достаточно быстро.

Следующим нашим собеседником стал Кристиен Градски из Мюнхена (Германия). Постоянную работу в урологическом отделении он совмещает с редакторской должностью в журнале «Европейская урология». Доктор Градски занимается лечением пациентов с симптомами нижних мочевых путей как консервативными, так и оперативными методами.

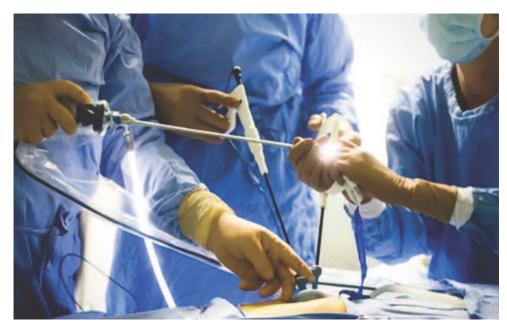
Кристиен, сейчас проводится довольно много научных исследований, касающихся СНМП. Какие из них вы бы назвали наиболее интересными?

Сегодня существует серьезная необходимость поиска новых лекарств для лечения СНМП, эффективных у конкретного пациента, либо же комбинаций лекарственных средств. В настоящее время клинические испытания проходит большое количество различных препаратов, оценивается их эффективность у разных пациентов. Это и есть наиболее важная составляющая научных изысканий в нашей области.

В том области оперативного лечения, на мой взгляд, есть необходимость в разработке новых минимально инвазивных методов. Люди хотят минимально инвазивной терапии с минимальными побочными эффектами вместо оперативного лечения, с меньшей частотой развития эректильной дисфункции, недержания мочи и т.д. Мне кажется, в настоящее время это одно из основных направлений исследований.

Как вы считаете, что изменилось в подходе к лечению пациентов с СНМП?

Если мы говорим об оперативном лечении, наблюдается улучшение безопасности методов лечения. Я не думаю, что значительно улучшилась его эффективность. Мы все еще используем



трансуретральную резекцию простаты. Конечно, техника улучшилась, что позволило сделать операцию более безопасной - например, биполярная ТУР простаты оказалась более безопасной, чем монополярная. Существуют и другие техники - вапоризация простаты, гольмиевый лазер, с помощью которого проводится энуклеация простаты, показавший высокую эффективность на фоне улучшения безопасности. Пациенты, принимающие антикоагулянты, у которых есть осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы, - например, перенесшие инфаркт миокарда или инсульт - выигрывают от улучшения безопасности применяемых технологий. В отношении медикаментозной терапии

достижением является то, что сейчас наличествует больше препаратов, из которых мы можем выбирать необходимые.

Что вы думаете о тенденции, которая стала очень актуальной в последнее время, – применении комбинированной терапии в лечении пациентов с СНМП?

Я думаю, что это достаточно эффективно, но всегда нужно иметь в виду возможные межлекарственные взаимодействия препаратов, влияние одного из них на другой. Комбинированная терапия хороша с точки зрения эффективности, и вы, прибегая к ней, определенно получите лучший результат.

Могли бы вы сказать несколько слов о том, что в ходе работы Конгресса обсуждается больше всего относительно лечения симптомов нижних мочевых путей, о чем говорят специалисты?

В медикаментозной терапии это новый препарат, Бетмига – агонист beta-3-рецепторов. В течение последнего времени были представлены данные о сопоставимой эффективности этого препарата с холинолитиками, но побочных эффектов оказалось вдвое меньше. Это означает уменьшение частоты симптома сухих слизистых, нарушения функции кишечника и т.д., но при этом эффективность остается такой же.

Если пациент отвечает на терапию стандартными холинолитиками, есть высокая вероятность того, что Бетмига в этом случае будет эффективна. На Конгрессе было представлено несколько докладов, касающихся этого нового препарата, но только в одном из них было показано, что каждый второй пациент, у которого Бетмига оказалась четвертой или пятой линией лечения, отвечал удовлетворительно на терапию. Это большое достижение.

Я назвал вам последние достижения в области медикаментозной терапии в касательно препаратов, которые уже представлены на рынке. Но есть много таких, которые сейчас проходят 1–2 стадии клинических испытаний. В качестве примера я хотел бы назвать группу каннабинои-

дов, о которой на Конгрессе представлено много докладов. Возможно, в будущем они будут использоваться, но пока информации о них недостаточно.

В отношении оперативного лечения есть несколько интересных предложений, например, представлена работа о выполнении аденомэктомии с применением робототехники. Это достаточно дорогая, но эффективная операция. Я не думаю, что она будет стандартным методом лечения из-за своей дороговизны. Есть много новых технологий воздействия на предстательную железу, например евролифт - устройство с очень легким использованием, которое просто механически раздвигает ткань предстательной железы, тем самым позволяя увеличить просвет уретры. Согласно представленным данным, этот способ достаточно хорошо работает. Также на Конгрессе были озвучены работы по интрапростатическим инъекциям, которые в настоящее время проходят третью фазу клинических испытаний. Ранее было показано, что ботокс неэффективен в таких случаях. Возможно, другие препараты окажутся более действенными в этом отношении.

Могли бы вы дать советы по лечению симптомов нижних мочевых путей обычным урологам для использования в ежедневной практике?

Совсем недавно мы выпустили новые рекомендации по лечению

урологических заболеваний под эгидой Европейской ассоциации урологов. Я бы посоветовал всем урологам к ним прибегать. В них представлен алгоритм, которого нужно придерживаться в диагностике и лечении пациентов с СНМП. Также я бы рекомендовал обращать больше внимания на диагностику СНМП в конкретном случае, потому что каждого пациента нужно лечить индивидуально.

Последний вопрос – какие, на ваш взгляд, наиболее частые ошибки допускают урологии при лечении пациентов с симптомами нижних мочевых путей?

Очень важно не давать всем пациентам один и тот же препарат только потому, что однажды у кого-то он был

эффективен. Например, альфа-блокаторы эффективны у многих пациентов, но у некоторых они совершенно не работают. То же самое касается и оперативного лечения - если вы будете выполнять ТУР простаты всем пациентам с симптомами нижних мочевых путей, поверьте, они не будут довольны. Это очень частая ошибка. Если у врача нет всего спектра возможных методов лечения и нет оборудования для выполнения операций, более всего подходящих именно этому пациенту, лучше отправить человека в другой центр к другому врачу, у которого есть нужный метод лечения.

Интервью проводила к.м.н., детский уролог, спец. корр. Uroweb.ru Т.Н. Гарманова





# Отчет о проведении Симпозиума с международным участием «Охрана репродуктивного здоровья населения. Мужское здоровье»



С.С. Красняк м.н.с. отдела андрологии НИИ урологии им. Лопаткина, внештатный корр. «Дайджеста урологии»

21 ноября 2014 года в Центральном Доме ученых РАН состоялся симпозиум с международным участием «Охрана репродуктивного здоровья населения. Мужское здоровье», а также Совещание МЗ РФ по разработке концепции охраны репродуктивного здоровья граждан Российской Федерации.

Вставители Министерства здравоохранения России, ведущие специалисты России в области репродуктивного здоровья взрослых и детей. При этом велась он-лайн трансляция в режиме реального времени на Uro.TV на все субъекты Российской Федерации, которую смотрели представители органов здравоохранения. Приветствие участникам конференции направил Директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела МЗ России.



Симпозиум прошел под председательством главного специалиста Минздрава России по репродуктивному здоровью, директора НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина д.м.н., профессора Аполихина Олега Ивановича, которому Министром здравоохранения Российской Федерации было поручено разработать концепцию охраны репродуктивного здоровья граждан России.

Совещание по репродуктивному здоровью явилось отправной точкой в определении приоритетов профессионального сообщества по формированию государственной стратегии в области охраны репродуктивного здоровья граждан России. Основным тезисом совещания явилось понимание необходимости рассмотрения репродуктивного здоровья не только как здоровья только матери и ребенка, но как здоровья целой семьи. С такой позицией согласны не только представители меди-

цины. Так, генеральный директор Института научно-общественной экспертизы к.э.н. Рыбальченко Сергей Игоревич, в своем докладе продемонстрировал, что именно сейчас мы имеем наилучшие демографические возможности для решительных действий по улучшению репродуктивного здоровья, поскольку уже через 3-5 лет мы столкнемся с последствиями «демографической ямы» 90-х годов и доля репродуктивно-активного населения начнет неуклонно снижаться.

Отметив общую положительную тенденцию по снижению материнской и детской смертности, участники совещания отметили, что уделяется недостаточно внимания здоровью мужчин. Известно, что именно от мужчины на 90% зависит общее количество детей в семье. При этом именно мужское население России характеризуется сверхсмертностью в репродуктивном и трудоспособном возрасте. Очевидно, что на фоне успехов в оказании высокотехнологичной медицинской помощи, необходимо наращивать интенсивность мероприятий по формированию моды на здоровый образ жизни и ответственное отношение к своему здоровью. Именно об этом говорил в своем докладе

главный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью профессор Аполихин Олег Иванович.

На симпозиуме с международным участием «Охрана репродуктивного здоровья населения. Мужское здоровье» ведущие специалисты в области андрологии из Германии, и Австрии обсудили с участниками симпозиума влияние нарушений мужского здоровья на экономику и общество. Специалисты признали ожирение, метаболический синдром и недостаточность мужских половых гормонов основными факторами риска развития жизнеугрожающих заболеваний. В ходе симпозиума широко освещались медико-экономические вопросы мужского бесплодия, значимой и устранимой причиной которого являются инфекции, передающиеся половым путем. Докладчики обратили внимание слушателей на необходимость усиления мер по профилактике инфекций, передающихся половым путем, как одного из основных направлений по улучшению репродуктивного здоровья населения.

Специалисты из России, в свою очередь, поделились опытом организации региональных программ по улучшению оказания медицинской помощи мужчинам



### События



с заболеваниями предстательной железы. Внедрение в регионах РФ программ этапного оказания медицинской помощи и активной диспансеризации позволяет не только улучшить выявляемость нарушений репродуктивного здоровья, но и сэкономить бюджетные средства.

Участники совещания признали недостаточным уровень подготовки медицинских специалистов в вопросах репродуктивного здоровья. Поэтому была озвучена необходимость включения в образовательные программы высшего и постдипломного образования (в том числе при подготовке врачей общей практики) курса мужского репродуктивного здоровья. Большой интерес вызвал доклад, посвященный итогам реализации Российско-Германской образовательной программы «Андрология». Эта программа является самым крупным образовательным проектом в России, посвященным вопросам мужского репродуктивного





здоровья. В ходе программы «Андрология» преподавателями из России, Германии, Австрии, Голландии при помощи дистанционных образовательных технологий были созданы обучающие и контрольные материалы, которые позволили врачам со всех регионов России и ближнего зарубежья получить качественные знания от ведущих специалистов с мировым именем. Слушатели программы по результатам итогового экзамена получили документы установленного образца о тематическом усовершенствовании.

На прошедшем совещании участники рассмотрели множество острых вопросов, касающихся как повседневной клинической практики, так и государственной стратегии охраны репродуктивного здоровья России. Обсуждение этих вопросов будет обязательно продолжено на следующих встречах с широким участием представителей регионов и общественности. ■



## Репродуктивное здоровье: в приоритете у Минздрава

Проект концепции охраны репродуктивного здоровья населения России должен быть подготовлен уже в первом квартале 2015 года.

Выполнить эту задачу особым поручением министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой доверено главному внештатному специалисту Минздрава по репродуктивному здоровью, директору НИИ Урологии им. Н.А. Лопаткина профессору Олегу Ивановичу Аполихину.

Отметим, что данный вопрос не первый год относится в НИИ к числу приоритетных. Так, на днях, 21 ноября НИИ урологии им. Лопаткина был организован международный симпозиум «Охрана репродуктивного здоровья населения. Мужское здоровье».

На мероприятии, проходившем под председательством проф. О.И.Аполихина, выступили приглашенные специалисты из Австрии, Германии и Голландии и Швейцарии. Среди освещенных в докладах тем – роль оказания андрологической помощи в сохранении репродуктивного здоровья граждан, эпидемиология мужского бесплодия, влияние образа жизни и приема микронутриентов на репродуктивную функцию, а также общемировые тенденции в охране репродуктивном здоровье.

Отдельно освещался ход реализации программы «Мужское здоровье», дей-

ствующей в ряде регионов Российской Федерации.

Кроме того, специалистам сферы здравоохранения НИИ Урологии им. Н.А. Лопаткина предлагает принять участие в образовательной программе «Андрология». Программа, состоящая из трех модулей - каждый продолжительностью по 144 часа – проходит при участии специалистов из Австрии и Германии, предоставляет возможность обучаться дистанционно и предполагает выдачу документов о завершении курса дополнительного образования установленного образца. Кураторами проекта выступают профессор Олег Иванович Аполихин и глава департамента урологии, детской урологии и андрологии Университета им. Юстуса Либиха (Германия) Вольфганг Вайднер.



•

### События

# VII Всероссийская научно-практическая конференция

#### Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в очередной VII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием

# «Актуальные вопросы онкоурологии. Заболевания предстательной железы. Новые технологии в урологии».

Конференция состоится **16-18 апреля 2015 г.** на базе ГЛЦ «Абзаково», Белорецкий район, Республика Башкортостан.



В конференции примут участие ведущие урологии России и зарубежья. Программа конференции включает актуальные вопросы урологии и онкоурологии, стоящие перед врачами в их повседневной практике. Основные направления работы конференции будут сгруппированы в тематические сессии, задачей которых является изучить обновленные результаты исследований и практический опыт медицинских центров Российской Федерации и зарубежья.

В рамках конференции специалисты Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена и Института биохимии и генетики Уфимского научного центра РАН проведут школу «Роль геномики в разработке персонализированного подхода при диагностике и лечении урологических и онкоурологических заболеваний».

На школе будут рассмотрены генетические аспекты основных урологических заболеваний и пути их выявления с участием ведущих специалистов по прикладной генетике нашей страны.

В программе мероприятия Ассоциация молодых урологов России (АМУР) проведет чемпионат по горным лыжам и сноуборду среди желающих участников конференции.

Для участия в конференции необходимо направить в адрес оргкомитета заявку (приложение 1) произвольной формы на электронную почту **Abzakovo2015@mail.ru**.

Материалы конференции будут опубликованы в ВАК – реферируемом журнале «Медицинский вестник Башкортостана», оргкомитет принимает статьи до 25 февраля 2015 г. Стоимость публикации материалов – 500 руб. за 1 стр. (допускается от 4 до 9 стр.). Ознакомиться с оформлением статей можно в приложении 2 или на сайте mvb-bsmu.ru. Статьи, оформленные не по требованиям или с нарушением требований, оргкомитетом рассматриваться не будут. Редакционная коллегия оставляет за собой право публикации статей в очередном номере журнала. Оплата статей производится после рассмотрения их редакционной коллегией.

Дополнительная информация размещена на сайте Башкирского отделения Российского общества урологов: www.ourorb.ru

Председатель оргкомитета, ректор Башгосмедуниверситета доктор медицинских наук, профессор Валентин Николаевич Павлов

Контактные телефоны: +7 917 346 07 17; +7 937 300 55 33

# Гормонально-клеточные механизмы старения и возраст-ассоциированной патологии у мужчин



**И.А.Тюзиков** К.м.н., профессор РАЕ, Клиника проф. Калинченко (Москва)

. Все стороны и итоги жизни любого человека, его творчество, продуктивность, эмоции, достижения, поражения и победы определяются не столько продолжительностью жизни, сколько, прежде всего, ее содержанием, иными словами, качеством жизни.

Выдающийся философ античности Луций Анней Сенека писал: «Благо не в том, чтобы жизнь была долгой, а в том, как ею распорядиться: может случиться, да и случается нередко, что живущий долго проживает мало». Не только каждый день, месяц, год жизни современного человека, но и каждый час, наполнены событиями, впечатлениями, общением. В современном мире исчезает понятие «старый че-

ловек», поскольку современная концепция патогенетической антивозрастной терапии, основанная на ключевых теориях старения, позволяет человеку до последнего дня оставаться «AGELESS» – человеком без возраста. Быть старым, выглядеть старым – не только не красиво, но уже и не модно и не является проявлением здоровья. Быть здоровым и красивым после 40-45 лет – это не везение, это большой труд, это большая

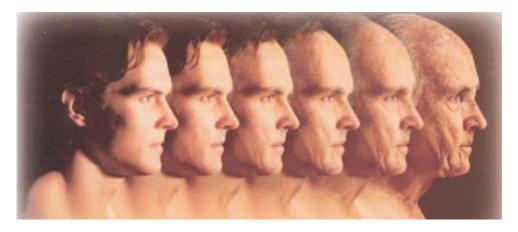


Таблица 1. Продолжительность жизни и здоровой жизни в разных странах мира

Продолжительность жизни		Продолжительность здоровой жизни (потерянные годы)		
Страна	М	ж	M (-)	Ж (-)
Австрия Германия	77 77	83 (6) 82 (5)	70 (7) 71 (6)	74 (9) 75 (7)
США	76	81 (5)	68 (8)	72 (9)
Япония	79	86 (7)	73 (6)	78 (8)
Китай	72	75 (3)	65 (7)	68 (7)
Россия	60	73 (7)	55 (5)	65 (7)
Южная Африка	52	55 (3)	47 (5)	48 (7)
Франция	77	84 (7)	71 (6)	76 (8)
Монако	78	85 (7)	71 (7)	76 (9)

совместная работа пациента и врача. Жизнь современника значительно удлинилась, однако, годы потерянной (нездоровой жизни) также удлинились и составляют в среднем от 5 лет у жен-



щин и до 8 лет у мужчин (WHO statistics 2008 and 2009) (таб. 1).

«Надо умирать в 90 лет. Надо сохранить общественную ценность, человеческое достоинство до последнего вздоха», – писал великий русский врач-философ Залманов А.С. в 1963 году в своей книге «Тайная мудрость человеческого организма».

### Что мешает нам умирать в 90?

Что мешает нам оставаться здоровыми до 90? Нам мешают болезни, современные болезни XXI века, увы, которым подвержены все жители мегаполиса. Термин «ГОРОЖАНИН» мегаполиса уже давно стал синонимом болезни, включающей:

• Окислительный стресс из-за экологии города, потребления продуктов с консервантами и недостаточного

потребления омега-3 жирных кислот с качественной рыбой

- Дефицит половых гормонов у обоих полов, синтез которых снижается при любом стрессе столь распространенном явлении среди жителей больших мегаполисов
- Дефицит инсоляции и как следствие дефицит витамина D, поддерживающий дефицит половых стероидов и замыкающий, таким образом, «порочный круг патогенеза» заболевания под названием «ГОРОЖАНИН» (Калинченко С.Ю. и соавт., 2014).

Многие тысячелетия человечество за-

дается одними и теми же вопросами. Почему человек стареет? Можно ли замедлить этот процесс? Почему одни люди уже в 40 лет больны и некрасивы, а другие здоровы и привлекательны даже в 70? На сегодняшний день предложено множество теорий старения, выявляются различные негативные процессы, со временем развивающиеся в организме, и активно разрабатываются методы их торможения. Но, несмотря ни на что, население Земли катастрофически быстро стареет (World population ageing 1950-2050. Executive Summary. New York: United Nations Population Division, 2001) (рис. 1.).



Рис. 1. Прогноз экспертов ВОЗ по динамике мировой демографии

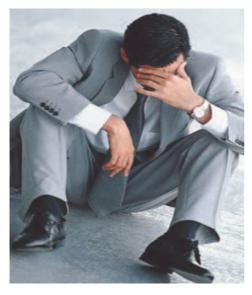
в возрасте старше 60 лет (согласно прогнозу ООН)

Однако, население Земли не просто стареет, но и активно приобретает с возрастом гораздо большее число заболеваний, чем наши предшественники еще 20-40 лет назад. Так, в настоящее время на фоне ускорения старения современного человека отмечается выраженный рост заболеваемости сахарным диабетом (СД) 2 типа, который, согласно прогнозам экспертов ВОЗ, скоро может перейти из разряда «мировых неинфекционных эпидемий XXI века» в разряд «новых мировых неинфекционных пандемий», которые когда-либо переживало человечество. «Карта старения» населения Земли практически полностью совпадает с «картой прогноза увеличения частоты и распространенности» сахарного диабета 2 типа и других наиболее социально значимых нозологий, включая сердечно-сосудистые заболевания, когнитивные нарушения, депрессии, остеопороз, эректильную дисфункцию у мужчин и т.д., составляющим суть современного понятия «коморбидность», или «мультиморбидность» (Fortin M., 2007; Kessler R.C., 2007). Так, согласно данным Fortin M. et al. (2007), основанным на анализе 980 историй болезни, взятых из ежедневной практики семейного врача, распространённость коморбидности составляет от 69% у больных молодого возраста (18-44 лет) до 93% среди лиц средних лет (45-64 лет) и до 98% - у пациентов старшей возрастной группы (старше 65 лет). При этом число хрони-

ческих заболеваний варьирует от 2,8 у молодых пациентов до 6,4 – у пожилых.

Таким образом, мы наблюдаем не просто ускоренное старение человечества в мировом масштабе. Происходит постепенный процесс одряхления жителей Земли, которое резко уменьшает не только продолжительность жизни, но, самое главное, продолжительность КАЧЕСТВЕННОЙ, АКТИВНОЙ ЖИЗ-НИ стареющего человека. Современное поколение взрослых имеет более низкие показатели здоровья, чем предыдущие поколения. Реальный возраст человека нужно высчитывать, прибавляя 15 лет (http:// www. meddaily. ru/). Такова разница в показателях с родителями, дедушками и бабушками. Артериальная гипертония, СД и ожирение встречается сейчас гораздо чаще, доказывает 25-тилетнее исследование 6000 человек 20, 30, 40, 50 лет. Пугает факт того, что и молодое современное поколение демонстрирует плохие показатели метаболического здоровья. Мужчины 30 лет на 20% чаще имеют лишний вес по сравнению с предыдущими поколениями, женщины «за 20» в два раза чаще страдают от ожирения, чем женщины этого же возраста, но жившие 10 лет назад. Распространенность ожирения в группе 40-летних мужчин и женщин можно смело сравнить с уровнем 55-летних. Ускоренное старение населения приобретаемый с возрастом неблагоприятный коморбидный фон достоверно повышает риск развития всех

возраст-ассоциированных заболеваний. В частности, современная высокая распространенность кардиоваскулярных заболеваний, рост частоты эректильной дисфункции у мужчин, социальный и психологический дискомфорт современного мира (депрессивность и тревожность) обозначили эту «Mutually reinforcing triad» – «взаимно потенцирующую триаду» – главной проблемой здоровья мужчин в XXI веке (Goldstein I., 2000).



### Что делать в этих условиях?

Следует противопоставить основным факторами нездорового старения комплексную метаболическую антивозрастную терапию, которая позволяет уменьшить или в ряде случаев полностью ликвидировать неблагоприятное влияние

связанных с возрастом патофизиологических изменений. Для разработки такой терапии сегодня есть все предпосылки и возможности, и ее концепция уже активно разрабатывается на основе современных теорий старения.

Практические мероприятия пропаганды и реализации «здорового старения», по мнению экспертов, должны включать:

- Обеспечение безопасной окружающей среды и предотвращение травм
- Здоровый образ жизни, в том числе правильное питание и соответствующую физическую нагрузку
- Отказ от курения, злоупотребления наркотиками и алкоголем
- Социальные взаимодействия для поддержания психического здоровья
- Активный скрининг заболеваний и нарушений, которые можно предотвратить при проведении вмешательств в ранние сроки (Lunenfeld B., Stratton P., 2013).

Среди этого многообразия мероприятий по пропаганде «Здорового старения» клиницисты должны уделять больше внимания последнему пункту: активному выявлению и максимально ранней коррекции патологических состояний, ускоряющих старение. Мы должны признать факт того, что возраст, с одной стороны, считается немодифицируемым фактором старения, но, с другой стороны, современная медицина уже располагает опытом коррекции механизмов системного клеточного старения (мы можем сегодня эффективно корректировать и пол-

ностью излечивать дефицит половых гормонов, инсулинорезистентность, ожирение, гипотиреоз, дефицит витамина D, дефицит мелатонина (бессонница) и вазопрессина (ноктурия), эндотелиальную дисфункцию (ингибиторы ФДЭ-5 типа), умеем активно бороться с возрастным окислительным стрессом, но для эффективной борьбы со всеми этими негативными атрибутами системного старения их нужно активно и максимально рано выявлять у всех мужчин независимо от профиля патологии).

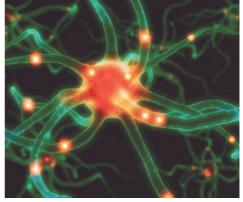


### Теории старения

В настоящее время в науке сформулировано около 300 различных теорий старения, среди которых наибольший научно-практический интерес сегодня имеют три теории, поскольку они поз-

воляют разработать и предложить для клинической практики конкретные фармакотерапевтические опции для патогенетической коррекции патофизиологических процессов, характерных для подавляющего большинства возраст-ассоциированных заболеваний человека:

- Теломеразная теория, сформулированная в 70-х годах XX века и блестяще подтвержденная открытием в 2009 году фермента теломеразы, обеспечивающего стабильность концевых участков хромосом клеток (Finkel C.E., 1976).
- Эндокринологическая теория Дильмана В.М. (1983), согласно которой одним из эффективных средств профилактики рака и продления жизни человека может быть поддержание гормонов (прежде всего, половых) в организме человека на уровне 20-25- летнего возраста (Дильман В.М., 1982).
- Свободно-радикальная теория (теория окислительного стресса) (Harman D., 1957). ■



## Эндокринная (элевационная) теория старения

В начале 1950-х голов известный отечественный геронтолог профессор Диль-B.M. (1925-1994)выдвинул обосновал идею о роли гормонов в поддержании гомеостаза организма и роли дефицита половых гормонов как пускового механизма старения. Им была сформулирована элевационная (гормональная) теория старения. Как писал Дильман В.М., «человечество стареет, сгорая в пламени жиров». По концепции Дильмана В.М., старение и связанные с ним болезни - это побочный продукт реализации генетической программы онтогенеза - развития организма.

Онтогенетическая модель возрастной патологии открыла новые подходы к профилактике преждевременного старения и болезней, связанных с возрастом и являющихся основными причинами смерти человека: болезней сердца, злокачественных новообразований, инсультов, метаболической иммунодепрессии, атеросклероза, сахарного диабета пожилых и ожирения, психической депрессии, аутоиммунных и некоторых других заболева-Из онтогенетической следует, что развитие болезней и естественных старческих изменений можно затормозить, если стабилизировать состояние гомеостаза на уровне, достигаемом к окончанию развития организма. Если замедлить скорость старения, то, как полагал Дильман В.М., можно увеличить видовые пределы жизни человека. «... Одним из эффективных средств профилактики рака и продления жизни может быть поддержание гормонов в организме человека на уровне 20-25- летнего возраста...», - так он писал в 80-х годах XX века. Снижение уровня половых гормонов - важнейший, но е единственный механизм гормонального старения мужчин. Сегодня хорошо известно, что гормональное старение в целом характеризуется прогрессирующим дефицитом или дисбалансом большинства гормонов и ферментных систем, участвующих в их биосинтезе, реализации клеточных эффектов и метаболизме в организме стареющего мужчин (табл. 2.)

Новейшие научные данные говорят о том, что рецепторы ко многим гормонам (глюкокортикоидам, эстрогенам, андрогенам, гормонам щитовидной железы, гормону D) обнаружены в митохондриях различных типов клеток, поэтому гормоны оказывают свое влияние на клетки не только посредством геномных механизмов активации тех или иных генов ДНК ядра, но и негеномных влиянием, прежде всего, на митохондрии клеток, которые являются главными производителями клеточной энергии и мощнейшими внутриклеточными антиоксидантами (Cohen B.H.,2000; Psarra A.M., 2008; Miller W.L., 2013). Так, возрастной дефицит тиреоидных гормонов (гипотиреоз) приводит к нескольким негативным митохондриальным эффектам: ослаблению быстрых

Таблица 2. Возрастные изменения секреции гормонов и ферментов и их клинические проявления у мужчин

Название гормона (фермента)	Характер возрастных изменений	Клиинческие проявления		
Гипо	оталамо-гипофизарно-эпиф	изарная система		
Адренокортикотропный гормон (АКТГ)	Достоверно не изменяется, но с возрастом уменьшается чувствительность коры надпочечников к регулирующему действию АКТГ	АКТГ-независимый механизм функционирования коры над-почечников (преимущественно, в отношении глюкокортикоидов - АКТГ-независимая гиперкортизолемия)		
Антидиуретический гормон (АДГ), или вазопрессин	Снижается	Ночная полиурия как компонент ноктурии		
Лютеинизирующий гормон (ЛГ)	Снижается чувствительность клеток лейдига к ЛГ после 45 лет, ЛГ - повышается после 70 лет	Возрастное снижение секреции тестостерона в яичках		
Мелатонин (эпифиз) (гормон сна)	Снижается	Возрастная инсомния (бессонница)		
Соматотропный гормон (гормон роста, или соматотропин)	Снижается	Саркопения, ускорение старения, синдром хронической усталости, ожирение, нарушения углеводного обмена, остеопороз, депрессии, когнитивные нарушения, кардиоваскулярная патология		
Тиреотропный гормон (ТТГ)	Снижается	Сонливость, сухость кожи, утомляемость, дислипидемия		
П	Периферические гормоны и ферменты			
5-α-редуктаза I, II и III типов	С возрастом активность повышается. Есть мнение, что не возраст как таковой, а критическое снижение уровня эндогенного тестостерона при старении является достоверным триггером активации 5-α-редуктазы	Андрогенная алопеция, железистая гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), обсуждается роль при раке предстательной железы		

Название гормона (фермента)	Характер возрастных изменений	Клиинческие проявления
Ароматаза	Увеличивается при наличии у мужчины ожирения	Возрастная гинекомастия, возрастное снижение фертильности
Глобулин, связывающий половые гормоны (ГСПС), или секс-стероид связывающий гормон (СССГ)	У всех мужчин с возрастом синтез в печени и концентрация в крови увеличивается	Уровень ГСПС (СССГ) в крови - показатель биодоступности тестостерона и критерий возраста мужчины. Увеличение концентрации ГСПС (СССГ) с возрастом приводит к уменьшению фракции свободного (биодоступного) тестостерона
Гормон D	Снижается	Дефицит мужских половых гормонов, остеопороз вследствие нарушений фосфорно-кальциевого обмена, ожирение, углеводные нарушения, депрессии, когнитивные нарушения, заболевания предстательной железы, эндотелиальная дисфункция, ускорение старения
Грелин (ЖКТ) (гормон голода)	Так как является модулятором эффектов соматотропина, уровень которого с возрастом уменьшается, то уровень грелина с возрастом реципроктно увеличивается	Ожирение, нарушения углеводного обмена, кардиологическая патология, саркопения, остеопороз
Сначала повышается, Инсулин затем снижается (после 70 лет)		Находится в тесной связи с возрастным окислительным стрессом, ожирением и мужским гипогонадизмом. Приводит к целому спектру метаболических последствий (метаболическая нейропатия, усиление окислительного стресса, дефицит тестостерона, онкологические заболевания (мощный митоген), саркопения, эндотелиальная дисфункция, ишемия, гипоксия, ускорение старения)
Инсулиноподобный фактор роста-1 (ИФР-1), или соматомедин	Снижается	Ожирение, ускорение старения, саркопения

Название гормона (фермента)	Характер возрастных изменений	Клиинческие проявления
Лептин жировой ткани	Является самым активным гормоном жировой ткани независимо от возраста. При возрастном прогрессировании ожирения уровень лептина в крови быстро повышается	Угнетение секреции гонадотропинов и тестикулярного тестостерона (разрыв петли обратной отрицательной связи), что ведет к нормогонадотропному гипогонадизму, прогрессированию ожирения, развитию углеводных нарушений
Надпочечниковые андрогены (ДГЭА, ДГЭА-сульфат, андростендион)	Снижаются	Депрессси, ожирение, когнитивные нарушения, сексуальная дисфункция. Обсуждается роль в патогенезе ДГПЖ
Надпочечниковые глюкокортикоиды (кортизол)	Увеличиваются	Инсулинорезистентность, ожирение, эндотелиальная дисфункция, артериальаня гипертония
Надпочечниковые катехоламины (адреналин, норадреналин)	Увеличиваются	Снижение устойчивости к окислительному стрессу, эндотелиальная дисфункция, вазоконстрикция, ишемия, гипоксия
Надпочечниковые минерало- кортикоиды (альдостерон)	Не изменяются, или несколько увеличиваются	Активация ангиотензин-рениновой системы, эндотелиальаня дисфункция, артериальная гипертония
Периферические метаболиты тестостерона (5-α-дигидротестостерон, или 5α-ДГТ)	Изменения разнонаправленные	При повышении уровня 5α-ДГТ в волосяных фолликулах - андрогенная алопеция. При снижении уровня 5α-ДГТ в головном мозгу (применение ингибиторов 5-α-редуктазы при ДГПЖ) - блокада синтеза мозговых нейропептидов аллопрегнанолона и тетрагидродезоксикортико-стерона (депрессия, снижение либидо, эректильная дисфункция, гинекомастия)
Периферические эстрогены (178-эстрадиол)	Изменения разнона- правленные. При воз- растном дефиците тестостерона у мужчин уровень эстрогенов у них снижается (тесто- стерон - субстрат для ароматизации). Но при высокой активности ароматазы	При избытке - поддержание андрогенного дефицита, уменьшение секреции гонадотропинов, сексуальные и репродуктивные нарушения, гинекомастия. При недостатке - остеопороз, нарушение познавательной функции ЦНС, когнитивные нарушения и снижение эффектов тестостерона. В любом случае эффекты на предстательную железу приводят к ее гиперплазии (ДГПЖ).

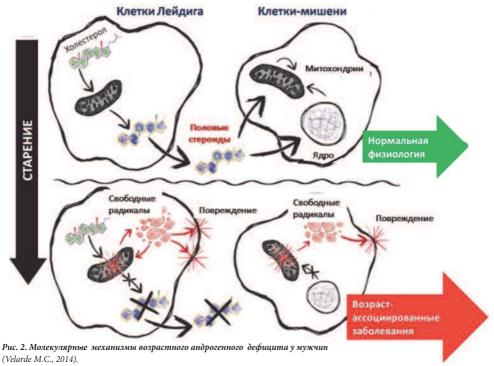
•>>>

Название гормона (фермента)	Характер возрастных изменений	Клиинческие проявления
	(главным образом, при ожирении) уровень эстрогенов существенно увеличивается. Резко повышается уровень эстрогенов при эстроген-продуцирующих опухолях (печень, надпочечники, яички), а также при приеме некоторых медикаментов и продуктов питания	
Прогестерон	Уменьшается	Клиническое значение возрастного дефицита прогестерона для мужчин точно неизвестно. Есть данные о выраженных нейропротективных, нейрорепаративных и анальгетических эффектах прогестерона (он является донатором-предшественником миелина нервных окончаний), а также о его возможной роли в патогенезе ДГПЖ
Серотонин	Снижается	Импульсивность, тревожность, депрессивность, болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона, нарушения сна, дефицит половых гормонов, ожирение
Теломераза (фермент концевых участков хромосом)	Снижается	Утрата генетической стабильности клетки, нарушение клеточного метаболизма и энергетического баланса, увеличение частоты приобретаемых с возрастом мутаций, ускорение старения, снижение устойчивости к окислительному стрессу, возраст-ассоциированная мультиорганная патология
Тестостерон	У мужчин уровень тестостерона плавно снижается с разной скоростью в течение всей жизни, начиная с 30 лет	Ожирение, инсулинорезистентность, сахарный диабет 2 типа, метаболический синдром, эндотелиальаня дисфункция, метаболическая нейропатия, депрессии, остеопороз, сексуальные и репродуктивные нарушения, саркопения, ноктурия, ослабление иммунитета и антиоксидантной защиты организма

Название гормона (фермента)	Характер возрастных изменений	Клиинческие проявления
Тиреоидные гормоны (Т3, Т4)	Снижаются, несмотря на то, что уровень ТТГ может оставаться нормальным (субклинический гипотиреоз) или погранично-низким, что свидетельствует о потери связи ТТГ с железой и/или дефицита компонентов и ферментов для синтеза и метаболизма тиреоидных гормонов ТЗ и Т4.	Сонливость, депрессия, утомляемость, дермопатия (поражения кожи), отеки, дислипидемия, дисфункция кишечника, ослабление антиоксидантной защиты организма

(не-геномных) эффектов стимулирования дыхательной цепи и ослаблению медленных геномных эффектов митохондриального биогенеза и увеличения массы митохондрий за счет прямого влияния Т3 на ядерные белки транскрипции и митохондрии. При этом по-

вышенный уровень кортизола, свойственный стареющему человеку и отражающий нарастание возрастного окислительного стресса, потенцирует негативные эффекты возрастного гипотиреоза на функцию митохондрий (Cioffi F. et al., 2013). Гормон эпифиза

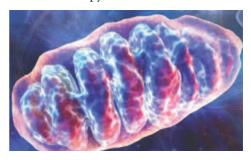


33

мелатонин может предотвращать дисфункцию митохондрий и инсулинорезистентность и играет важную роль в поддержании митохондриальной функции скелетных мышц, что может объяснять некоторые из положительных эффектов мелатонина при инсулинорезистентности и саркопении. Однако, с возрастом наблюдается дефицит мелатонина, что приводит к возрастной инсомнии и выше описанным негативным метаболическим последствиям (Hardeland R., 2013). Половые гормоны у мужчин (прежде всего, тестостерон) являются мощными митохондриальными протекторами, а при их возрастном дефиците развивается митохондриальная дисфункция клеток Лейдига, что рассматривается как один из ключевых молекулярных механизмов возрастного гипогонадизма у мужчин (Velarde M.C., 2014) (рис.2.).

Таким образом, с возрастом на фоне прогрессирующего гормонального дефицита и дисбаланса митохондрии у представителей обоих полов неуклонно стареют и теряют свои функции. Гормональная и митохондриальная теории старения демонстрируют тесные молекулярно-клеточные взаимодействия, что лишний раз подтверждает отсутствие какого-либо одного универсального механизма клеточного и системного старения и патогенеза возраст-ассоциированных заболеваний у мужчин. Однако, ясно, что митохондриальная дисфункция может рассматриваться как один из доказанных

механизмов реализации возрастных гормональных нарушений.



### Митохондриальная теория старения

Данная теория является одной из наиболее распространенных современных теорий старения и представляет собой частный случай теории свободнорадикального окисления (окислительного стресса), предложенной Д. Харманном в 50-х годах XX века. Мысль о возможной роли митохондрий в клеточном старении впервые высказал выдающийся русский ученый Нобелевский лауреат Илья Ильич Мечников еще в начале XX века, но выявить и уточнить важнейшие особенности биологии митохондрий удалось лишь в течение данного столетия. Оказалось, что митохондрии кардинально отличаются от других органелл клетки целым рядом биологических особенностей:

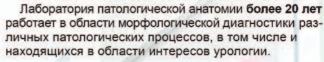
• митохондрии – это единственные органеллы, имеющие собственный геном (митохондриальные ДНК и РНК – мтДНК и мтРНК), который отличается от генома ядерной ДНК (Bogenhagen D.F., 2010);

### Наши возможности

### Лаборатория патологической анатомии

Тел.: 8 (499) 367-64-64







Широкие методические возможности лаборатории, включающие помимо светооптического различные современные методы диагностики, такие как иммуноморфологическое и молекулярно-биологическое, позволяющие с большой степенью достоверности диагностировать различные варианты воспалительных, дисрегенераторных и онкологических процессов молочной железы, желудка, матки, яичников, заболеваний головы и шеи, кожи, мочевого пузыря, предстательной железы, уретры, полового члена, яичек и их придатков.



Цель:

- дифференциальная диагностика РПЖ, мочевого пузыря, почек с другими предопухолевыми поражениями,
- выявление нейроэндокринной дифференцировки рака,
- обнаружение широкого спектра опухолей вплоть до лимфопролиферативных поражений.
- выявление редких опухолей карцином почки, связанных с транслокацией X-хромосомы
- семейные формы рака почки (синдром Хиппеля-Линдау).



внедрение в практику ранней диагностики рака предстательной железы, рака мочевого пузыря, дифференциальной диагностики хромофобного рака почки.

### Методы молекулярно-генетических исследований Цель:

- определение генетической предрасположенности к мужскому бесплодию анализ микроделеций Y-хромосомы, анализ мутаций в гене CFTR, анализ длины CAG-повтора гена AR.
- выявление онкологических синдромов, приводящих к развитию рака почки (синдром Хиппеля-Линдау, наследственной папиллярной карциномы 1-го типа, синдром Берта-Хогга-Дюба и т.д.).
- молекулярно-генетическая диагностика частых мутаций в гене KRAS, BRAF, EGFR при злокачественных опухолях других локализаций.

### Общая урология

- мтДНК крайне подвержена мутациям, что приводит к частым нарушениям функций митохондрий, прежде всего, энергосинтетической и антиоксидативной, и таким образом, к сокращению продолжительности жизни клетки и всего организма. Примерно каждые 9 секунд в митохондриальных ДНК возникает новая точечная мутация, в целом же частота мутаций мДНК может достигать 10 000 раз в сутки (Lagouge M., 2013);
- митохондриальная ДНК (мтДНК) передается потомству исключительно женщиной, поэтому все дисфункции

митохондрий (митохондриальные заболевания) потомство получает только с генами матери (Trifunovic A., 2004).

Сравнивая ДНК митохондрий, взятых у 147 представителей разных этносов всех человеческих рас по типу, местоположению и количеству индивидуальных мутаций, ученые палеогенетики достоверно установили, что все митохондриальные ДНК возникли именно из этой одной предковой последовательности нуклеотидов путем дивергенции (Tishkov S.A., Williams S.M. et al., 2002). То есть все человечество произошло от одной женщины, названной

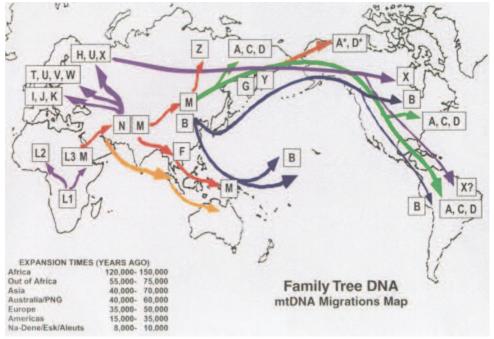


Рис.3. Митохондриальная карта мира отражает генетическую общность ДНК митохондрий у представителей современных рас человечества (по: Tishkov S.A., Williams S.M. et al., 2002)



Рис. 4. Относительная энергозависимость органов и тканей в порядке убывания

митохондриальной Евой, которая жила в Северо-Восточной Африке. Предположительно там же жил и хромосомный Адам (Tishkov S.A., Williams S.M. et al., 2002). На «митохондриальной» карте мира хорошо видно, что около 37% генома людей разных рас и этносов, населяющих нашу планету, с точки зрения структуры митохондриальных ДНК имеют много общего (рис. 3.).

Характерной особенностью биологии митохондрий является то, что их количество в клетках различных тканей находится в прямой зависимости от энергетических потребностей и затрат тканей: чем больше потребность клеток ткани в кислороде (чем активнее ее метаболизм), тем большее количество и размеры имеют митохондрии (больше всего митохондрий в яйцеклетке, которая содержит их около 300 000). Поэтому в процессе биологического старения первыми поражаются митохондрии таких наиболее энергопотребных тканей, как нервная ткань, глазное яблоко и мышечная ткань (включая скелетные мышцы и кардиомиоциты) (Иллариошкин С.Н., 2012) (рис. 4.).

Вот почему наиболее ранние возрастные клинические изменения

### Общая урология

при старении происходят в митохондриях клеток головного мозга - возникают возрастные нейродегенеративные заболевания (болезни Паркинсона, Альцгеймера), за которыми очень часто следует патология сердца (Bua E. et al., 2006). Это происходит потому, что и кардиомиоциты являются такими же энергопотребными клетками, как и клетки головного мозга. Поэтому у старых людей очень часто сочетаются нейродегенеративные заболевания с патологией сердца и саркопенией (дефицитом количества и качества скелетных мышц, что приводит их к неустойчивости и повышает риск спонтанных падений и переломов, особенно при наличии недиагностированного остеопороза) (Bua E. et al., 2006). По современным воззрениям, мышечная ткань играет роль одного из самых больших эндокринных органов человека, вырабатывая особые цитокины (миокины) клеточные регуляторы роста и распада, которые поддерживают функцию мышечных митохондрий (Mason S.,2014). «Движение - это жизнь!» - данное высказывание получило на сегодняшний день свое научное обоснование, так как уже доказано, что умеренные физические нагрузки способствуют биогенезу митохондрий в скелетных мышцах, увеличивая их антиоксидативные функции; уменьшению инсулинорезистентности и окислительного стресса; вырабатывают эндорфины и серотонин - гормоны радости и счастья. Любая умеренная по-

стоянная физическая активность действительно улучшает качество жизни и даже продлевает ее! Этому факту было найдено объяснение после получения результатов исследования, проведенного на мышах: у грызунов, находящихся в клетках с беличьим колесом, после 6 мес. добровольных пробежек активность теломеразы (фермента, стабилизирующего концевые участки хромосом клеток) в тканях сердца возросла в 1,7 раза, а уровень белка р53 (проонкогена старения) уменьшился в 2 раза, при этом повышалась устойчивость кардиомиоцитов к апоптозу (Werner K., 2008).

Митохондриальные дисфункции лежат в основе большой группы заболеваний, известных как митохондриальные заболевания, или цитопатий. Согласно современной точки зрения, это гетерогенная группа заболеваний, передающихся исключительно по материнской линии и характеризующихся турно-биохимическими дефектами митохондрий, нарушением тканевого дыхания антиоксидативной функции клеток тканей. Впервые они описаны в 1962 году профессором Р. Люфтом, а имеются описания более 200 заболеваний, вызванными мутациями митохондриальной ДНК. С клинической точки зрения выделяют первичные (врожденные) и вторичные (приобретенные) митохондриальные заболевания, механизмы патогенеза которых могут быть различными (Cohen B.H., 2001).



### Профессиональная образовательная программа «Андрология»



Межрегиональная общественная организация «Интернет форум урологов»





Гиссенский университет имени Юстуса Либиха, Гиссен, Германия

### Научные руководители курса



Олег Иванович Аполихин д.м.н., профессор, директор Научно-исследовательского института урологии имени Н.А. Лопаткина, главный специалист по репродуктивному здоровью Минздрава России, г. Москва, Россия



Вольфганг Вайднер (Wolfgang Weidner) Глава департамента урологии детской урологии и андрологии Университета им. Юстуса Либиха, председатель ESAU, г. Гиссен, Германия.

## Представляют совместную образовательную программу «Андрология»

- Адаптированная версия сертификационного цикла
- андрологов Германии
- Три независимых модуля по 144 часа
- Выдача документов установленного образца
- Дистанционное обучение без отрыва от работы
- В программе участвуют лекторы из Германии, Австрии







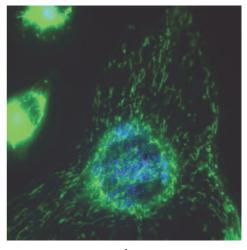
### Общая урология

Ключевыми клиническими особенностями возрастных митохондриальных заболеваний являются следующие:

- полиорганность поражений, которую нельзя объяснить анатомической общностью пораженных органов и систем, но, тем не менее, вполне объяснимую с точки зрения энергозависимости пораженных органов и систем;
- преимущественное и более раннее повреждение наиболее энергопотребных клеток, тканей и органов, в которых функция митохондрий более интенсивная, поэтому наиболее частым вариантом клинической картины при возрастной полисистемной митохондриальной недостаточности является сочетание поражений нервной системы, органов чувств, сердца и скелетных мышц;
- неуклонное прогрессирование с возрастом в условиях прогрессирования окислительного стресса, инсулинорезистентности и дефицита гормонов.

# Управление половыми гормонами и митохондриями как перспективный фармакотерапевтический метод лечения всех возраст-ассоциированных заболеваний

Безусловно, митохондрии выполняют ключевые функции по сохранению энергетического баланса в клетке, и с возрастом на фоне дефицита большин-



ства гормонов эта функция митохондрий резко ослабевает. Антиоксиданты для нейтрализации вредных свободных радикалов, ускоряющих гибель наших митохондрий, давно и широко применяются в клинической медицине. Одмногообразие нако, несмотря на препаратов с доказанным антиоксидантным эффектом in vitro, в клинической практике in vivo большинство из них не оказывают ожидаемого эффекта, что отражено в последнем Кокрановском обзоре 2012 года и связано с неравнозначностью фармакокинетики антиоксидантов в экспериментальной клетке и целостном организме (Pfeffer G. et al, 2012). Согласно данному обзору, в настоящее время нет четких доказательств, поддерживающих использование какого-либо определенного вмешательства в митохондриальные нарушения, поскольку внутриклеточная и внутримитохондриальная эффективность подавляющего большинства антиоксидантов остается неизвестной, и необходимы дальнейшие исследования, чтобы установить роль широкого спектра предлагаемых терапевтических подходов. Это послужило поводом для разработки новых методов терапии митохондриальных дисфункций, таких, как разработка так называемых митохондриально-адресованных антиоксидантов - соединений, в которых известный антиоксидант связан с иономпереносчиком, за счет которого он свободно в больших количествах поступает непосредственно в матрикс митохондрий, где происходят все процессы синтеза энергии и обезвреживания радикалов. Сегодня для этой цели уже используются некоторые синтетические молекулы, содержащие растительные антиоксиданты (MitoQ (Мэрфи М., 2004) и SkQ1 (Скулачев В.П., 2007) на основе пластохинонов растительной клетки, росвератрол винограда и красного вина, никотинамид-аденил-нуклеотид (НАД), регулирующий ядерномитохондриальное взаимодействие (Сенклер Д., 2013) и т.д.). Сегодня роль митохондрий в клеточном и системном старении продолжает активно учаться, в биологии клетки выделилось целое новое направление - митохондриология, а в медицинской науке - митохондриальная медицина. Разработка новых митохондриально-направленных антиоксидантов позволит более эффективно осуществлять в клинической

практике необходимые патогенетические мероприятия здорового старения - ageless (человек без возраста). Одним из перспективных направлений митохондриальной медицины является применение половых гормонов для восстановления функций митохондрий в процессе старения, так как сегодня хорошо известно, что половые гормоны способствуют постоянному биогенезу митохондрий в здоровой клетке. При возрастном дефиците и дисбалансе половых гормонов процесс самовосстановления митохондрий резко замедляется или вовсе прекращается, поэтому коррекция возрастного дефицита половых гормонов может рассматриваться как крайне перспективный патогенетиметод терапии возрастных митохондриальных дисфункций и репродуктивных потерь у мужчин (Capllonch-Amer G., Usui T., 2014).

#### Заключение

В XXI веке одной из главных задач современной медицины является эффективное обеспечение надлежащего качества жизни пациентов пожилого возраста на фоне увеличения общей продолжительности жизни. Старение организма в целом ассоциировано с ухудшением когнитивных функций, ожирением, развитием атеросклероза, инсулинорезистентности, потерей тканями способности к восстановлению (репарации), уменьшением их эластичности,

### Общая урология



клеточным старением, нестабильностью генома, укорочением теломер, нарушением протеостаза, усвоением, распознаванием и использованием питательных веществ, витаминов и микроэлементов, снижением тонуса гладкой и поперечно-

половыми гормонами, дефицит которых (прежде всего, тестостерона) является важнейшим гормональным событием у стареющего мужчины. Коррекция возрастного андрогенного дефицита должна рассматриваться как важнейшая фармакотерапевтическая опция лечения и профилактики подавляющего большинства возраст-ассоциированной патологии у мужчин, поскольку она приводит к увеличению биогенеза митохондрий - важнейших клеточных органелл, синтезиэнергию и инактивирующих вредные свободные радикалы, ускоряющие клеточное и системное старение. Нет «золотой таблетки» от старости, но расширение наших представлений о глубинных механизмах старения человека будут поз-

Нет «золотой таблетки» от старости, но расширение наших представлений о глубинных механизмах старения человека будут позволять нам все эффективнее и эффективнее осуществлять мероприятия «здорового старения».

полосатой мускулатуры, нарушениями кровообращения, дистрофическими и дегенеративными изменениями центральной, периферической и вегетативной нервной системы. В связи с этим очевидно, что необходим комплексный патогенетический подход к лечению и профилактике возраст-ассоциированных заболеваний, и терапия, воздействующая на все звенья патогенеза процессов старения. Среди ключевых позиций антивозрастной профилактической медицины следует назвать рациональное управление

волять нам все эффективнее и эффективнее осуществлять мероприятия «здорового старения». Но уже сегодня ясно, что коррекция дефицита половых гормонов с использованием гормонозаместительной терапии у мужчин приводит к уменьшевыраженности нию окислительного стресса, что сохраняет мужские митохондрии и улучшает прогнозы при всех возраст-ассоциированных коморбидностях. Такая фармакотерапевтическая опция позволяет уже сегодня нашим мужчинам жить дольше и качественнее!

### Издательский дом «УроМедиа»

105425 г. Москва, ул. 3-я Парковая, д. 51, стр. 4

### экспериментальная и клиническая УРОЛОГИЯ

WWW.ecuro.ru

Akkpeantaung Bak

No 22/49 ot 25.05.12

Teremureckan apantaung grant

Teremureckan apantaung grant

L. zegeneralen apantaung grant

L. zegenera

Профессиональное издание для урологов, онкологов, урогинекологов, андрологов, детских урологов, фитизиоурологов и врачей смежных специальностей, научных работников, ординаторов, аспирантов.

Информация о современных методах профилактики, диагностики и лечения урологических заболеваний, результаты клинических исследований, научные аналитические обзоры, оригинальные дискуссионные статьи по фундаментальным и прикладным проблемам урологии, материалы конференций и съездов, лекции ведущих российских и зарубежных специалистов, эксклюзивные клинические случаи, новые медицинские технологии.

Абстракты на английском языке в печатной версии журнала.

Независимое рецензирование и открытый бесплатный доступ на сайте журнала www.ecuro.ru.

## IV Всероссийская школа по детской урологии-андрологии

«Реконструктивно-пластические операции, эндовидеохирургия в детской урологии-андрологии. Нарушения мочеиспускания у детей» 2-3 апреля 2015 года

Дорогие коллеги и друзья! Приглашаем Вас принять участие в ежегодной IV Всероссийской школе «Реконструктивно-пластические операции, эндовидеохирургия в детской урологии. Нарушения мочеиспускания у детей». Настоящая Школа является совместным мероприятием Межрегиональной общественной организации «Интернет форум урологов» (МОО ИФУ), НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина – филиала ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена» Минздрава России и Межрегиональной общественной организации детских урологов-андрологов (МООДУА), при информационной поддержке сайта Uroline.ru и урологического портала Uroweb.ru.

Программа Школы будет включать в себя рассмотрение основных вопросов диагностики, консервативного и оперативного лечения урологических заболеваний у детей.

Мировые и отечественные эксперты представят свой опыт лечения как редких, так и часто встречающихся заболеваний. В рамках Школы планируется проведение круглых столов с обсуждением клинических случаев, будут показаны видеопрезентации различных операций.

### Планируется прямая трансляция из операционных!

Вы можете представить результаты своей работы на Школе. Для этого присылайте свои тезисы, из которых наиболее интересные будут отобраны для представления в докладах. Все тезисы будут опубликованы в информационных материалах Школы.

Предпочтение будет отдаваться работам, содержащим новые направления в детской урологии-андрологии, иллюстрированными видеосюжетами операций или методов обследования.

До встречи на школе,

Оргкомитет

## Программа школы 2 апреля

- «Живая хирургия» трансляция из операционной
- Лекции приглашенных профессоров
- Круглый стол и обсуждение клинических случаев

### 3 апреля

- Презентации присланных на конференцию тезисов отечественных специалистов
- Круглый стол и обсуждение клинических случаев

Научная программа школы составлена под руководством д.м.н., зав. отделом детской урологии Рудина Юрия Эдвартовича.



### Приглашенные профессора

**Франсуа Варле** (Francois Varlet) – профессор, руководитель отделения детской хирургии Университетского госпиталя Св. Этьена, Седекс, Франция



**Мануэль Лопез (Lopez Manuel)** – профессор, сотрудник отделения детской хирургии Университетского госпиталя Св. Этьена, Седекс, Франция



Санжай Кулькарни (Sanjay Kulkarni) – профессор, директор центра реконструктивной урологии Пун, Индия, ведущий уролог центра высоко-технологичной урологической помощи Пун, Индия, вице президент Общества реконструктивно-пластических хирургов-урологов, руководитель многочисленных мастер-классов по реконструкции уретры, совместно с проф. Гуидо Барбали (Guido Barbagli) автор методики

уретропластики слизистой щеки

### Организатор Школы

Межрегиональная общественная организация «Интернет форум Урологов»

### При участии

НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина ФГБУ – филиал «ФМИЦ им. П.А. Герцена» Минздрава России

«Межрегиональная общественная организация детских урологов-андрологов» (МООДУА)

### События

### Оргкомитет:

- Аполихин О.И.
- Казанская И.В.
- Сивков А.В.
- Рудин Ю.Э.
- Гарманова Т.Н.
- Марухненко Д.В.
- Шадеркина В.А.
- Шадеркин И.А.
- Зеленский М.В.

### Техническая и информационная поддержка:

- ООО «УроМедиа»
- Uro.ru
- Uro.TV
- Uroweb.ru
- UroEdu.ru

### Регистрация

### On-line регистрация на сайте Uroweb.ru. Окончание on-line регистрации 22 марта 2015 года.

Регистрационный взнос включает в себя:

- 1. Участие в заседаниях, круглых столах
- 2. Печатные материалы конференции
- 3. Портфель участника
- 4. Посещение выставки
- 5. Сертификат
- 6. Обед, кофе-брейки во время конференции

### Подарок от организаторов Школы:

- Клинические рекомендации по детской урологии
- Памятки для родителей маленьких пациентов
- Постеры по детской урологии

### Оплата участия в Школе: 4000 рублей.

Скачать квитанцию для очного участия в Школе можно на Uroweb.ru. Возможен просмотр онлайн трансляции Школы на сайте Uro.TV – просмотр трансляции платный. Стоимость 1500 рублей.

**Скачать квитанцию** для просмотра он-лайн трансляции Школы можно на **Uroweb.ru.** 

Официальное приглашение для участников можно скачать на Uroweb.ru.

## Наши возможности

### Биохимическая лаборатория НИИ урологии

Тел.: 8 (499) 367-64-64



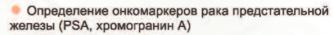
В настоящее время НИИ урологии имеет необходимую методическую и приборную базу для выполнения диагностики метаболических факторов риска МКБ:

 диагностическая панель биохимических тестов (мочи и крови пациентов) для диагностики видов литогенных нарушений, рекомендованная Европейским обществом урологов (Guidelance on Urolithiasis, 2012-2013, EUA);



точный анализ минерального состава мочевых камней у пациентов - с помощью современного инфракрасного спектрофотометра (Nicolet iS10, США) со встроенной библиотекой спектров. На основании полученных данных проводится целенеправленное противорецидивное лечение МКБ, ее эффективная метафилактика.

### Онкоурология:





 Определение онкомаркеров рака мочевого пузыря (ВТА, UBC, NMP22, CYFRA 21.1).

### Трансплантология:

 мониторинг концентрации иммуносупрессоров (такролимуса, циклоспорина, сиролимуса) в крови больных после трансплантации почки.

**Перспективы:** дальнейшее совершенствование методов диагностики урологических заболеваний.

### События

### Контакты для участников для решения организационных вопросов: Шадеркина Виктория Анатольевна

Тел. +79260175214

E-mail: viktoriashade@uroweb.ru

### Гарманова Татьяна Николаевна

Тел. +79269937443

E-mail: tatianagarmanova@gmail.com

Контакты для рекламодателей и компаний-спонсоров:

### Шадеркина Виктория Анатольевна

Тел. +79260175214

E-mail: viktoriashade@uroweb.ru

### Выступления:

Заявки на выступления присылать на электронную почту pediatricschool@yandex.ru. Тезисы:

Требования к оформлению тезисов:

- 1. Тезисы высылать на электронную почту pediatricschool@yandex.ru до 01.03.2015. Тезисы, присланные позже, приниматься не будут ни при каких условиях.
- 2. Содержание должно включать в себя основные разделы: авторы, место работы, контактные данные авторов, введение, материалы и методы, результаты, выводы
- 3. Формат тезисов: шрифт Times New Roman, 14, до 3600 знаков.

### Проезд, проживание, питание участники Школы оплачивают самостоятельно.

Забронировать гостиницу можно на Uroweb.ru.

Просьба бронировать гостиницу заранее, так как апрель – месяц с высоким числом мероприятий в Москве! **Место проведения** – Гостиница Измайлово, Вега, зал «Васнецов».

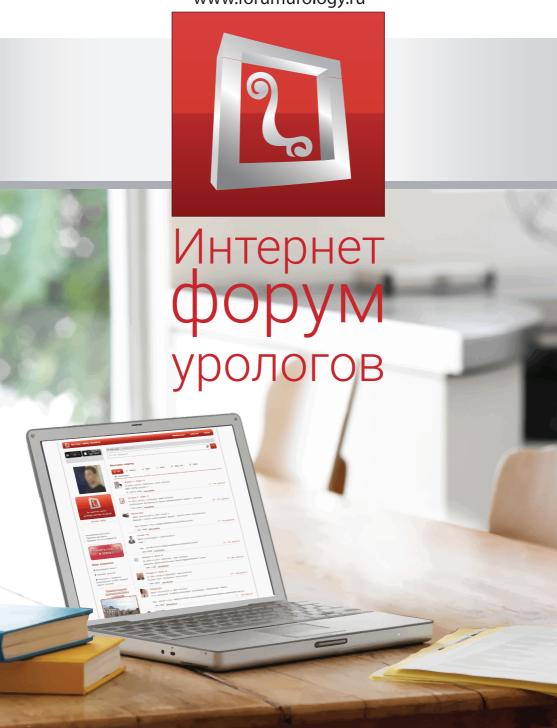


### ВНИМАНИЕ!!!

В рамках Школы будет проведен конкурс на лучшее стихотворение про детского уролога. Победителей и участников ждут ценные призы!

 Межрегиональная общественная организация

www.forumurology.ru



## Международный форум «Новые горизонты репродуктивного здоровья»



### Уважаемые коллеги!

Репродуктивное здоровье – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или недугов во всех сферах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов.

В существующих социально-экономических условиях состояние репродуктивного здоровья населения страны остается одной из наиболее острых медико-социальных проблем, являясь фактором национальной безопасности.

В последние годы были достигнуты значительные успехи в области охраны материнства и детства, характеризующиеся значительным снижением материнской и младенческой смертности. Однако, сохраняется низкий уровень рождаемости и высокий показатель общей смертности населения в трудоспособном возрасте приводят к снижению уровня воспроизводства населения, ухудшению качества здоровья детей.

В сложившихся условиях назрела необходимость разработки межведомственной стратегии по охране репродуктивного здоровья населения. Этому и будет посвящена предстоящая встреча.

В конференции примут участие ведущие мировые специалисты в области андрологии и репродуктивного здоровья, совместно с которыми была создана и успешно реализована Российско-германская программа дополнительного профессионального образования «Андрология».

### До встречи на конференции!

Председатель конференции главный внештатный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью, директор НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина, профессор Аполихин Олег Иванович

### Основная информация

### Организаторы:

- Министерство здравоохранения Российской Федерации
- НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина
- Европейская академия андрологии (European Academy of Andrology)
- Гиссенский университет имени Юстуса Либиха, Германия
- МООУ «Интернет форум урологов»

Дата мероприятия: 9-10 июля 2014 года

**Место проведения:** Российская Федерация, г. Москва, ул. Пречистенка, д. 16. Центральный дом ученых РАН.



### Форматы участия:

Регистрационный взнос для очного участия в конференции включает в себя:

- Участие в заседаниях, круглых столах, обсуждении клинических случаев, видеосессиях
- Печатные материалы конференции (тезисы докладов Международного форума «Новые горизонты репродуктивного здоровья» на русском языке)
- Получение печатной версии сертификата участника Международного форума «Новые горизонты репродуктивного здоровья» на русском языке
- Посещение выставки
- Обед и кофе-брейки во время конференции

Регистрационный взнос для заочного участия в конференции включает в себя:

- Доступ для просмотра он-лайн трансляции докладов и лекции Международного форума «Новые горизонты репродуктивного здоровья»
- Получение электронной версии сертификата участника Международного форума «Новые горизонты репродуктивного здоровья»

### Регистрационный взнос:

Категория	Ранняя регистрация (до 01 июня)	Поздняя регистрация (после 01 июня)
Члены МОО «Интернет форум урологов»	35 Евро	50 Евро
Не члены МОО «Интернет форум урологов»	150 Евро	200 Евро
Студенты, ординаторы, средний медицинский персонал (при предъявлении документов, подтверждающих статус)	бесплатно	бесплатно
Заочное участие (on-line трансляция на сайте Uro.TV) для членов MOO «Интернет форум урологов»	20 Евро	30 Евро
Заочное участие (on-line трансляция на сайте Uro.TV) не членов МОО «Интернет форум урологов»	35 Евро	50 Евро

### Анонс

Предполагаемое количество участников – 250-300 человек.

Заинтересованная аудитория: урологи, гинекологи, детские урологи-андрологи, специалисты в области репродуктивной медицины.

Во время проведения конференции доклады и обсуждения будут транслироваться в on-line режиме на сайте Uro.TV (требуется регистрация на сайте и оплата регистрационного взноса). Обращаем ваше внимание, что доклады и лекции Форума после окончания мероприятия доступны не будут. Вы сможете с ними ознакомиться только во время проведения мероприятия.

### Председатель конференции:

Главный внештатный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью, директор НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина, д.м.н., профессор Аполихин Олег Иванович (Россия, Москва).

### Со-председатели:

- Яковлева Татьяна Владимировна д.м.н., заместитель Министра здравоохранения России.
- Вольфганг Вайднер (Wolfgang Weidner) глава департамента урологии детской урологии и андрологии Гиссенского Университета им. Юстуса Либиха, Германия, председатель секции Андрологической урологии Европейской ассоциации урологов.

### Оргкомитет:

- Сивков Андрей Владимирович первый заместитель директора НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина, кандидат медицинских наук (Россия, Москва)
- Казаченко Александр Викторович заведующий отделом постдипломного обучения НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина, доктор медицинских наук (Россия, Москва)
- Ефремов Евгений Александрович заведующий отделом андрологии и репродукции человека НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина, доктор медицинских наук (Россия, Москва)
- Шадеркин Игорь Аркадьевич заведующий отделом развития региональной урологии НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина (Россия, Москва)
- Красняк Степан Сергеевич м.н.с. отдела андрологии и репродукции человека НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина (Россия, Москва)

В ходе работы конференции будет организован синхронный перевод на русский и английский языки.

В холле будет организована выставка фирм-спонсоров конференции.

### Научные тематики форума:

- Мужское репродуктивное здоровье
  - сексуальная дисфункция
  - мужское бесплодие
  - инфекционно-воспалительные заболевания мужских половых органов
  - эндокринные и кардиологические аспекты мужского здоровья
- Женское репродуктивное здоровье
  - женское бесплодие
  - инфекционно-воспалительные заболевания женских половых органов
- Детское репродуктивное здоровье
  - пути профилактики нарушений репродуктивного здоровья
  - врожденные заболевания мочеполовых органов
- Вспомогательные репродуктивные технологии
  - современные тенденции (распространенность, технологии)
  - осложнения ВРТ и их влияние на здоровье будущей матери и ребенка
- Репродуктивное здоровье населения (организационные, экономические аспекты).
  - концепция охраны репродуктивного здоровья населения Российской Федерации
  - программы поддержки семьи и методу улучшения демографической ситуации
- Современные технологии в области охраны репродуктивного здоровья:
  - мобильные гаджеты
  - программное обеспечение
  - телемедицина
  - дистанционное образование и т.п.

### Контакты:

### Красняк Степан Сергеевич

Телефон: +7(909)973-63-96 E-mail: krasnyakss@mail.ru



## 23-24 апреля 2015 года

1-я научно-практическая конференция урологов Северо-Западного федерального округа **«Актуальные вопросы урологии»** 



### Организаторы конференции:

- Российское общество урологов
- Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова

Место проведения – Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д.17.

Президент конференции – ректор ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, академик РАН С.Ф.Багненко

**Председатель Оргкомитета конференции** - зав. кафедрой урологии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, главный внештатный уролог СЗФО, засл. врач РФ, профессор С.Х.Аль-Шукри

**Со-председатель Оргкомитета конференции** – профессор каф. урологии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, председатель Санкт-Петербургского научного общества урологов, засл. деятель науки РФ, профессор В.Н.Ткачук

### Основные научные вопросы конференции:

- Организация урологической помощи в СЗФО
- Онкоурология
- Мочекаменная болезнь
- Нейроурология
- Клиническая андрология
- Современные методы хирургического лечения урологических заболеваний
- Диагностика и лечение инфекционно-воспалительных заболеваний

Заявки на доклады и материалы для публикации (тезисы докладов) принимаются Оргкомитетом конференции до 20 марта 2015 по электронной почте urolog.kaf@mail.ru (будут опубликованы в журнале «Урологические ведомости») Заявка на доклад должна содержать название доклада, фамилии и инициалы всех авторов, их ученые степени, должности и место работы, фамилию и контактные данные (телефон, электронная почта) докладчика.

### Требования для представления тезисов докладов:

Шрифт Times New Roman, размер 12, через 1,5 интервала; с полями по каждому краю 2 см. объем тезисов не более 2 страниц, указываются фамилии и инициалы авторов, ученые степени, место работы (организация), свои контактные данные электронную почту и телефон.

## Силденафила цитрат: существует ли синдром привыкания?

Выход на рынок препаратов ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа (иФДЭ-5) 15 лет назад стал революционным событием в лечении эректильной дисфункции (ЭД). Наиболее изученным представителем этой группы препаратов является силденафила цитрат, который широко известен не только урологам и врачам других специальностей.

пациентов старшей возрастной группы силденафила цитрат применяется при развитии ЭД в послеоперационном периоде после нервосберегающей радикальной простатэктомии, а также у пациентов с сахарным диабетом [1, 2].

В данной статье хотелось бы сделать акцент на отсутствие у пациентов привыкания и синдрома зависимости от препаратов силденафила [2], о чем пойдет речь ниже.

В настоящее время известно 11 изоферментов ФДЭ (ФДЭ 1-11), которые, в свою очередь, разделяют на 21 подгруппу и примерно 53 варианта. Изоферменты ФДЭ участвуют в осуществлении различных функций организма, а по строению часто очень похожи, поэтому возникает вопрос, могут ли ингибиторы ФДЭ-5 оказывать действие на другие изоферменты ФДЭ. Группа исследователей в своей работе получили данные о распределении изоферментов ФДЭ в организме и их возможных функциях [3]. Ингибиторы ФДЭ, которые используют для лечения ЭД, являются селективными конкурентными ингибиторами ФДЭ-5 - фермента, который разрушает циклический гуанозинмонофосфат (цГМФ) в различных тканях. Последний является вторичным медиатором NO. Силденафил, варденафил и тадалафил – это селективные конкурентные ингибиторы ФДЭ-5. Препараты группы усиливают расслабляющее действие NO на гладкие мышцы и проявляют активность только при активации синтеза цГМФ, за счет NO. При сексуальной стимуляции происходит высвобождение NO в нервах кавернозного тела, эндотелии сосудов и гладкомышечных клетках, что приводит к расширению сосудов полового члена и кавернозного тела и наступлению эрекции. Замедляя деградацию цГМФ, ингибиторы ФДЭ-5 тем самым усиливают сосудорасширяющий эффект NO и восстанавливают эрекцию у больных ЭД [3].

Рассматривая вопрос о привыкании и/или зависимости от силденафила, необходимо напомнить об определении понятия «лекарственная зависимость» Комитетом ВОЗ - это снижение чувствительности к препарату после его повторного употребления; при этом требуются повышенные дозы препарата для того, чтобы вызвать эффект такой же интенсивности, которая раньше вызывалась меньшей дозой. Физическая и психическая зависимость, а также лекарственная толерантность, рассматриваются как побочные эффекты лекарственных препаратов [4].

За многолетнюю историю существования силденафила специальных исследования

ний по способности препарата вызывать зависимость не проводилось, поэтому ориентироваться можно только на публикации, рассматривающие безопасность его применения.

Так, например, в 2007 году McMurray JG и соавторы опубликовали в журнале Therapeutics and Clinical Risk Management данные о лечении силденафилом (доза 25-100 мг) 979 пациентов, средний возраст которых составил 58 лет, с эректильной дисфункцией психогенного и/или органического генеза на протяжении 4х лет. Многие из пациентов имели сопутствующие заболевания в виде артериальной гипертензии (28%), сахарного диабета (22%), гиперлипидемии (14%). Длительность существования ЭД составила в среднем 4,5 года. Ежегодно участникам задавался вопрос: «Довольны ли Вы результатами лечения?», на который 94% пациентов отвечали утвердительно. Большинству участников исследования не потребовалось ни прекращение лечения, ни изменения дозы из-за побочных явлений. Авторы исследования и пациенты не сообщали о слувозникновения зависимости силденафила. Таким образом, это исследование дает возможность утверждать, что силденафил в течение длительного (4 и более лет) и регулярного приема не вызывает привыкания [5].

Позже, в 2010 году в International Journal of Clinical Practice, Giuliano F и соавт. был опубликован анализ, в который были включены 67 клинических двойных-слепых плацебо контролируемых исследований с участием более 7500 пациентов, имеющих эректильную дисфункцию психогенного характера или смешанной этиологии. Про-

должительность приема препарата в большинстве проанализированных исследований составляла менее 1 года, и ни в одном из них не было отмечено возникновение привыкания или зависимости [2].

В литературе встречаются и другие исследования, но они не могут считаться корректными из-за недостатков дизайна. Так, например в 2001 году в ходе исследования, проведенного El-Galley R и соавторами, осуществлялся телефонный опрос пациентов с тяжелыми формами ЭД - на фоне болезни Пейрони, после радикальной простатэктомии (РПЭ), артериальной недостаточности, венозной утечки, ЭД нейрогенного генеза и т.д. Авторы сообщали о необходимости повышения дозы силденафила в течение 1-2 лет у этих категорий пациентов. Недостатки дизайна этого исследования заключаются в том, что для лечения были выбраны категории пациентов, которым, вероятно, требовались иные методы лечения, а также в отсутствовала контрольная группа для сравнения [6].

Интересным представляется исследование применения силденафила у 321 молодых (18-30 лет) здоровых мужчин, проведенное в 2009 году Весhага А и опубликованное спустя год в Journal of Sexual Medicine. Причиной для применения силденафила у этой категории исследуемых было повышение сексуальной уверенности, улучшение качества эрекции, повышение сексуальной удовлетворенности. Препарат в большинстве случаев принимался без назначения врача (по совету друзей, провизоров аптек, по информации, полученной в Интернете), зачастую в сочетании с алкоголем, т. е. без медицинского контроля.

### Общая урология

Было отмечено, что 21,5% молодых здоровых мужчин постоянно принимают ингибиторы 5-ФДЭ. Авторы не сообщали о случаях привыкания или зависимости от силденафила у этой категории испытуемых, однако отметили, что необходимы дополнительные исследования в этой области [7].

Отечественные авторы [3] также утверждают об отсутствии признаков толерантности при применении ингибиторов ФДЭ-5 с непродолжительным периодом полувыведения (силденафил), ссылаясь на зарубежные исследования [2, 8].

Анализ литературных данных показывает, что силденафил является эффективным и безопасным препаратом, устраняющим эректильную дисфункцию психогенного и органического генеза. Это справедливо как в отношении оригинального препарата, так и в отношении дженериков. В настоящее время на российском рынке помимо оригинального препарата силденафила имеется дженерик «Динамико», производимый группой компаний «ТЕВА». «Динамико» представляет собой таблетку силденафила с модифицированным составом [9] и обеспечивает качественную эрекцию [9] Результаты проведенных исследований показали высокую эффективность, безопасность, минимальное количество побочных эффектов и отсутствие привыкания у препарата «Динамико» [10, 11]. В исследованиях также был отмечен существенный положительный эффект на эректильную составляющую сексуальной функции и на все компоненты общей удовлетворенности половой сферой, что положительно сказалось на качестве жизни пациентов, принимавших «Динамико» [10]. Профиль безопасности препарата «Динамико» показывал, что частота таких побочных эффектов, как головная боль и гиперемия кожного покрова оказалась даже ниже по сравнению с оригинальным препаратом [11].

Все эти характеристики препарата позволяют урологам назначать препарат практически у всех категорий пациентов.

Материал подготовила В.А. Шадеркина уролог, онкоуролог, научный редактор Uroweb.ru.

Статья подготовлена при поддержке компании ООО "Тева" За дополнительной информацией обращаться: ООО «Тева» Россия, 115054, г. Москва, ул. Валовая, д. 35 Тел.:+7.495.6442234, факс: +7.495.6442235 www.teva.ru FIRE-DYN-ART-170415-MEDIA-1457-160416

Литература:

- 1. Комяков Б.К, Очеленко В.А., «Путь устранения ЭД после РПЭ», Кафедра урологии СЗГМУ им. И.И.Мечникова, http://mchs-uro.ru/ru/node/204
- 2. 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. Vol. 64, N 2. P. 240–255.
- 3. Камалов А.А., Дорофеев С.Д., Ефремов Е.А., Охоботов Д.А. Селективные ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа в терапии эректильной дисфункции: внедрение новых препаратов, 2003
- 4. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/88183/1/5225032443.pdf (Комитет экспертов ВОЗ по лекарственной зависимости: 28-й доклад (Серия технических докладов ВОЗ)), с. 836.
- 5. McMurray JG, Feldman RA, Auerbach SM, et al. Long-term safety and effectiveness of sildenafil citrate in men with erectile dysfunction. Ther Clin Risk Manag. 2007;3:975–81
- 6. El-Galley R, Rutland H, Talic R, Keane T, Clark H. Long-term efficacy of sildenafil and tachyphylaxis effect// J Urol. 2001 Sep; Vol.166, N 3, P. 927-31.
- 7. Bechara A, Recreational use of phosphodiesterase type 5 inhibitors by healthy young men. // J Sex Med. 2010. Vol. 7, N 11. P. 3736-3742. 8. Wagner G1, Montorsi F, Auerbach S, Collins M. Sildenafil citrate (VIAGRA) improves erectile function in elderly patients with erectile dysfunction: a subgroup analysis, J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001 Feb; Vol. 56, N 2. M 113-9.
- 9. Инструкция по медицинскому применению препарата «Динамико» http://www.rlsnet.ru/tn\_index\_id\_47499.htm.
- 10. Камалов А.А., Осмоловский Б.Е. и др., Комбинированная терапия больных с симптомами нижних мочевых путей и эректильной дисфункцией// Естественные и технические науки. 2013. N 1. C. 105-113.
- 11. Тевлин К.П, Брук Ю.Ф., Вопросы выбора ингибиторов ФДЭ-5: эффективность и безопасность, Экспериментальная и клиническая урология, 2013 г.





### Публицистика

### Здравствуй, Новый год



Ю.Г Болдырева Специальный корреспондент «Дайджеста урологии»

Говоря откровенно, к новому году наша страна готовилась не в самом праздничном настроении. Мысли о предстоящих каникулах вытеснялись другими, более насущными: как пережить очередной финансовый кризис и что с нами будет в наступающем году. Объективные проблемы усугубляются нарастающей неуверенностью и паникой – благодатная почва для мошенников всех мастей. У врачей и медработников есть дополнительный повод к волнению: ход медицинской реформы, уже давшей повод к ряду массовых протестных выступлений.

концу 2014 года тема «врачебных митингов», пробудившая ряд резких общественных дискуссий в ноябре, уступила место, на первый взгляд, более масштабным проблемам. Однако не следует забывать, что вопрос ещё далеко не закрыт, а сохранение медицины затрагивает всех не в меньшей мере, чем курс национальной валюты: в конце концов, каждый время от времени оказывается на месте пациента.

Кроме того, начавшиеся в ноябре акции медиков ряд экспертов рассматривает как проявление «социального протеста», которого, в отличие от политического, Россия не видела достаточно давно. В отличие от выступлений, об-

условленных политическими требованиями, социальные митинги пользуются у населения достаточно высоким уровнем сочувствия. Политические баталии прежних лет вместе с информационными войнами вокруг них научили большинство россиян относиться к такого рода вещам с недоверием, переходящим в брезгливость. Однако у конкретной социальной группы, выступающей за свои права, шансы на понимание со стороны соотечественников гораздо выше.

Отсюда легко выстроить заключение: чтобы подорвать доверие к социальному протесту, нужно превратить его в политический. Ну, или, по крайней мере, крепко смешать эти два вида

между собой. В этом противникам медицинских выступлений очень помогли замеченные на митингах представители анархистских, националистских и других маргинальных политических группировок. Присоединившись к московскому шествию 30 ноября, они вряд ли думали прежде всего о проблемах врачей, зато оказали последним весьма дурную услугу своим присутствием. Часть медиков, постеснявшись такого оригинального соседства, расположилась вдалеке от основного места событий, другие быстро ушли. Нечего и говорить, что репутация митинга после выступления политических активистов серьезно пострадала. Следующий удар по ней нанесли распространившиеся слухи о «проплаченных» участниках, надевших белые халаты за определенную мзду и непосредственного отношения к медицине не имеющих. По сообщениям ряда очевидцев, некоторые участники, одетые в халаты, действительно объясняли свой наряд просто благородным сочувствием и признавали, что пришли «как пациенты». Откуда и зачем они взялись дело неясное.

Новость о «платном» митинге очень быстро распространилась в социальных сетях. Судя по всему, кто-то озадачился целью специально «раскрутить» теги #АБылЛиВрач и #Проплаченный-Митинг. Причем публикации, совер-

шенные под ними, далеко не всегда вообще затрагивали тему митинга: авторы цитировали Уайльда и Дюма, советские фильмы и популярные сериалы, сообщает портал medialeaks, прилагая скриншоты. Все это заставило усомниться в их человеческой природе, однако нашествие ботов свое дело сделало: доверие к митингу оказалось подорвано еще сильнее.

Явление, знаковое для России последних нескольких десятилетий, - предельная социальная отчужденность не может не влиять на характер и массовость общественных выступлений. Наглядной иллюстрацией стали «врачебные» митинги: по данным оперативно организованных соцопросов, менее половины респондентов поддержали протест медицинских работников. Внутри самого врачебного сообщества многие также несогласны с выступающими, приводя, со своей стороны, доводы о необходимости проведения реформы и, в качестве ее следствия, повышения профессионального уровня остающихся докторов.

Так, например, газета «Известия» цитирует главврача 53-й московской горбольницы Сергея Аркелова: «Реорганизация в городском здравоохранении назрела давно. Оптимизация, цель этого всего – улучшить оказание медицинской помощи пациенту. И мы должны исходить из его интересов, ■

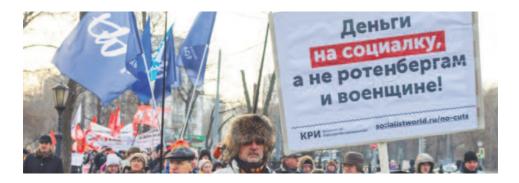
### Публицистика

а не из своих каких-то местечковых выгод. При загрузке некоторых больниц в 50-60%, а других - в 110%, некорвыходить на митинги ректно говорить о том, что объединение не надо проводить». Саму же организацию митинга Аркелов приписывает «альтернативным силам».

О профессионализме тому же изданию высказалась главврач 57-й больницы и депутат Мосгордумы Ирина Назарова: «Настоящие врачи на акцию не пойдут, а отправятся на дежурство в больницу, в скорую помощь, в поликлинику, чтобы помогать москвичам и делать реальный вклад в сферу здравоохранения, А те, кто подогревает все эти настроения, это различные политические силы, которые хотят «поймать волну», а также непрофессионалы, которые вдруг получили возможность почувствовать себя лидерами».

С точки зрения чиновников, на сегодня Москва имеет достаточный технический ресурс для того, чтобы позволить себе сокращение кадров. На круглом столе по проблемам реорганизации глава столичного департамента здравоохранения Алексей Хрипун напомнил о закупленном в ходе программы модернизации медицинском оборудовании и увеличенных с 2011 года финансовых вливаниях. «Получив серьезное улучшение материально тех-





нических ресурсов, мы обязаны сократить кадровый состав и работать меньшими силами, выполняя больший объем работы без снижения качества медицинского обслуживания», – цитирует его слова Российское агентство медико-социальной информации.

В ответ на это член общественного совета при Минздраве РФ, президент Лиги защитников пациентов Александр Саверский заявил, что чиновник ссылается не на ту программу: модернизация, о которой говорил А. Хрипун, закончилась год назад. К тому же, опасения у А. Саверского вызывает сама идея оценки медицинской помощи, исходя из экономической эффективности. При таком отношении, на его взгляд, невыгодные и затратные методы лечения будут просто ликвидированы, даже если они действенны. В качестве индикатора положения в медицине общественник предлагает процент числа оказания платных услуг, а он в Москве уже начал расти. На взгляд А. Саверского, это говорит о том, что государственная медицина не обеспечивает пациентов достаточной медицинской помощью. По этой причине, считает он, нынешняя программа реформы должна быть предана мораторию, а на ее месте разработана новая, учитывающая мнение общественности.

В свою очередь, председатель комитета Москвы по здравоохранению Людмила Стебелькова отметила, что множество ведомственных медицинских учреждений, оплачиваемых из фонда ОМС, порождает дублирование в оказании медпомощи. Врачебное сообщество, с ее точки зрения, просто плохо информировано о смысле модернизации.

Высказывание Людмилы Стебельковой встретило то возражение, что если самим медикам этот смысл неясен, значит, реформу, опять же, необходимо доработать. Об очевидном напомнил также председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ Михаил Кузьменко, сказав, что уменьшение

### Публицистика

количества врачей при сохранении общего числа пациентов увеличивает нагрузку на врача, который по итогу лечит хуже.

Чем недовольны те 7 тысяч медиков, что попадают по реформе под сокращение в Москве и московском регионе, понять не сложно. При этом, помимо личных потерь и выгод, есть ещё одно объяснение появлению протестующих: пресловутая «прозрачность реформ». Реорганизация системы здравоохранения проводится с 2012 года, однако информация о закрытии медицинских учреждений и массовых сокращениях кадров стала открытой только сейчас. Два года назад все ожидали не увольнения и потери денег, а всего лишь конца света.

В качестве компенсации за потерю рабочего места московское правительство обещает увольняемым единовременные денежные выплаты. Врачи, «высвобождаемые в ходе реорганизации столичной системы здравоохранения» должны получить по 500 тыс., работники среднего звена - по 300, а младший медицинский персонал - по 200 тыс. рублей. В правительстве утверждают, что эти суммы составляют притри месячных мерно по оклада специалистов. Выплачены они будут в дополнение к тем деньгам, что положены работникам при сокращении в соответствии с ТК РФ. Кроме того, медикам обещают возможность переучиться – программа повышения квалификации подразумевает стипендию в 30 тыс. рублей.

В этих заявлениях есть, по крайней мере, конкретика. Тем же, кто остается, не вполне ясно, чего ожидать, как и почти что всему населению России сегодня.

Еще в ноябре в СМИ прошла информация о том, что воплощение в жизнь знаменитых «майских указов» президента РФ, регламентирующих рост зарплат работников бюджетной сферы из года в год, судя по всему, будет приостановлено. В декабре опасеподтвердились: утвержденный президентом план бюджета на будущий год (вместе с ориентировочными планами на последующие два) предполагает индексацию зарплат бюджетников в соответствии с официальным уровнем инфляции, то есть на 5,5%, тогда как рост цен за год давно перешел отметку в 9%. Получается, что реальные доходы станут только меньше, что, собственно, вряд ли кого-то сейчас удивляет. К тому же, утверждение бюджета произошло еще до 16 декабря, когда, как все мы помним, рубль взял рекордную планку снизу. Пожалуй, время для построения прогнозов сейчас и в самом деле не лучшее. Остается только - во всех смыслах - готовиться к новому году.

### Частная практика: сделай это законно



**А.В. Бурак** юрист, Ростов-на-Дону

Врач, вступающий на поле частной практики, встречается с обилием неожиданных трудностей в самых разных областях, включая юридическую. О том, как начать оказание медицинских услуг в частном порядке и не столкнуться с правовыми преградами, рассказывает Анастасия Бурак, руководитель юридического отдела ООО «НИКА», член палаты Налоговых консультантов РФ

тобы вести частную медицинскую деятельность легально, необходимо зарегистрировать в законном порядке право на оказание медицинских услуг. Для этого нужно выбрать оптимальную организационноправовую форму: зарегистрироваться в качестве индивидуального предпринимателя или открыть общество с ограниченной ответственностью.

Перед тем, как подавать документы на регистрацию, необходимо определиться с видами деятельности (кодами ОКВЭД).



Их можно самостоятельно подобрать в Общероссийском классификаторе видов экономической деятельности. На сегодня в действующих классификаторах это раздел N: «Здравоохранение и предоставление социальных услуг».

### Регистрация ИП

Если вы собираетесь регистрироваться как индивидуальный предприниматель, то в соответствии с положениями Федерального закона от 08.08.2001 N 129-ФЗ «О государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей» для получения статуса ИП вам необходимо представить в налоговый орган (по месту регистрации) следующие документы:

1) заявление о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя (форма № Р21001);

- 2) копию паспорта гражданина РФ;
- 3) квитанцию об уплате госпошлины в размере 800 руб.

Необходимо обратить внимание на то, что подпись на заявлении, а также копия паспорта должны быть засвидетельствованы в нотариальном порядке, за исключением случая, когда заявитель представляет документы лично и одновременно представляет паспорт.

Налоговый орган производит регистрацию в срок не более чем пять рабочих дней со дня подачи документов. Также он вносит соответствующую запись в ЕГРИП (единый государственный реестр частных предпринимателей) и выдает следующий пакет документов:

-Свидетельство о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя, либо Решение об отказе в государственной регистрации (направляется почтовым отправлением на адрес заявителя);

-Свидетельство о постановке на учет в налоговом органе (Уведомление о постановке на учет в налоговом органе индивидуального предпринимателя);

- -Выписку из ЕГРИП;
- -Лист записи ЕГРИП.

### Регистрация ООО

Если же вы определили для себя необходимость открытия юридического лица, оптимальной организационно правовой формой является общество с ограниченной ответственностью. Однако

регистрация юрлица требует больших познаний в области регистрации бизнеса, и потому риск получить отказ в регистрационных действиях из-за ошибки в оформлении документов достаточно велик.

Общество с ограниченной ответственностью должно иметь полное фирменное наименование на русском языке. Дополнительно можно добавить сокращенное название на русском языке с обязательной аббревиатурой «ООО». Вам необходимо определиться с юридическим адресом общества, уставным капиталом, порядком его внесения и другими вопросами. Местом нахождения общества адресом) признается (юридическим место его государственной регистрации, в качестве которого могут быть указаны адрес регистрации (места жительства) директора общества или арендованное помещение.

Уставный капитал общества может быть внесен в денежной форме – минимальный размер уставного капитала 10 000 рублей, его необходимо внести на расчетный счет в течение четырех месяцев с момента регистрации общества.

Второй способ внесения уставного капитала – в натуральной форме (имуществом). Необходимо отметить, что с 1 сентября 2014 года оценка имущества проводится независимыми оценщиками. На мой взгляд, предпочтительнее вносить уставный капитал денежными средст-вами в установленном законодательством размере 10 000 руб.

Для государственной регистрации юридических лиц необходимо подготовить пакет следующих документов:

- заявление о государственной регистрации юридического лица при создании (форма № Р11001).
- решение о создании общества (при регистрации с одним учредителем) или же протокол об учреждении общества (при двух и более учредителях);
- договор об учреждении общества (при двух и более учредителях);
  - устав (в двух экземплярах);
- квитанцию об оплате госпошлины за регистрацию (Размер госпошлины за регистрацию ООО составляет 4 000 рублей);
- гарантийное письмо от арендодателя на подтверждение юридического адреса, заверенную копию документа на право собственности и договор аренды;
- копии паспортов учредителей и руководителя общества (генерального директора);
- -копии свидетельств ИНН учредителей и руководителя общества (генерального директора).

По истечении 5 рабочих дней со дня предоставления документов, регистрирующий орган выдаст следующий пакет документов:

- -Свидетельство ОГРН;
- -Свидетельство ИНН;
- -Устав (заверенный налоговой инспекцией);
  - -Выписка из ЕГРЮЛ.

До подачи документов в регистрирующий орган необходимо определиться с

системой налогообложения. По умолчанию для индивидуальных предпринимателей и юридических лиц после регистрации будет действовать общая система налогообложения, но ее применение не очень удобно для оказания медицинских услуг, к тому же, очень сложен процесс ведения бухгалтерского учета. Так что рекомендуется одновременно с документами на регистрацию ИП или ООО подавать также заявление о переходе на упрощенную систему налогообложения (УСН). УСН подразделяется на несколько видов:

«Доходы минус расходы» – ставка 15 процентов. В настоящее время ставка может колебаться от 5 процентов до 15 процентов. Используя данный вид системы налогообложения, необходимо вести строгий учет всей бухгалтерии, должны быть собраны все квитанции и чеки, подтверждающие расходы и доходы.

«Доходы» – ставка 6 процентов. Для врачебной практики я бы порекомендовала именно данную систему налогообложения.



### Получение лицензии

Следующий важный этап для начала частной медицинской деятельности – получение лицензии на оказание медицинских услуг.

Федеральным законом «О лицензировании отдельных видов деятельности» установлены лицензионные требования к соискателю лицензии:

- а) наличие зданий, строений, сооружений и (или) помещений, принадлежащих соискателю лицензии на праве собственности или на ином законном основании, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и отвечающих установленным требованиям;
- б) наличие принадлежащих соискателю лицензии на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и зарегистрированных в установленном порядке;
- в) наличие у индивидуального предпринимателя высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образова-



ния, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста, а при намерении осуществлять доврачебную помощь – среднего медицинского образования и сертификата специалиста по соответствующей специальности;

г) наличие стажа работы по специальности:

не менее 5 лет – при наличии высшего медицинского образования;

не менее 3 лет – при наличии среднего медицинского образования;

- д) наличие заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием);
- е) наличие заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности;
- ж) наличие внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Для получения самой лицензии необходимые следующие документы:

- 1. копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или ином законном основании зданий, помещений, оборудования и другого материально-технического оснащения, необходимых для осуществления медицинской деятельности;
- 2. копии документов об образовании (послевузовском, дополнительном профессиональном образовании, повышении квалификации) и документов, подтверждающих стаж работы индивидуального предпринимателя, связанный с выполнением работ (услуг);
- 3. копии регистрационных удостоверений и сертификатов соответствия на используемую медицинскую технику;
- 4. копии документов об образовании и квалификации работников соискателя лицензии, осуществляющих техническое обслуживание медицинской техники, или договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление этого вида деятельности;
- 5. копию выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам осуществляемой медицинской деятельности.
- 6. заключение государственной противопожарной службы о том, что заявленное помещение соответствует всем требованиям противопожарной безопасности и подходит для занятия заявленной деятельностью.

- 7. копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление лицензии (Налоговым Кодексом установлена государственная пошлина в размере 6000 рублей за предоставление лицензии);
  - 8. опись прилагаемых документов.

При рассмотрении заявления о предоставлении лицензии лицензирующий орган проводит проверку полноты и достоверности сведений о соискателе, содержащихся в представленных заявлении и документах, а также проверку возможности выполнения соискателем лицензии лицензионных требований и условий. Лицензирующий орган принимает решение о предоставлении или об отказе в предоставлении лицензии в срок, не превышающий 45 дней со дня поступления заявления и прилагаемых к нему документов. Указанное решение оформляется соответствующим актом лицензирующего органа. В течение 3 рабочих дней после дня подписания и регистрации лицензии лицензирующим органом она вручается лицензиату или направляется ему заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

Получение лицензии – безусловно, не самая простая процедура. Но следует помнить, что лица, незаконно занимающиеся медицинской и фармацевтической деятельностью, несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством РФ (п.7 ст. 69 323-ФЗ (ред. от 21.07.2014) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». ■







Обновленная версия Uro.TV работает не только на компьютерах и ноутбуках, но также на мобильных устройствах, включая IPhone и IPad!



### Редакция дайджеста:

- Главный редактор Аполихин Олег Иванович, д.м.н., профессор
- Зам. гл. редактора Сивков Андрей Владимирович, к.м.н.
- Руководитель проекта Шадеркина Виктория Анатольевна
- Шеф-редактор Шадеркин Игорь Аркадьевич
- Специальные корреспонденты:
  - Паевский Алексей Сергеевич
  - Григорьева Мария Викторовна
  - Шабанова Снежана Владимировна
  - Красняк Степан Сергеевич
  - Болдырева Юлия Георгиевна
  - Гарманова Татьяна Николаевна
  - Коршунов Максим Николаевич
- Дизайн и верстка Белова Оксана Анатольевна
- Корректор Болотова Елена Владимировна

Тираж 7000 экземпляров
Подписка на сайте urodigest.ru
Распространение бесплатное – Россия, страны СНГ
Периодичность 1 раз в 2 месяца
Аудитория – урологи, онкоурологи, урогинекологи, андрологи, детские урологи-андрологи, фтизиоурологи, врачи смежных специальностей

Издательство «УроМедиа» Адрес редакции: 105425, Москва, 3-я Парковая, 41 «А», стр. 8 ISSN 2309-1835

Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ № ФС77-54663 от 09.07.2013 e-mail: info@urodigest.ru www. urodigest.ru

При полной или частичной перепечатке материалов ссылка на Дайджест обязательна!

В материалах представлена точка зрения, которая может не совпадать с мнением редакции.















