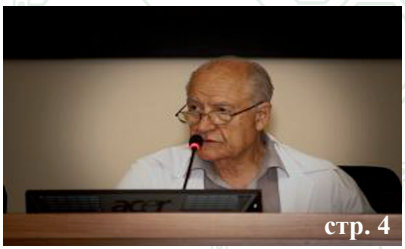
Интересное в номере:

- Урологи – самые «продвинутые» пользователи интернета ..... 2 стр.
- Я люблю тебя, жизнь ..... 4 стр.
- Врачебные ошибки и ошибки врачей ..... 8 стр.
- Место встречи – Прага ..... 12 стр.
- Дистанционные образовательные курсы по андрологии на 2012-2013 год ..... 31 стр.
- Мочекаменная болезнь у известных людей ..... 34 стр.
- Лечебные свойства минеральной воды и ее применение в урологии ..... 41 стр.
- Будущее урологии ..... 54 стр.
- Мочекаменная болезнь в мире ..... 60 стр.



Урологи – самые «продвинутые» пользователи интернета

Информационный прогресс, доступность нового оборудования, развитие каналов связи привели к быстрому и безостановочному росту пользователей интернетом. **На начало 2012 года веб-аудитория в России составила 70 млн человек** (общая численность населения РФ - 142,9 млн чел.). Интернетом пользуется 58% россиян, а ежедневно - 38%. Ежемесячно выходят в Сеть 57,8 млн пользователей. Прирост интернет-аудитории в последнее время происходит за счет людей старшего возраста и пенсионеров – 31% аудитории старше 45 лет и это «взросление» отмечается не только в России, но и во всем мире.

Аудитория интернета растет главным образом за счет регионов: более 93% новых пользователей живут за пределами Москвы и Санкт-Петербурга. Активнее всего всемирная сеть распространяется в селах: за год количество пользователей здесь увеличилось на 33%. Для сравнения: в столицах рост составил всего около 6%. Вероятно, эта тенденция сохранится и в будущем.

Врачи в интернете

Врачи являются частью общества, они также активно используют интернет в своей как повседневной, так и профессиональной жизни.

В апреле 2011 года в 21 городе проводилось исследование, которое суммарно охватило 2780 врачей 6 специальностей (терапевты, кардиологи, неврологи, гастроэнтерологи, дерматологи и урологи). Постоянным основным источником информации интернет считают 18% от всех опрошенных врачей.

Среди врачей 6 специальностей наибольшая доля пользователей интернета – среди урологов: 67% всех урологов, опрошенных в апреле 2011-го, сказали, что используют интернет, что на 20% выше соответствующего показателя трехлетней давности. Среди гастроэнтерологов интернетом пользуются 63% специалистов, среди неврологов – 62%. Несколько ниже доля врачей, использующих интернет, среди терапевтов – 52%, однако и среди них также наблюдается последовательный рост доли пользователей (см. рис.1).

Пациенты в интернете

Заинтересованность пользователей интернета проблемами урологии тоже неуклонно растет. Так, например, в январе 2010 года число уникальных пользователей, которых интересовали вопросы урологического здоровья, составило 1 000 000 человек за 1 месяц. Эта цифра растет вместе с ростом общей аудитории и на май 2012 года составила около 1 400 000

человек/месяц. Всех посетителей урологических интернет-ресурсов объединяет интерес к собственному здоровью и здоровью своих близких, т. е. все они – наши потенциальные пациенты!

10 причин пользоваться интернетом:

1. Возможность получения самых «свежих» профессиональных новостей;
2. Возможность получения абстрактов из ведущих мировых урологических изданий;
3. Возможность получения видеоинформации – веб-кастов, видеороликов операций, клинических случаев;
4. Возможность просмотра трансляции конференций, конгрессов, мастер-классов;
5. Возможность просмотра «живой» хирургии в прямой трансляции и/или записи;
6. Возможность участия в мероприятиях с коллегами из других стран;
7. Возможность участия в дистанционном профессиональном образовании;
8. Возможность получения информации об образовательных циклах;
9. Возможность консультирования пациентов;
10. Возможность общения с коллегами на форумах, публикацийкомментариев к опубликованным материалам, участия в профессиональном общении.

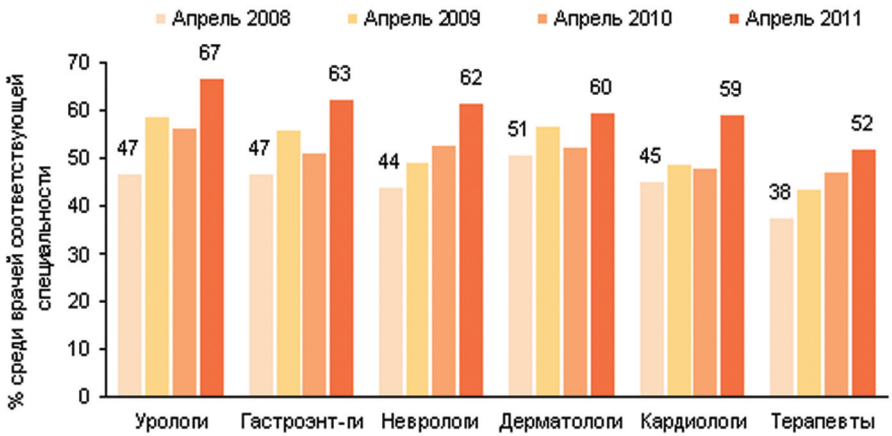
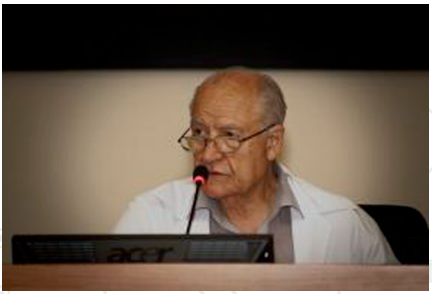


Рис.1 Количество врачей различных специальностей, использующих в своей работе интернет.

Я люблю тебя, жизнь…

«Велик тот, кто дал направление»
Фридрих Вильгельм Ницше



Как-то не принято у нас величать «великими» ныне здравствующих коллег. А ведь есть среди нас действительно достойные этого звания. Знакомьтесь: выдающийся врач, ученый с мировым именем и легендарная личность Анатолий Георгиевич Пугачев, заслуженный деятель науки Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник НИИ урологии Минздрава РФ. Кстати, доктором наук он стал в 33 года, а в 34 – профессором. Это при его активнейшем участии создавалась в нашей стране детская урология: сначала отдел детской урологии в НИИ педиатрии АМН СССР, а позже – в НИИ урологии Минздрава построен уникальный 11-этажный корпус детской урологии. Созданная А.Г. Пугачевым школа пользуется заслуженным авторитетом не только в нашей стране. Его ученики руководят кафедрами, НИИ, отделениями детской хирургии и урологии по всей России.

- Анатолий Георгиевич, как Вы пришли в медицину?

- Родился я в деревне, что находится в Егорьевском районе Московской области, в 1929 году. В моей семье не было медицинских работников. Отец – инженер-строитель, мать – домохозяйка. В школьное время сначала меня привлекала профессия дипломата, но победила – медицина. И причиной тому была Великая Отечественная война: бомбежки, пожары, голод, трупы на улицах, раненые в госпиталях. Именно в госпиталях, где мы с другими детьми выступали перед ранеными, участвовали в перевязках, помогали инвалидам, я понял - мое место в хирургии. Поэтому в 1947 году поступил во 2-й Московский медицинский институт на лечебный факультет (конкурс был очень большой –30 заявлений на 1 место). С третьего курса работал в студенческом хирургическом кружке, дежурил с врачами по скорой хирургической помощи, выполнял свою первую научную студенческую работу, опубликованную в сборнике научных работ студентов института.

- Теперь Вы - профессор, нынешние студенты отличаются от ваших однокашников?

- Безусловно. Послевоенное время было тяжелым. Студенты того периода отличались большим трудолюбием, я бы сказал, страстью к получению медицинских знаний, высоким патриотизмом, коллективностью, человечностью, крепкой дружбой. Мы работали на стройках, помогали собирать урожай в колхозах. Конечно же, нынешние студенты сильно отличаются от нас. Но они и живут в других условиях, в эру новых технологий, связи, интернета, имеют совсем другое материальное положение. Эти факторы влияют на характер, интересы, политическую грамотность, патриотизм... Появился меркантилизм... Да и качество подготовки медицинских специалистов, по-моему, значительно снизилось.

- Свою медицинскую деятельность Вы начинали как детский хирург и достигли на этом поприще значительных результатов. Почему же выбрали все же детскую урологию?

- Занимаясь в студенческом хирургическом кружке, постоянно работая в свободное время в хирургическом корпусе кафедры общей хирургии, я мечтал быть общим хирургом. Но... судьба распорядилась по-другому. С 3-го курса я был секретарем комитета ВЛКСМ института (секретарем парткома в этот период был Ю.Ф. Исаков – ассистент кафедры детской хирургии, в последующем академик АМН СССР). Именно ему поручил член-корр. АМН СССР профессор Терновский С.Д., бывший в то время заведующим кафедрой, подобрать кадры из числа студентов, стремящихся стать хирургами. Наряду с другими студентами в это число попал и я. Вначале был клиническим ординатором, потом аспирантом, защитил кандидатскую диссертацию в 1957 году, стал ассистентом кафедры.

В своей работе я уделял большое внимание хирургии новорожденных и грудных детей, а также детской урологии. В нашей стране тогда эти разделы практически даже не разрабатывались.

Строительство нового здания института педиатрии СССР потребовало создания в нем первого в истории института отдела детской хирургии, куда я был приглашен в качестве заведующего. На этом этапе своей деятельности я получил опыт руководства научными и педагогическими кадрами не только своего отдела, но и медицинских педиатрических учреждений страны. Многопрофильность института заставила меня расширить объем научно-практической и хирургической деятельности по многим специальностям–гематология, пульмонология, гастроэнтерология, неврология, и, конечно, урология.

Последнему направлению я уделял особое внимание. Большое число научных статей, 4 монографии, доклады на съездах, конференциях, способствовали росту моего авторитета. Главный редактор журнала «Урология» член-корреспондент АМН СССР профессор А.Я. Пы-

тель ввел меня в состав редколлегии журнала, в котором я работал более 30 лет. Все это явилось основанием для академика АМН СССР Н.А. Лопаткина пригласить меня для работы в создаваемый в стране НИИ урологии.

- Какие проблемы современной урологии вы считаете наиболее актуальными?

- С позиции организации урологической помощи в стране необходимо четко определить статус головного института страны – НИИ урологии, возложив на него основные обязанности по научному планированию, повышению качества урологической помощи, методическому обеспечению. Для этого необходимо восстановить опыт советского здравоохранения – организация при институтах крупных методических отделов, которые будут являться, по сути, внештатными подразделениями МЗ и будут тесно связаны с Министерством здравоохранения и социального развития по урологии. Это позволит усилить контроль над организацией урологической помощи населению страны, вести статистическую обработку данных о распространенности заболеваний, летальности и т. д., определять «узкие» места в организации урологической помощи, избегать дублирования научных исследований и т. д.

На мой взгляд, необходимо увеличить число совместных региональных практических конференций, значительно расширить число крупных научных исследований с НИИ АМН и АН России, а также с зарубежными научно-практическими учреждениями.

Ну и, конечно же, особое внимание надо обратить на глубокие фундаментальные исследования в области этиологии и патогенеза урологических заболеваний, на поиск инновационных методов диагностики и лечения, на исследование компенсаторных процессов организма и пораженного урологическим заболеванием органа (особенно важно детского организма), профилактику урологических заболеваний, создание современной системы диспансеризации населения и ранней диагностики урологических болезней и т. д.

- Сегодня у Вас много учеников, а кого Вы считаете своими учителями?

- Их много. Своими учителями в хирургии я считаю таких крупных отечественных хирургов, как академик АМН СССР В.И. Стручков, академик В.С. Савельев, академик АМН СССР Ю.Ф. Жаков и многих других. Но самым близким, который стал истинным учителем и в хирургии, и в становлении моего научного мышления – профессор С.Я. Долецкий.

- Вами подготовлено 17 докторов, 61 кандидатов медицинских наук по разделам урологии и хирургии. Издано 25 руководств и монографий, более 800 печатных работ. Создана школа. Каким главным качествам – профессиональным и человеческим - Вы

стремитесь научить своих учеников?

- Я стремился воспитать в них порядочность, честность (в том числе, в науке), самокритичность, доброту, интеллигентность, стремление не останавливаться на достигнутом, быть патриотом своего медицинского учреждения и страны.

- Какие события в Вашей жизни Вы считаете наиболее значимыми, важными?

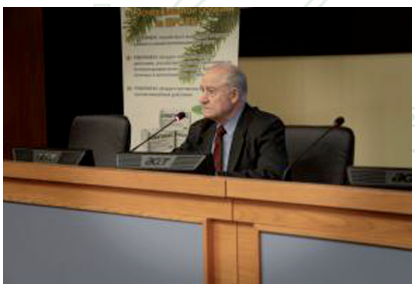
- Победу СССР в Великой Отечественной войне, которая спасла мир от фашизма. Для себя лично считаю важным создание своей медицинской школы, двух крупнейших научных центров – отдела детской хирургии в НИИ педиатрии и отдела детской урологии в НИИ урологии, и введение в строй первого крупнейшего в Европе корпуса детской урологии в структуре НИИ урологии.

- Что бы Вы изменили в своей жизни, если бы была такая возможность?

- Вопрос философский. Большую часть жизни я уже прожил. Анализируя это время, убежден, что я прожил ее не зря. Не надо ничего менять. Жизнь учит многому. Надо только правильно оценивать свои действия и способности в этой жизни. Мой тезис: «Я люблю тебя, жизнь, и надеюсь, что это взаимно». Так мечтаю жить и дальше.

Материал подготовила
уролог В.А. Шадеркина

Заседание МОУ



Заседание МОУ

Бурная дискуссия с коллегами

Врачебные ошибки и ошибки врачей

Паевский А.

Одна из самых частых тем, которые возникают в связи с здравоохранением (причем – не только с российским) ,– это тема врачебных ошибок. Эти два слова – "врачебная ошибка" – так давно и так неразрывно связаны между собой, что может показаться, что они прочно вошли в юридическую практику.

Однако на самом деле термина "врачебная ошибка" мы не найдем ни в Уголовном кодексе, ни в кодексе Гражданском. Более того, автору статьи доводилось читать сетования юристов по поводу того, что сами врачи выдумывают новые сущности, запутывая юридическую практику.

И действительно: на самом деле термин "врачебная ошибка" введен в мировую практику нашим соотечественником, великим хирургом Николаем Пироговым:

"Я всегда считал… своим священным долгом откровенно рассказать читателям о своей врачебной деятельности и ее результатах, так как каждый добросовестный человек, особенно преподаватель, должен иметь своего рода внутреннюю потребность возможно скорее обнародовать свои ошибки, чтобы предостеречь от них других людей, менее сведущих".

Поэтому, когда мы говорим о врачебной ошибке, давайте определимся с терминами.

Врачебной ошибкой стоит называть ошибки, за которые врач не несет и не должен нести ни уголовную, ни материальную ответственность. То есть это решение, действие, назначение врача, которое было направлено на лечение пациента, но привело к ущербу для последнего. При этом действия врача не связаны с его некомпетентностью, невежеством, халатностью или невнимательностью. То есть считается, что любой врач этой специальности и этой квалификации поступил бы сходным образом.

Ведь сама суть любых медицинских действий предполагает причинение определенного вреда здоровью, и вопрос соотнесения вреда и пользы всегда встает перед лечащим врачом – тем более что возможности медицины не безграничны.

Если исходить из этого

определения, врачебная ошибка может иметь только научное (медицинское) значение – как и предполагал Пирогов, даже отрицательный результат становится опытом, который будет учтен в дальнейшей практике.

К сожалению, **очень часто в реальной юридической практике путают врачебные ошибки и ошибки врачей.** По крайней мере, очень часто родственники пациентов или сами пациенты, разочарованные в результате лечения, полагают, что если лечение не помогло, то в этом в любом случае виноват врач.

К примеру, «запущенность заболевания за его невыявленностью и нелеченностью истолковывается пациентом как пренебрежение своевременностью оказания медицинской помощи, т. е. как врачебное упущение, повлекшее наступление вреда». В итоге – у пациента всегда виноват врач, и все чаще в производство запускаются связанные с «якобы врачебными ошибками» уголовные и гражданские дела.

Иски и уголовные дела

Как уже отмечалось, в Уголовном кодексе не существует понятия «врачебная ошибка». Да и случай, который мы описали как «врачебная ошибка», с точки зрения Уголовного кодекса не является преступлением. Однако уголовных дел по поводу профессиональной деятельности врачей возбуждается много (отметим, кстати, что уголовные дела против медработников прекращаются в 70% случаев). Какие же статьи применяются к врачам в реальной уголовной практике?

Вот три наиболее близких к «врачебной ошибке» статьи Уголовного кодекса:

Ст. 109, часть 2 – Причинение смерти по неосторожности.

Статья применяется, если врач не выполнил все положенные нормативными актами и общепринятой практикой действия и это привело к смерти больного.

Ст. 118, часть 2 – Причинение тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей.

Аналогичная ситуация с правоприменением ст. 109, но не приведшее к смерти, а лишь к нанесению вреда здоровья.

Ст. 124 – Неоказание помощи больному.

Эта статья применяется, если к врачу обратился пациент, врач сказал, что «все в порядке» и упустил заболевание (травму, повреждение), которое в итоге привело к смерти и тяжким последствиям. Но только в том случае, если суд счел, что врач в тех условиях, в которых он работал, мог диагностировать проблему, либо врач не мог диагностировать проблему, но своим «диагнозом» ввел пациента в заблуждение.

Чуть менее близкое отношение к теме врачебной ошибки имеют следующие статьи:

Ст. 122 (Заражение ВИЧ-инфекцией);

Ст. 123 (Незаконное производство аборта);

Ст. 235 (Незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью).

Разумеется, подается множество гражданских исков, в которых требуется возмещение материального и морального вреда, который, по мнению истца, наступил вследствие действия или бездействия врачей.

Все это приводит к появлению так называемой оборонительной медицины, главная задача которой – не вылечить больного, а, выражаясь обывательским языком, максимально «прикрыть» врача. То есть назначаются максимально большое количество дополнительных консультаций, диагностических процедур, дополнительное лечение – в рамках существующих протоколов и стандартов. И опять же сложно обвинять в этом только врачей.

Такая тенденция особенно развита в США. Опрос показал, что 79% американских врачей сами повинились в назначении большего количества процедур, чем это необходимо, а 91% обвиняют в этом своих коллег.

Установление истины

Для того чтобы разобраться как в уголовных, так и в гражданских исках, требуется эксперт. У нас обычно обращаются в судебно-медицинскую экспертизу, но здесь все очень многое зависит как от уровня самой экспертизы, так и от вопросов, которые перед ней ставятся.

К примеру, часто приводится случай, когда судмедэксперт сделал вывод о виновности косметического хирурга, всего лишь изучая при помощи лупы две фотографии из паспорта пострадавшей – до и после операции.

А вот что пишет по этому поводу юрист:

«За рубежом, по крайней мере в странах англо-американской системы права, в правоприменительной практике принят так называемый test for negligence (тест на неосторожность). Чтобы установить, было ли лицо неосторожно, применяется критерий благоразумности. Суд задается вопросом, как поступил бы благоразумный человек, окажись он в тех обстоятельствах, в которых находился ответчик. Благоразумным признается лицо среднего интеллекта, познаний и умудренности. Выясняется, как поступил бы не безрассудный, но человек, отдающий себе отчет в возможных опасностях и предпринимающий необходимые предосторожности, чтобы от них защититься. В качестве такового привлекается специалист сравнимых навыков, знаний, умений.

Такие же возможности предоставлены российским законодательством. На основе положений ст. 401 ГК суд может установить степень заботливости и осмотрительности (в том числе в отношении прогнозируемых вредных последствий медицинской помощи), проявленной работником ответчика (ст. 402 ГК) в конкретных обстоятельствах, пригласив в заседание и заслушав (получив

письменные сведения) в качестве мнения (консультации, пояснения) специалиста врачей той же специальности и такого же опыта. Такие доказательственные факты в цепи подтверждения или опровержения друг друга позволяют либо сформировать необходимые и достаточные доказательства, либо прибегнуть к судмедэкспертизе, но уже со сложившимся пониманием существа фактических обстоятельств и объема, содержания и алгоритма оценки ее выводов».

Промежуточные итоги

Тем хаосом, который возник в связи с «врачебными ошибками» в российской практике, мы обязаны, конечно, полному изменению общественных отношений после распада СССР. В связи с этим, конечно, меняется уклад жизни, меняются законы, мы пытаемся применить опыты разных западных стран, которые давно уже прошли стадию формирования юридического поля.

Что же делать врачу, кроме постоянного повышения собственного уровня знаний и умений?

Во-первых, четко знать действующие рекомендации и протоколы.

Во-вторых, информировать пациента о своих действиях и получать информированное согласие.

В-третьих, если случился все-таки судебный инцидент, нужно активно участвовать в процессе, участвовать в формировании грамотных запросов экспертам. Ведь, как ни странно, чем больше будет проведено квалифицированных процессов, связанных с врачебной деятельностью, тем быстрее сформируется российская юридическая медицинская традиция, которой в Советском Союзе просто не существовало.

Место встречи – Прага

О, Прага, ты - вина глоток!
Стократ повторено и спето,
Не потускнеет имя это,
Как вздох любимой, как зарок.
(ЯРОСЛАВ СЕЙФЕРТ, «Венок сонетов»)

Неповторимая атмосфера и романтика, дух средневекового города, которые манят и поражают воображение своей неповторимой красотой и волшебством, сыграли большую роль в том, что с 30 сентября по 5 октября 2012 года в Праге (Чехия) прошел 10-й юбилейный курс EUREP. Участие в курсе приняли более 300 резидентов-урологов со всех стран Европы.

Европейская образовательная программа по урологии (EUREP) была создана для резидентов-урологов, которые обучаются на последних курсах резидентуры по урологии. EUREP создан и проводится Европейской Школой урологии, которая является структурным подразделением Европейской Ассоциации урологов (EAU) и берет на себя все затраты по проезду и проживанию резидентов в рамках программы EUREP.

Программа курса включает в себя лекции и семинары по всем областям современной урологии. Лекции читают самые известные лекторы Европы, в 2012 году это были:

G.Ahlgren, Malmö(SE), T-E Bjerklund Johansen, Aarhus(DK), G.Bogaert, Leuven(BE), N.Buchholz, London(GB),E.Chartier-Kastler, Paris(FR), F.Cruz, Porto(PT), G. Dohle, Rotterdam(NL), M.Drake, Bristol(GB), A.Govorov, Moscow(RU),O.Hakenburg, Rostock(DE), P. Hammerer, Braunschweig(DE), K.O'Flynn, Manchester(GB), J.Palou, Barcelona (ES), C.Radmayr, Innsbruck(AT), P.Radziszewski, Warsaw(PL), V. Ramani, Manchester(GB), O.Traxer, Paris(FR), L.Turkeri, Istanbul(TR), J. Van Moorselaar, Amsterdam(NL), E. Wespes, Brussels(BE).

Состав преподавательского состава меняется каждые 5 лет, кроме того, резиденты оценивают качество лекции и на основании этого преподавателя могут сменить ранее, чем через 5 лет.

Программа EUREP включает в себя 5 модулей:

- Рак органов мочеполовой системы, кроме простаты
- Рак простаты и ДГПЖ
- Андрология, МКБ и эндоурология
- Функциональная урология
- Детская урология, травма и ИМП

Лекции начинались в 9.00 утра и длились до 18.00 всем участникам доклады предоставлялись в печатном варианте.

Кроме лекций, каждый участник мог пройти тренинг по лапароскопии под руководством ведущих лапароскопических хирургов Европы. Сложность тренинга варьировала от степени подготовки

резидентов и включала в себя или выполнение простейших лапароскопических манипуляций или же более сложные упражнения.

Программа курса произвела на меня огромное впечатление. Сложно представить, как можно рассказать о большей части вопросов урологии в течение всего лишь 6 дней. Но лекторам это удалось блестяще - лекции читались в интерактивном режиме, в любой момент лектор мог поинтересоваться мнением о вопросе резидентов, преподаватели представляли достаточно большое количество клинических случаев и активно обсуждали их с аудиторией.

В последний день курса участники могли сдать письменную часть экзамена EBU. К сожалению, граждане Российской Федерации не были допущены к прохождению этого тестирования.

Организаторами была создана уникальная атмосфера обучения студентов и общение их с преподавателями из разных стран. Во время кофе-брейка или обеда можно просто пообщаться с ведущими урологами Европы и мира, задать интересующие вопросы, договориться о прохождении стажировки, обсудить возможность проведения совместных исследований.

В 2012 году из России было 8 участников, из стран СНГ – всего 14 человек, что, конечно,очень мало по сравнению с делегациями других стран.

Социальная программа курса была не менее насыщенной, чем научная. Все участники были приглашены на BBQ, где делегации каждой страны пели песни караоке на языке своей страны. Кроме того, преподаватели каждой страны приглашали членов всей делегации на ужин. Конечно, лучше один раз увидеть, что сто раз услышать. Заявки на следующий курс EUREP можно будет подавать уже в январе 2013 года.

Материал подготовила врач, детский уролог-андролог Гарманова Т.Н (ФГБУ «НИИ урологии» МЗ РФ)

Обучение на симуляторах

Участники EUREP

Проблема здоровья мальчиков в современной России

Шадеркина В.А., Болотова Е.В.

В настоящее время во многих регионах мира половое здоровье мальчиков во многом отстает от здоровья девочек. Некоторые врачи связывают эту проблему с тем, что андрология – официально еще совершенно новая отрасль медицины, и многие родители не знают о существовании таковой или, если знают, стесняются показывать своих сыновей этим специалистам.

Такая тактика приводит к печальным последствиям: по статистике Минздравсоцразвития РФ, **аномалии развития половых органов у мальчиков встречаются в 10 – 15% случаев**, что впоследствии приводит к тому, что каждый четвертый мужчина активного возраста в России страдает половыми расстройствами. Надо сказать, что **67% от общего числа всех урологических операций в нашей стране приходится на операции по поводу заболеваний или врожденной патологии половых органов мальчиков от 3 до 15 лет, причем в 30% случаев эти операции выполняются в экстренном порядке.**

Подавляющее число мужчин в нашей стране из-за сильной занятости, а чаще – особенностей характера, достаточно редко жалуются на те или иные недомогания, и их сыновья, стараясь копировать поведение отцов, начинают вести себя подобным образом. Соединяясь с невниманием родителей, мальчик-подросток не обращается вовремя к специалисту – андрологу, и результатом этого становится порой абсолютно неэффективная борьба с мужским бесплодием, нарушением потенции и другими немаловажными проблемами в интимной сфере.

В настоящее время в России частота андрологических заболеваний достигает 13 – 56% от числа общих заболеваний мальчиков 14 - 17 лет, а 2,2% юношей нуждаются в оперативном лечении. **В структуре андрологической патологии у мальчиков всех возрастов первое место занимают синехии (39,0%), второе - варикоцеле (33,6%), третье - фимоз (17,8%).** Кроме того, имеют место такие заболевания, как гидроцеле, крипторхизм,

гипоспадия, короткая уздечка, баланопостит, кисты различной локализации, а также сопутствующие пахово-мошоночные грыжи, которые также могут влиять на репродуктивную и сексуальную функции будущих отцов, однако доля всех их составляет всего 9,6%.

В последние 10-15 лет стали часто диагностировать нарушение динамики развития половой функции (задержка полового развития). Неблагоприятная тенденция наблюдается и по части инфекционных заболеваний. У подростков, начиная с 15 лет, практикуются случайные половые связи, после которых обнаруживается не только хламидиоз и другие ЗППП, но и венерические заболевания (сифилис, трихомониаз, гонорея). Не зная симптомов заболевания и причин его появления, подростки предпочитают использовать методы самолечения, которые черпают из интернета и со слов друзей. Однако, по статистике, наличие во всемирной сети сайтов, несущих правдивую и достоверную информацию о лечении и симптомах тех или иных заболеваний, передающихся половым путем, насчитывается менее 14%! И уж тем более **ни один врач, осуществляющий консультации пациентов в интернете, не будет назначать лечение венерических заболеваний заочно.**

Руководитель научно-практического центра детской андрологии, член-корреспондент РАЕН, профессор, врач-андролог **Дмитрий Тарусин** утверждает, что львиная доля заболеваний мальчиков от 14 до 17 лет состоит в заболеваниях крайней плоти, которые возникают из-за отсутствия сформированных гигиенических навыков. По его словам, в 60% проведенных исследований, с точки зрения андрологии, у мальчиков-школьников наблюдаются нарушения репродуктивной функции организма. Причины этого совершенно разные, прежде всего именно то, что раннее сексуальное развитие мальчика ни к чему хорошему однозначно не приводит. Немалую роль в этом играют и известные пороки общества, такие как наркомания, курение и алкоголизм подростков.

Несмотря на то что проблема репродуктивного здоровья мальчиков в России существовала всегда, должного внимания со стороны родителей, как правило, так и не уделяется. А тем временем невыявленная в детстве патология в будущем приводит к бесплодию и нарушению потенции. По статистике, причиной бесплодия у мужчин в 64% случаев являются различные болезни половой системы, не устраненные в раннем возрасте.

Таким образом, мальчикам рекомендуется не реже раза в год проходить регулярный профилактический осмотр у детского уролога-андролога. Это возможность избежать проблем со здоровьем половой и репродуктивной систем в будущем.

Проблема полового воспитания мальчиков в современной России

Шадеркина В.А., Болотова Е.В.

В настоящее время в России складывается весьма неблагоприятная ситуация со здоровьем и благополучием детей, основными причинами которой являются отсутствие необходимых знаний в сфере здоровья, неспособность учителей и родителей оказать помощь и ответить на вопросы, возникающие перед каждым подростком, весьма малая нравственная устойчивость в сфере межполовых отношений.

Что касается последнего, то проблема полового воспитания в целом стоит особенно остро: согласно данным ВЦИОМ, **примерно 2/3 подростков вступают в половые связи в возрасте 14 - 15 лет.** Этому немало способствует огромное количество разрозненной информации порнографического характера в Сети и средствах массовой информации.

Но проблема раннего вступления в половые связи – это проблема мирового масштаба. И если, например, в Скандинавских странах в средних учебных заведениях существует такой предмет, как «психология полового воспитания», то в России о необходимости его введения в школьные курсы ходят только разговоры. Вообще речь о необходимости создания такого предмета в школьном обучении шла еще 50 лет назад, когда говорить «об этом» вообще было не принято. Но за много лет так ничего и не изменилось.

По сей день проблемой полового воспитания в нашей стране никто по-настоящему не занимается. Со стороны государства нет практически никаких интересов и санкций, а возмущенное общество не в состоянии противопоставить что-либо серьезное порнобизнесу и насилию. Ни родители, ни воспитатели, ни педагоги не знают, как себя вести в сложных ситуациях. **Если 15 лет назад, по статистике, в половые отношения вступали только 43,7% мальчиков от 14 до 18 лет, то в прошлом году эта цифра выросла до 70,5%! Это повод забить тревогу.**

Отсутствие грамотного и этичного полового воспитания в большинстве семей в настоящее

время приводит к приводит к наблюдаемому ныне высокому проценту незащищенных половых связей в среде подростков, нежелательных беременностей школьниц, венерических заболеваний и т. д.

Однако если с девочками о половом воспитании мамы все-таки ведут разговоры, то с мальчиками в 77% семей подобные разговоры вовсе отсутствуют. А, как известно, половое воспитание мальчика должно являться частью воспитательного процесса, который обеспечивает развитие личности ребенка как представителя сильного пола. И отсутствие всего этого приводит к вполне объяснимым печальным последствиям: полная либерализация, свобода СМИ и доступа в интернет, тенденции современной моды и ценности массовой культуры подпитывают и без того свойственный юношам интерес к вопросам секса и сексуальности, создают ощущение абсолютной сексуальной дозволенности.

Многочисленное количество порнографии в интернете, а также рекламы подобного рода, которая носит порой весьма жестокий и навязчивый характер, достаточно негативно сказывается на половом воспитании мальчиков и нередко провоцирует их вступать в ранние половые связи. Многие юноши, становясь агрессивными, начинают воспринимать порой жестокое поведение взрослых из различных фото- и видеопорносайтов как норму, в связи с чем нередко у многих юношей создается ложное представление о взаимоотношениях между мужчиной и женщиной в связи с многочисленными сексуальными извращениями, которые буквально наполняют Всемирную сеть. Это приводит к постоянным фактам изнасилования - согласно статистике, **более 30% случаев изнасилования девочек от 12 до 16 лет совершается мальчиками-ровесниками.**

Весьма важна роль полового воспитания юношей и в семье. С раннего детства мальчик берет пример с отца, подражая ему и репетируя свою половую роль в будущем. Для девочки образцом поведения служит ее мать. А отношения между родителями являются примером взаимоотношений полов. Чем дольше родители оберегают детей от соприкосновения с интимной стороной жизни, тем больше вероятность эмоционального потрясения и отвращения к отношениям между мужчиной и женщиной, о которых ребенок узнает в результате так называемой уличной науки. Нередко это приводит к весьма тяжелым последствиям: по данным исследований, **в 2007 году 10,5% несовершеннолетних девочек оказались беременными от юношей-ровесников.** Поводом этого служит также и отсутствие знаний о методах современной контрацепции либо в некотором роде стеснение их приобретать в надежде, что все обойдется.

Нужно сказать и о том, что запреты на ведение половой жизни в период сексуальной актив-

ности у многих несовершеннолетних мальчиков могут быть причиной девиантного поведения. По данным американских исследователей, высокий уровень сексуальной активности юношей нередко сочетается с кражами, угонами транспорта,бессмысленными разрушениями, алкоголизацией, наркотизацией. Известный сексолог И.С. Кон отмечал, что все эти действия могут быть проявлением эмансипационных реакций, своего рода знаками самостоятельности, а там, где подростково-юношеская сексуальность не находится под особо жестким запретом, ее связь с девиантным поведением ослабевает.

В настоящее время в некотором роде бедой в половом воспитании подростков является и то, что не существует никакого контроля со стороны государственных структур. **В нашей стране не принято никаких официальных законов, которые бы каким-либо образом контролировали и воспитывали сексуальное поведение подростков.** В настоящий момент согласно статье 134 Уголовного кодекса РФ субъектом преступления, совершенного в виде полового акта (а в подавляющем числе это именно лица мужского пола), является лицо, достигшее 18-летнего возраста. Следовательно, стали частыми ситуации, когда мальчики до 18 лет, вступившие в половые отношения (особенно с применением насилия) со сверстницами или даже девочками младшего возраста, практически не несут никакой ответственности перед законом. Во многих случаях именно безнаказанность и чрезмерная агрессивность заставляют мальчиков, не достигших совершеннолетия, вступать в половые связи с ровесницами.

Таким образом, введение предмета о половом воспитании, какой-либо контроль со стороны государства и закона, а также беседы в семье о взаимоотношениях полов крайне необходимы для благополучного полового воспитания подростков.

Сегодняшние 16–17-летние подростки по половому поведению соответствуют 19–20-летним 60-х годов XX века. В наши дни сексуальная зрелость наступает на 2 – 3 года раньше, а вот эмоциональное созревание – замедляется. Проблемы полового воспитания было бы неправильно сводить только к сфере сексуальных отношений. Задачи полового воспитания охватывают весь круг проблем пола, половых различий и полового поведения. Сексуальное просвещение представляет собой неотъемлемый, но не единственный компонент полового воспитания.

Уроандрологические центры для подростков – где и для чего?

Шадеркина В.А., Болотова Е.В.

Несмотря на то что в настоящее время многие детские андрологи и урологи бьют тревогу в связи с большим количеством андрологических и урологических заболеваний у молодежи, в нашей стране насчитывается совсем немного детских уроандрологических отделений. Среди них наибольшей популярностью пользуются:

- детское уроандрологическое отделение при НИИ урологии (Москва);
- уроандрологическое отделение при НИИ педиатрии (Москва);
- уроандрологическое отделение детской городской больницы г. Ярославля;
- отделение уроандрологии детской клинической больницы г. Казани;
- городской подростковый центр «Юникс» в г. Барнауле;
- отделение уроандрологии детской областной больницы города г. Твери.

Первые два детских уроандрологических отделения находятся в Москве. **Деятельность детского отделения уроандрологии при НИИ урологии направлена на максимально эффективное лечение детей при минимальном сроке пребывания в больнице.** Дети здесь находятся в весьма комфортных условиях, а маленькие, как правило, госпитализируются вместе с родителями. На лечение принимаются дети не только со всей России, в том числе по квотам (когда лечение оплачивает государство), но и стран СНГ (на платной основе). При помощи современного диагностического оборудования и благодаря высокой квалификации сотрудников учреждения разработан индивидуальный подход к обследованию и лечению заболеваний мочеполовой системы и почек у детей. В отделении детской уроандрологии при НИИ урологии проводятся как стандартные, так и уникальные операции при заболеваниях мочеполовой системы.

Для обследования здесь широко используются магнитно-резонансная и компьютерная томографии и ультразвуковое обследование, которые помогают в кратчайшие сроки провести диагностику заболеваний как амбулаторно, так и стационарно. В данном отделении проводятся следующие виды операций: малоинвазивные безоперационные при пузырно-мочеточниковом рефлюксе, реконструктивно-пластические операции при заболеваниях верхних и нижних мочевых путей, уникальные одноэтапные операции по поводу гипоспадии и другие. При помощи лабораторной диагностики специалистами выполняется тщательный уродинамический контроль мочевыводящей системы у детей. Надо сказать, что в детском отделении уроандрологии НИИ урологии также практикуется безоперационное дробление камней в почках и мочевом пузыре. Важно, что после оперативных вмешательств по поводу мочекаменной болезни в НИИ урологии детей отправляют на санаторно-курортное лечение для полного восстановления организма.

В уроандрологическом отделении при НИИ педиатрии также лечат подростков с аномалиями органов мочеполовой системы, а также с различными острыми и хроническими заболеваниями почек и мочевыводящих путей. В клинике используются все современные методы лечения и диагностики заболеваний. Помимо всего прочего, в отделении уроандрологии ведется активная научная работа в этой области медицины.

Кроме столичных, достаточно известные детские уроандрологические центры существуют также в Казани, Твери, Барнауле и Ярославле.

Уроандрологическое отделение Ярославской детской областной больницы открылось сравнительно недавно, но пользуется большой популярностью: по статистике, здесь проводится более 700 операций в год. В отделении урологи-андрологи и хирурги лечат различные заболевания почек, мочевыводящих путей и половых органов у мальчиков как с помощью оперативных вмешательств, так и консервативно, проводятся специализированные обследования при уроандрологических заболеваниях в условиях отделения.

Отделение уроандрологии Казанской детской клинической республиканской больницы специализируется на лечении врожденной и приобретенной патологии почек и мочевыводящих путей, оперативном лечении при доброкачественных и злокачественных образованиях почек и мочевыводящих путей, лечении врожденной и приобретенной патологии наружных половых органов, а также лечении сосудистых аномалий.

Особенностью уроандрологического отделения детской областной больницы Твери является, прежде всего то, что здесь принимают на лечение и обследование детей не только из данной области, но и из других регионов России. В отделении лечатся и обследуются дети в возрасте от

одних суток до 18 лет с патологией половых органов у мальчиков, нарушениями мочеиспускания при помощи ультразвуковых, уродинамических и других методов диагностики заболеваний.

Особого внимания заслуживает **городской подростковый центр «Юникс» в Барнауле.** Целью данного центра является прежде всего, формирование у молодежи внимательного отношения к своему репродуктивному здоровью. В «Юниксе» ведут прием не только акушеры-гинекологи и андрологи, но и психологи, юристы, психотерапевты и подростковый врач общей практики. Здесь консультируют по вопросам здорового образа жизни и сексуальности не только самих подростков, но и родителей подростков, по поводу профилактики ЗППП и ВИЧ-инфекций, оказывают консультативную помощь при подборе контрацепции и вопросам планирования семьи. Миссия врача-андролога заключается в следующем: помощь как при инфекционных, так и неинфекционных заболеваниях юношей, аномалиях развития мужской половой системы, а также консультативная помощь по вопросам планирования семьи, современных методов лечения андрологических заболеваний.

Помимо вышеназванных, в данный момент детские уроандрологические отделения имеются также в больницах Амурской, Самарской и других областей России.

Областная детская клиническая больница г. Ярославль

Зав. отделением – Карташев Владимир Николаевич
Уроандрологическое отделение Детской областной клинической больницы г. Тверь

ФГБУ «НИИ урологии» Минздравсоцразвития России

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

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ УРОЛОГИЯ

ECUro.ru

Текущий номер
Архив
Редакционная коллегия
Редакционный совет
Издательский дом
Контактная информация
Информация для авторов
Для рекламодателей
Подписаться на журнал

Имя пользователя

Пароль

Вход в систему

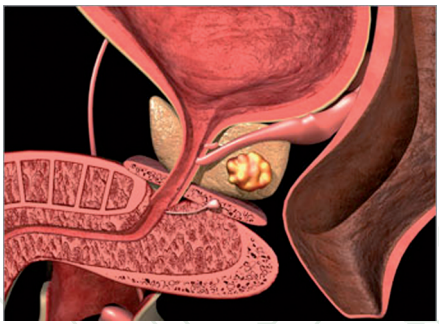
www.ecuro.ru
официальный сайт журнала

«Экспериментальная и клиническая урология»

Аккредитация ВАК
№ 22/49 от 25.05.12

© ECUro.ru — официальный сайт журнала "Экспериментальная и клиническая урология", 2009-2012 г
105425 Москва, ул. 3-я Парковая, д. 51, корп. 4

Заболеваемость и смертность от РПЖ – международные данные



Уровень показателей заболеваемости раком предстательной железы (РПЖ) и смертности от этого заболевания в мире характеризуется очень широким диапазоном. Целью исследования, проведенного международной командой исследователей из Американского общества по исследованию рака (American Cancer Society) стало выявление различий в способах диагностики и лечения рака, в генетических факторах и образе жизни в разных странах.

Авторы работы пользовались данными по заболеваемости и смертности от РПЖ по состоянию на 2008 год по оценке GLOBOCAN. Они также изучили заболеваемость РПЖ в 40 странах и смертность в 53 странах с 1985 года по 2008 год при помощи регрессионного анализа с использованием дополненной версии Cancer Incidence in Five Continents и базы данных смертности ВОЗ.

Расчетная частота встречаемости рака предстательной железы остается самой высокой в развитых регионах, включая Северную Америку, Океанию и Западную и Северную Европу. Смертность, как правило, выше в менее развитых регионах, включая некоторые части Южной Америки, Карибского бассейна и Африки южнее Сахары. Повышение уровня заболеваемости раком предстательной железы в последние десятилетия наблюдалось в 32 из 40 исследованных стран, в то время как тенденция к стабилизации отмечена в 8 странах. Напротив, уровень смертности при РПЖ снизился в 27 из 53 исследованных стран, в то время как увеличился в 16 и оставался стабильным в 10 странах.

ВЫВОДЫ:

Уровень заболеваемости раком предстательной железы увеличился почти во всех странах, представленных в этом анализе, за исключением нескольких стран с высокими доходами населения. С другой стороны, повышение уровня смертности от РПЖ произошло в основном в странах с низким, а снижение – в странах с высоким уровнем жизни.

Контрольные цистоскопии у пациентов с раком мочевого пузыря

Перед онкоурологами часто возникает вопрос – на протяжении какого времени нужно регулярно обследовать пациентов, получавших терапию бациллами Кальметта-Герена (БЦЖ) при мышечно-неинвазивном раке мочевого пузыря?

Американские ученые проанализировали данные о 542 пациентах с мышечно-неинвазивным раком мочевого пузыря, получавших БЦЖ-терапию в период с 1986 по 2003 гг. Из 542 пациентов у 204 (37,6%) рецидивы не наблюдались более 5 лет. Средний безопухолевый период составил 105,5 месяцев (60-252 месяцев).

Исследование ученых было ретроспективным и нерандомизированным, но неселективным и популяционным.

Согласно исходным данным, у 22 из 204 пациентов (10,8%) возник рецидив РМП после безрецидивного 5-летнего промежутка. По оценкам теста Kaplan-Meier, риск рецидива составил 12,5% на 10 лет и 20,5% на 15 лет. Среди пациентов с опухолями TaG1- TaG 2 до БЦЖ-терапии, 11 из 79 пациентов (13,9%) имели рецидивы, в том числе 3 пациента с инвазивным экстравезикальным ростом опухоли.

Среди рецидивов опухоли мочевого пузыря - семь опухолей TaG1s и одна карцинома (CIS). Среди 125 пациентов с TaG3/CIS/T1 до БЦЖ, у 11 пациентов (8,8%) были рецидивы, в том числе у 2 пациентов с инвазивными опухолями мочеточника. Рецидивы опухолей: одна T2, четыре CIS и четыре TaG1. Поздние рецидивы в 8,5 раз чаще встречаются среди пациентов с рецидивом опухоли до БЦЖ по сравнению с теми, кто получал терапию после удаления первичной опухоли.

Таким образом, авторами установлено, что **безрецидивный период в 5 лет после БЦЖ-терапии - хороший прогностический признак, но это не исключает возникновение рецидивов даже через 10 лет.** Ученые рекомендуют проводить цитоскопические наблюдения минимум 10-15 лет, по крайней мере, у пациентов с рецидивными опухолями и/или высокой степенью злокачественности до БЦЖ-терапии.

Современные стратегии вакцинации от рака простаты

Группа специалистов, представляющих отделение урологии госпиталя Лёвенского католического университета в Бельгии (Department of Urology, University Hospital, K.U. Leuven, Leuven, Belgium) провели метаанализ современных данных по изучению терапевтических вакцин против рака предстательной железы.

Исследовали проанализировали данные за 15 лет (с января 1995 по октябрь 2010 года) из трех библиографических баз данных. Их интересовали рандомизированные исследований стратегий вакцинации от рака предстательной железы фазы 2 и 3.

Целью работы стало изучение эффективности и безопасности применения вакцинации в лечении рака предстательной железы.

В поле зрения специалистов попали 13 рандомизированных исследований, три из которых относились к фазе 3. Их данные обсуждались в отношении эффективности и безопасности.

Три исследования фазы 3 (D9901, D9902A, и D9902B), в которые включены в общей сложности 737 пациентов, проверяли эффективность вакцины sipuleucel-T.

Самое крупное из этих трех исследований - IMPACT, продемонстрировало безопасность и эффективность sipuleucel-T в виде продленной выживаемости 512 бессимптомных пациентов с метастатическим кастрационно-устойчивым РПЖ.

Два других испытания фазы 3 с введением смеси клеток двух линий РПЖ по отдельности или в комбинации с химиотерапией были досрочно прекращены из-за отсутствия положительных изменений и увеличения смертности.

Тем не менее анализ данных показывает, что вакцины от РПЖ имеют меньшую токсичность по сравнению с имеющейся цитотоксической или таргетной терапией.

Авторы исследования считают, что терапевтические вакцины могут стать новой эпохой в лечении РПЖ, но объективную картину эффективности и безопасности каждой конкретной стратегии лечения могут дать испытания фазы 3, которая дает объективную оценку результатов.

Длительность андрогенной депривации в лечении рака предстательной железы

Международная группа ученых под руководством Michel Bolla (Гренобль, Франция) в содружестве с российскими учеными под руководством проф. О.Б. Карякина (Обнинск, Россия) сравнили результаты применения лучевой терапии с короткими курсами андрогенной депривации с применением лучевой терапии в сочетании с длительными курсами антиандрогенной терапии в лечении местно-распространенного рака предстательной железы (мрРПЖ).

Их всех пациентов с мрРПЖ (1113 человек) для участия в исследовании урологи отобрали 970 и разделили их на 2 группы: обе группы получали курс наружной лучевой терапии в сочетании с 6-месячной андрогенной депривацией, потом одна группа прекратила получать всякое лечение (483 человека), а другая (487 человек) продолжила получать агонисты лютеинизирующего гонадотропин-релизинг гормона (диферелин) на протяжении еще 2,5 года. Средний период наблюдения составил 6,4 года.

За это время по разным причинам в первой группе умерло 132 пациента, во второй – 98. От рака предстательной железы количество умерших составило 47 пациентов в первой группе и 29 – во второй.

Пятилетняя смертность в группах составила 19% и 15,2%, соответственно. У пациентов обеих групп наблюдались побочные эффекты в виде повышенной утомляемости, снижения сексуальной функции, «приливов». Однако они не стали причиной прекращения лечения.

На основании полученных данных урологи сделали вывод, что в лечении местно-распространенного рака предстательной железы комбинация лучевой терапии и кратковременной андрогенной депривации (6 месяцев) уступает по показателю общей выживаемости комбинации лучевой терапии и длительной андрогенной депривации в течение 3 лет.

Исследование было опубликовано N Engl J Med 2009;360:2516-27 под номером NCT00003026.

Сочетание лучевой терапии и длительной трехлетней андрогенной депривации агонистами ЛГРГ (диферелин) улучшает общую выживаемость у пациентов с местно-распространенным раком предстательной железы.

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ДИФЕРЕЛИН®

РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР:
Диферелин® 3,75 мг: П №011452/01 от 13.08.2010;
Диферелин® 11,25 мг: ЛСР-005557/08 от 17.07.2008.
ТОРГОВОЕ НАЗВАНИЕ: Диферелин®
МЕЖДУНАРОДНОЕ НЕПАТЕНТОВАННОЕ НАЗВАНИЕ:
Трипторелин (Triptorelin)
ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА: лиофилизат для приготовления суспензии для внутримышечного введения пролонгированного действия 3,75 мг или 11,25 мг.
ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГРУППА: противоопухолевое средство, гонадотропин-рилизинг гормона аналог.
КОД АТХ: L02AE04
ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА:
Фармакодинамика:
Трипторелин является синтетическим декапептидом, аналогом природного гонадотропин-рилизинг гормона (высвобождающего гонадотропин). После короткого начального периода стимуляции гонадотропной функции гипофиза трипторелин подавляет секрецию гонадотропина и, соответственно, функцию яичек. Постоянное применение препарата снижает секрецию тестостерона, концентрации которого могут достигать показателей, которые наблюдаются после хирургической кастрации.
ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:
Рак предстательной железы.
Рак предстательной железы с метастазами.
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:
Повышенная чувствительность к Диферелину® или другим аналогам гонадотропин-рилизинг гормона. Гормононезависимый рак предстательной железы, состояние после орхидэктомии.
С осторожностью – при остеопорозе.
СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ:
Препарат вводят только внутримышечно.
Рак предстательной железы:
Диферелин® вводится в дозе 3,75 мг каждые 4 недели или 11,25 мг каждые 3 месяца длительно.
ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ:
– Аллергические реакции, такие как крапивница, сыпь, зуд и очень редко отек Квинке.
– Описаны несколько случаев тошноты, рвоты, увеличения массы тела, артериальной гипертензии, повышенной эмоциональной лабильности, нарушения зрения, болей в месте инъекции и повышения температуры тела, ощущения «приливов».
– Длительное применение аналогов гонадотропин-рилизинг гормона может привести к деминерализации костей и является возможным фактором риска развития остеопороза.
– У мужчин – снижение потенции, опухание и болезненность грудных желез. В начале лечения больные раком предстательной железы могут испытывать временное усиление болей в костях, пораженных метастазами (лечение симптоматическое). Отмечаются отдельные случаи непроходимости мочеточников и симптомов, связанных с компрессией метастазами спинного мозга (проходят через 1–2 недели). Также в этот период может наблюдаться временное повышение активности кислой фосфатазы в плазме крови.
УСЛОВИЯ ХРАНЕНИЯ:
При температуре не выше +25^0 С в недоступном для детей месте.
СРОК ГОДНОСТИ: Диферелин 3,75 мг – 2 года, Диферелин 11,25 мг – 3 года.

IPSEN ONCOLOGY
Ипсен Фарма
Россия, 109147, Москва, ул. Таганская, 19
Тел.: +7 (495) 258 5400. Факс: +7 (495) 258 5401
E-mail: ipsen.moscow@ipsen.com

Диферелин® 3,75 мг 11,25мг
трипторелин

Данный материал предназначен только для медицинских специалистов. Имеются противопоказания: обратитесь за консультацией к специалисту.
Диферелин 11,25 мг не предназначен для лечения детей.

Инфекционные осложнения после биопсии предстательной железы. Данные европейских рандомизированных исследований

Европейские урологи задались целью изучить причины и структуру осложнений после биопсии предстательной железы (БПЖ) на основании материалов 18-летнего исследования скрининга рака предстательной железы в Европе. Побудительным мотивом для ученых стали сообщения из США и Канады, в которых сообщалось о всё большем числе госпитализаций по поводу инфекционных осложнений после БПЖ.

Авторы работы воспользовались данными европейского рандомизированного исследования скрининга рака предстательной железы (Роттердамская секция), охватившего период 1993-2011 гг. В ходе него были выполнены 10474 биопсий ПЖ. Для профилактики инфекционных осложнений изначально применялся антибиотик триметоприм-сульфаметоксазол; начиная с 2008 года, его заменили на ципрофлоксацин. Фебрильные осложнения и госпитализации были оценены с помощью анкетирования спустя 2 недели после биопсии. Для выявления факторов риска развития осложнений – повышенной температуры и госпитализации - использовался логистический регрессионный анализ.

Повышенная температура и необходимость госпитализации упоминались в 392 из 9241 (4,2%) и 78 из 9198 анкет (0,8%) соответственно. Хотя с большинством лихорадочных состояний удалось справиться в амбулаторных условиях, инфекция стала причиной госпитализации пациентов в 81% случаев. Из 56 доступных бактериологических исследований крови, 34 были положительными. Основным возбудителем была кишечная палочка. Многофакторный анализ показал, что увеличение предстательной железы и сахарный диабет являлись факторами риска развития лихорадки после биопсии ПЖ.

Таким образом, менее 5% биопсий предстательной железы привели к развитию лихорадочных осложнений. Существенными факторами риска являются сахарный диабет и гиперплазия предстательной железы. Основной причиной госпитализации после биопсии ПЖ является инфекция. И, хотя в мире частота госпитализаций после биопсии значительно увеличилась за последнее время, абсолютная частота госпитализаций, связанных с БПЖ, остается низкой и не должна пугать здоровых мужчин, у которых есть показания к биопсии ПЖ с целью ранней диагностики рака предстательной железы.

Химиотерапия в лечении распространенного рака яичка

Наиболее часто опухоли яичка наблюдаются в возрасте от 0 до 4 лет, от 30 до 34 лет и старше 75 лет.

Нам удалось, используя доступные данные, составить статистику рака яичка в России, которая показывает неуклонный рост заболеваемости:

1992 г.	840 чел.
1997 г.	1100 чел.(прирост 26%)
2002 г.	1189 чел.
2004 г.	1200 чел.

В России заболеваемость опухолями яичка ниже, чем в Европе, и составляет 0,5% от всех злокачественных заболеваний у мужчин и 4,1% от злокачественных заболеваний мочеполовой системы.

Первым этапом лечения всех опухолей яичка является орхфуникулэктомия, во время которой удаляется яичко с семенным канатиком. При несеминомных герминогенных опухолях яичка (НГОЯ) дальнейшая тактика лечения определяется гистологическим строением, уровнем опухолевых маркеров до и после орхфукулэктомии, стадией заболевания.

В журнале «Европейская урология» был опубликован обзор, который показал меняющуюся роль химиотерапии в лечении, ранее получавших и не получавших лечения пациентов с метастатическими герминогенными опухолями (ГО), и определяет текущий стандарт терапии.

В обзоре анализировались рандомизированные и нерандомизированные испытания терапии первой линии, сальважной и паллиативной терапии.

Три цикла блеомицина, этопозида и цисплатина (BEP) можно считать «золотым стандартом» лечения пациентов группы низкого риска, а четыре цикла той же комбинации может привести к выздоровлению примерно 80% пациентов среднего и 50% пациентов высокого риска. Рутинное применение высоких доз химиотерапии у пациентов со средним или плохим прогнозом ГО не улучшает результатов лечения, однако снижение опухолевых маркеров в течение первого цикла может дать полезную прогностическую информацию.

Пациенты и врачи должны знать о риске краткосрочной и долгосрочной токсичности; должны быть разработаны руководства касательно скрининга и профилактики этого риска. Пациентам с отрицательным ответом на 1-ю линию химиотерапии проводится 2-я линия, при неэффективности которой может быть выполнена забрюшинная лимфаденэктомия (ЗЛАЭ).

Таким образом, стратегия выполнения химиотерапии, основанная на оценке рисков, дает лучший шанс на выздоровление, даже у пациентов с рефрактерной герминогенной опухолью.

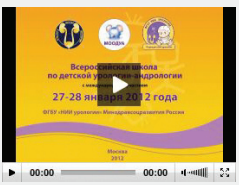
Сперматогенез у пациентов раком яичка восстанавливается через 2-3 года после окончания химиотерапии.

Урологическое телевидение

Новинки
Набирающие популярность
Популярные
Фильмы и анимация
Новости и политика
Наука и техника
Образование
Общество
просмотреть все

Новинки

Популярные



Смотреть ещё

Uro.TV - Урологическое телевидение © 2012

Дистанционные образовательные курсы по андрологии на 2012-2013 год

Лига специалистов мужской репродукции (ЛСМР) совместно с «Интернет-форумом урологов» подготовила цикл круглых столов по актуальным вопросам андрологии.

Вашему вниманию **в период с 15 октября 2012 года по 30 мая 2013 года будет представлено 60 авторских лекций от 25 ведущих специалистов России в области андрологии и мужской репродукции.**

Лекции будут представлены в формате видеопрезентаций, транслирующихся онлайн на сайте **Uroedu.ru**, еженедельно по понедельникам и четвергам в 16.00 по московскому времени.

Для просмотра видеопрезентаций вам необходим компьютер, подключенный к сети интернет. Кроме этого, рекомендуется установить интернет-браузер «Google Chrome» и видеоплеер «Adobe Flash Player».

У вас будет возможность не только прослушать лекцию, но и получить ответы на интересующие вас вопросы в режиме реального времени.

Доступ к трансляции будет осуществляться по предварительной регистрации, видеопрезентации в открытый доступ выкладываться не будут.

Всем принявшим участие в работе круглых столов будут выданы именные сертификаты ЛСМР.

Стоимость участия в одном круглом столе составляет 1000 рублей (Если вы не имеете возможности оплатить лекции за счет собственных средств – звоните 8-(926)-912-21-00).

Подробную информацию смотрите на сайте:
http://uroedu.ru
Регистрация на сайте обязательна!

Эффективность и безопасность ежедневного приема уденафила (Зидена) – мировые и российские данные

Корейские ученые изучили эффективность и безопасность ежедневного приема уденафила у пациентов с эректильной дисфункцией. Результаты исследования опубликованы в Eur Urol. 2011 Aug;60(2):380-7. Для исследования была отобрана группа пациентов, имеющих сложности в сексуальной близости психологического генеза.

Многие пациенты предпочитают спонтанную, незапланированную половую жизнь, отсутствие зависимости от времени приема таблетки. Именно поэтому фармакологический профиль уденафила подвергся серьезному исследованию. Максимальное действие уденафила приходится на 1-1,5 часа после приема таблетки, а период его полураспада составляет 11-13 часов, именно такие параметры позволяют характеризовать уденафил как препарат ежесуточного применения.

В исследовании участвовали 237 пациентов, которые принимали плацебо или уденафил ежедневно в дозах 25 мг, 50 мг, 75 мг в течение 12 недель. Всем пациентам было предложено заполнить опросники МИЭФ, SEP. Основным параметром для результатов стало количество баллов по Международной шкале оценки эректильной функции (МИЭФ). У пациентов, принимавших уденафил в дозе 50 и 75 мг, количество баллов было значительно выше, чем в двух других группах. Побочные эффекты были незначительными, у отдельных пациентов и не потребовали отмены препарата.

В настоящее время на базе МГМУ им. Сеченова, профессором, д.м.н. Л.М. Рапопортом приобретен российский опыт ежедневного приема Уденафила в дозах 50 мг ежедневно, и 100 и 200 мг по требованию у пациентов с раком предстательной железы после радикального лечения (радикальной простатэктомии). По данным профессора, 70% пациентов, принимавших уденафил 50 мг ежедневно, отметили возвращение спонтанных эрекций уже через 1,5-2 месяца после РПЭ. Ежедневный прием Зидены в дозировке 50 мг в течение 12 недель приводит к значимому улучшению ЭФ на 56% по сравнению с плацебо.

Такой метод применения открывает дополнительные возможности применения уденафила у урологических пациентов.

- Обеспечивает необходимую для эрекции твердость[1]
- Увеличивает способность сохранять и поддерживать эрекцию[1]
- Высокая эффективность и степень удовлетворённости пациентов[1]
- Оптимальная продолжительность действия[2,3,4]
- Высокий профиль безопасности в классе ингибиторов ФДЭ-5[1,2,3,4]

1. Отчет по клиническому исследованию: «рандомизированное, плацебо-контролируемое, двойное слепое исследование на параллельных группах с целью оценки безопасности и эффективности уденафила при использовании фиксированных доз у мужчин с эректильной дисфункцией лёгкой и средней степени (Фаза III), 2005
2. Инструкция по медицинскому применению препарата Зидена®
3. Исследование «Рандомизированное, двойное слепое плацебо контролируемое исследование с целью оценки безопасности, переносимости и изучения фармакокинетики / фармакодинамика уденафила при однократном и многократном приеме с повышением дозы на последовательных группах у здоровых мужчин корейской национальности (Фаза I)
4. Paik JS, Kim SW, Yang DY et al., The efficacy and safety of udenafil, a new selective phosphodiesterase type 5 inhibitors, in patients with erectile dysfunction. J Sex Med. 2008 Apr; 5(4): 946-53

VALENTA

Мочекаменная болезнь у известных людей

Шадеркина В.А., Болотова Е.В.

Мочекаменная болезнь имеет многовековую историю. Камни в мочевых пузырях были найдены археологами еще у египетских фараонов – самый древний уролит, обнаруженный в начале XX века известным археологом Смитом, насчитывает 7 тыс. лет до н. э. Однако первое описание пациента с мочекаменной болезнью относится к V веку до н. э., после чего сведения об этой болезни регулярно появляются в трудах видных ученых древности и Средневековья – Гиппократа, Галена, Авиценны и прочих.

Изучение мочекаменной болезни началось в Древней Греции. Симптомы почечной колики и ее лечение тепловыми процедурами были описаны Гиппократом еще в III веке до н. э., а позднее, во II веке уже н. э., ученый Гален связывал образование камней в мочевыводящих органах с расой, климатом, диетой и составом воды, нарушением обмена веществ и другими сопутствующими заболеваниями. В эпоху развития арабской медицины ученым Авиценной было объяснено возникновение камней особенностями питания и нарушением оттока мочи.

В России активное изучение мочекаменной болезни начинается с XVIII века в связи с заболеванием первого императора Петра Первого. Он страдал тяжелой степени мочекаменной болезнью и сам лично уделял особое внимание лечению данного недуга. Активно внедряя иностранные обычаи в России, он приглашал в Россию известных врачей европейцев, однако их мнения о заболевании российского императора были достаточно разрозненными. Так, француз Кампредон писал об имеющихся у Петра язвах уретры, саксонец Лефорт объяснял недуги императора наличием мочевого камня, а англичанин Горн и вовсе утверждал о нарывах в мочевом пузыре. Но, как бы там ни было, многие исследователи утверждают, что даже на гипсовой маске Петра лицо у него отечное, одутловатое и в особенности это заметно в об-

ласти век, что говорит о явном заболевании почек.

Тем не менее приступы, случавшиеся у Петра I при мочеиспускании, были связаны с нарушением проходимости уретры, которое давало о себе знать затруднением мочеиспускания. Это заставляло императора пользоваться катетером, что еще больше усугубляло течение заболевания. Некоторые историки медицины указывают на сохранившиеся по сей день серебряные катетеры, которыми Петр самостоятельно бужировал себе уретру. Однако болезни не было уделено должного внимания как со стороны лечащих врачей, так и со стороны самого императора.

Надо отметить, что именно болезнь мочевыводящих путей сподвигла Петра Первого на создание первого в нашей стране водолечебного курорта Марциальные Воды на территории современной Карелии. Сам император четырежды посещал его, где лечился минеральными водами. Результат был положительным – Петр чувствовал облегчение, однако во время холодной зимы избежать обострения болезни не удавалось, хотя лечение было своевременным и соответствующим знаниям тех времен.

Любовь к морю сыграла с императором злую шутку: во время очередного кораблекрушения, стремясь спасти солдат и собственный флот, Петр вынужден был находиться больше часа в холодной воде. В итоге переохлаждение организма сказалось серьезным осложнением. У императора развился целый букет простудных болезней, но ведущим было все-таки заболевание мочевыводящих путей. Петр оказался прикованным к постели. Лечащими врачами было извлечено 700 мл гнойной мочи с помощью неизвестной по сей день истории операции. Надо сказать, что многие современники считали, что его болезнь, начавшаяся со стриктуры уретры, постепенно переросла в задержку мочеиспускания и последовавшие за ним гангрену мочевого пузыря и гнойный пиелонефрит.

Император страшно мучился, современники утверждали, что крики его были слышны далеко за пределами дворца, что вызывало предположение о почечной колике. Впоследствии у императора возникает частичный паралич тела, после чего он умирает.

Фиксировавшие каждый шаг императора его приближенные – Феофан Прокопович и камер-юнкер Бухгольц - утверждали о воспалении мочевого пузыря у Петра, что, по их мнению, и привело к смерти. Однако французский посол Кампредон считал, что это задержка мочи у императора развилась вследствие запущенного сифилиса. Тем не менее историк медицины А.П. Лаврин утверждал, что нарушение работы почек у Петра было связано с накоплением в крови азотистых шлаков, что привело к обструкции мочевыводящих путей, блокаде почек, развитию хронической почечной недостаточности.

Причиной смерти мочекаменная болезнь стала и у другой не менее известной личности XVIII века – физика Исаака Ньютона. Несмотря на то что до глубокой

старости ученый практически не страдал серьезными заболеваниями, в 80 лет у него развивается подагра, которая становится одной из причин образования камней в мочевом пузыре. Все это сопровождалось сильными болевыми приступами. Врачи настоятельно рекомендовали ему диету и свежий воздух и категорически запретили пользоваться тряским экипажем. С мочекаменной болезнью Ньютон прожил еще пять лет, а впоследствии скончался от нее.

Мочекаменной болезнью страдали и французские императоры - например, Наполеон I. Его личный камердинер вспоминал о том, что во время знаменитой Бородинской битвы император постоянно ощущал приступы, напоминавшие боли от прохождения камней по мочевым путям. Серьезную проблему составляло для него мочеиспускание – Наполеон мог мочиться с большим трудом, прислонясь спиной к какой-либо пушке или дереву. К тому же многие отмечали у него учащенный пульс и отечность ног.

Не обошла стороной мочекаменная болезнь и его племянника Наполеона III. Недуг давал о себе знать в течение многих лет, император даже лечился на знаменитом французском курорте Пломбьер-ле-Бене и, по свидетельству современников, умер от МКБ после неудачной операции.

История свидетельствует о наличии мочекаменной болезни и у известного политического деятеля США, чей портрет изображен на стодолларовой купюре, - Бенджамина Франклина. Вследствие этой болезни он был прикован к постели, к тому же этот недуг был осложнен и рядом других урологических заболеваний – почечной недостаточностью и уремией.

Это далеко еще не полный список известных людей, страдавших мочекаменной болезнью.

Наполеон III

Исаак Ньютон

Минеральные воды в лечении и профилактике мочекаменной болезни и воспалительных заболеваний в мочевыводящей системы

Миндай М.И.

Развитием водолечения мы обязаны Петру I. «Врачую тело свое водами, а подданных – примерами. И в том и другом исцеление вижу медленное», - говорил Петр I после лечения на Марциальных Водах своему лейб-медику Р.П. Эрскину, которого на русский манер называл Арескиным. Состояние здоровья императора, страдавшего мочекаменной болезнью и гипертонией, значительно улучшилось после «водяного лечения» на курорте СПА в Бельгии, названного им источником спасения.

Однако задолго до этого целительными водами минеральных источников пользовались многие известные всему миру императоры, художники, скульпторы и служители церкви. Первое научное обоснование для лечения заболевания почек и мочевого пузыря минеральными водами дал в 1894 году доктор Н.О. Лихонин, а в 1914 году профессор И.Е. Майзель доказал эффективность минеральных вод в лечении мочекаменной болезни и воспалительных процессов в мочевыводящей системе.

Питье минеральной воды является основным природным фактором, применяемым для лечения и профилактики мочекаменной болезни, пиелонефритов и циститов. Прием минеральной воды приводит к восстановлению нарушений минерального обмена веществ. При этом усиливается выработка защитных коллоидов, повышается растворимость солей в моче и прекращается их выпадение в осадок. Следовательно, устраняется одно из условий камнеобразования и дальнейшего роста уже имеющихся камней. Кроме того, минеральная вода вымывает скопившиеся в мочевых путях бактерии. Однако необходимо помнить, что камни почек и мочевых путей никакими минеральными водами растворить нельзя. Питье минеральной воды способствует только бо-

лее быстрому самостоятельному отхождению камня из чашечно-лоханочной системы и мочеточника в том случае, если он по своей форме и величине может выйти без дополнительного оперативного или инструментального вмешательства.

Питьевая минеральная вода, применяемая для лечения и профилактики мочекаменной болезни, и воспалительных процессов в мочевыводящей системе, должны обладать следующими свойствами:

- иметь выраженный мочегонный эффект;
- оказывать противоспалительное и растворяющее слизь действия;
- обладать спазмолитическим действием при патологическом спазме гладкой мускулатуры мочевыводящей системы и анальгезирующим (обезболивающим) эффектом;
- влиять на pH мочи, что особенно важно при лечении мочекаменной болезни;
- оказывать тонизирующее действие на гладкую мускулатуру верхних мочевых путей;
- усиливать почечный кровоток и фильтрацию мочи в почечных клубочках.

Стоит отметить, что минеральная вода Черелия обладает всеми указанными свойствами, тем самым является эффективным средством лечения и профилактики мочекаменной болезни, камней в почках и воспалительных процессов в мочевыводящей системе.

Под мочегонным свойством минеральной воды Черелия подразумевается не только удаление воды из организма, но и удаление вместе с водой ненужных организму минеральных веществ и продуктов азотистого обмена. Для лечения и профилактики мочекаменной болезни используются низкоминерализованные воды различного химического состава. Минеральная вода Черелия является низкоминерализованной водой с уровнем минерализации 0,45-0,50 г/л.

Минеральная вода Черелия, содержащая углекислоту (CO_2), всасывается в организме значительно быстрее воды, не содержащей ее. Это способствует более быстрому выделению ее почками, что является одной из причин мочегонного действия. Кроме того, углекислота увеличивает кровоток и фильтрацию воды в почечных клубочках, а соли кальция и магния поглощают избыток жидкости при тканевом обмене и усиливают ее выведение из организма.

Содержащиеся в минеральной воде Черелия ионы кальция (Ca^{2+}) оказывают противовоспалительный эффект за счет вяжущего и уплотняющего действия на клеточную оболочку. Это крайне важно в лечении и профилактике мочекаменной болезни при наличии сопутствующего пиелонефрита. Кальций также повышает растворимость мочевой кислоты в моче.

Ионы калия (K^+), также содержащиеся в минеральной воде Черелия, оказывают стимулирующее влияние на гладкую мускулатуру мочевых путей, усиливая их моторную функцию, улучшая уродинамику, что способствует продвиже-

нию солей и мелких конкрементов и удалению их с мочой из мочевыводящих путей.

Ионы магния (Mg^{2+}) полезны в случае наличия оксалатных камней ввиду их тормозящего действия на образование мочевых камней.

Противовоспалительный эффект усиливается за счет наличия в составе минеральной воды Черелия сернистых соединений. Содержание сульфатного аниона, диоксида углерода и солей кальция обуславливает сдвиг ионного равновесия в сторону окисления. Способность минеральной воды Черелия изменять степень кислотности мочи создает неблагоприятные условия для развития микробов, тем самым оказывает огромное значение в эффективном лечении воспалительных процессов в мочевых путях.

При мочекаменной болезни pH мочи должна регулироваться в соответствии с химическим составом мочевых солей и камней. При наличии оксалатных камней показаны щелочные минеральные воды, а при фосфатных – кислые. Некоторые микроэлементы в минеральных водах (медь, железо, вольфрам) способствуют растворению оксалатных и фосфатных камней.

Минеральная вода Черелия способствует ликвидации воспалительных процессов в органах и тканях, стимулирует отход мелких камней и песка из почек, ликвидирует опасность повторного камнеобразования.

Одним из оперативных методов удаления почечных камней является дистанционная литотрипсия (безоперационное дробление камней, ДЛТ). Она признана наиболее эффективным и щадящим методом лечения. После ДЛТ, с последующим «вымыванием» фрагментов почечных камней минеральной водой Черелия, рецидивы образования камней достаточно редки. Таким образом, питьевые курсы минеральной воды Черелия повышают эффективность лечения МКБ в несколько раз, а в случае профилактики и метафилактики мочекаменной болезни, минеральная вода Черелия существенно снижает риск повторного камнеобразования.

Ессентуки. Минеральный источник

Лечебные свойства воды «Черелия»

- Снижает кислотность мочи
- Уменьшает концентрацию солей в моче
- Приводит к уменьшению размера камней почек
- Усиливает диурез
- Способствует выведению мелких камней из мочевыводящей системы (почке, мочеточников, мочевого пузыря)
- Усиливает процесс отхождения фрагментов конкрементов после их разрушения методом ДЛТ (дистанционная литотрипсия), КЛТ (контактной литотрипсии)
- Тормозит и предотвращает развитие рецидивного нефролитиаза
- Способствует выведению бактерий и продуктов их жизнедеятельности из мочевыводящих путей
- Снижает вероятность воспалительных осложнений при нефролитиазе

Показания для применения воды «Черелия» в урологии

- Вода «Черелия» показана для профилактики, метафилактики и лечения при уратном, оксалатном и смешанном нефролитиазе при преимущественном повышении кислотности мочи
- Может быть использована как вспомогательный метод для литокинетической терапии мелких камней мочевыводящей системы и после литотрипсии без нарушения оттока мочи
- Использование при лечении неосложненных форм воспалительных процессов в мочевыводящей системе (пиелонефрит, цистит) в комплексе с антибактериальной терапией

Противопоказания к применению

- Наличие обструкции мочевыводящей системы
- Острая почечная недостаточность

AF GROUP Russia
127051, г. Москва, Петровский бул., 13
Тел.: (495)708-4769
info@cerelia.ru

Лечебные свойства минеральной воды

Болотова Е.

О целебных свойствах подземной минеральной воды было известно еще с древнейших времен. Но в древности загадкой оставалась ее лечебная сила, которую нередко приписывали некоторым таинствам, якобы обитавшим в подземных источниках. Тем не менее именно тогда предпринимались попытки объяснить ее положительное действие на организм человека: еще в I веке н. э. греческий врач Архигенес утверждал, что польза минеральной воды заключается в ее особенном составе. Им же была проведена классификация вод при разделении их на четыре группы: щелочные, железистые, соленые и сернистые.

В России история лечения минеральными водами берет свое начало со времени правления Петра I – именно по его приказу в Заонежье был построен первый русский водолечебный курорт и были составлены первые «Правила докторские, как при оных водах поступать». Но широкое применение ее в лечебной практике началось лишь с 1800 года, когда учеными Петербургского Минералогического общества был создан кадастр минеральных вод. А с середины XIX века после исследования минеральных вод на Кавказе и доказательств их лечебных свойств начинается активное внедрение минеральной воды при лечении пищеварительной, нервной систем, при простудных и острых респираторных заболеваниях, нарушений обмена веществ, а в особенности использования ее в качестве профилактического средства в урологии.

Нужно сказать, что при лечении болезней в урологической практике лечебно-профилактический эффект минеральных вод обусловлен прежде всего мочегонным действием, которое способствует механическому вымыванию слизи, гноя и микробов и изменению pH мочи. К тому же лечебные минеральные воды обладают дезинфицирующим и обезболивающим эффектами.

Как правило, лечение минеральными водами прописывают при наличии маленьких камней в почках и мочеточниках, которые могут отойти самостоятельно, так как усиление сокращений почечной лоханки и мочеточника под действием вод способствует вымыванию камней. В качестве своеобразной профилактики повторного камнеобразования минеральная вода рекомендована тем больным, у которых камень был удален или отошел самостоятельно. В данном случае важно учитывать объем минеральных солей в воде – при наличии мелких камней в почках прописывают минеральные воды с малым количеством минеральных солей. Но стоит учесть одну вещь: подобное лечение категориче-

ски противопоказано больным с инфицированными (!) камнями перед предстоящей операцией.

К тому же следует помнить и о том, что минеральной водой при всей необходимости применения невозможно растворить камень или добиться отхождения крупного камня, величина которого в разы превосходит размеры мочеточника, и трудно добиться перевода щелочной реакции в кислую.

Также одним из основных показателей для приема минеральной воды является нарушение свободного оттока мочи из почек или мочевого пузыря. При различных заболеваниях мочевой системы рекомендуются различные типы минеральной воды: при мочекислых диатезах и оксалурии рекомендованы щелочные минеральные воды, при наличии фосфатурии и фосфатных камней - кислые минеральные питьевые воды, для профилактики цистита нужно выпивать два литра минеральной воды без газа в день.

Несмотря на желание пациентов самостоятельно лечиться минеральной водой, подбирать ее при мочекаменной болезни должен врач, опираясь на результаты анализов и обследования организма. Чаще всего назначают слабоминерализованную щелочную воду или слабокислую маломинерализованную.

В урологической практике минеральная вода также применяется и в виде лечебных ванн, которые, в свою очередь, оказывают противовоспалительное действие и уменьшают чувствительность, улучшают нервную регуляцию работы почек и их кровообращение. Минеральные ванны применяются и при почечных коликах. Однако при лечении ваннами с минеральной водой необходимо учитывать индивидуальную переносимость температуры воды и длительность процедуры, прописанные лечащим врачом.

Чтобы действительно принести пользу организму, минеральную воду стоит принимать под лабораторным контролем. С лечебно-профилактическими целями пьют обычно не более 0,5 литра не менее трех раз в день. Важным лечебным фактором минеральной воды для приема внутрь является также и температура: как и в случае лечебных ванн, пить рекомендуется теплую воду.

И в заключение скажем о том, что при заболеваниях почек и мочевыводящих путей бесконтрольный прием минеральной воды противопоказан – она может спровоцировать внезапный выход камней!

Николаевские и Ермоловские минеральные ванны. Открытка XIX века.

Перкутанная нефролитотомия в Великобритании

Хирурги и урологи Соединенного Королевства Великобритании, владеющие методом лечения мочекаменной болезни с помощью перкутанной нефролитотомии (ПНЛТ), были приглашены на обсуждение данных национального проспективного реестра подобных операций в ходе специального интернет-совещания.

Эффективность проведенных операций по чрескожной нефролитотомии оценивалась как по уровню избавления от камней, так и по их безопасности в соответствии с возникшими осложнениями, включая переливание крови, лихорадку и сепсис.

С января 2010 года в реестре были собраны данные о 987 пациентах, у которых было проведено 1028 процедур ПНЛТ. 299 из 1012 процедур (30%) были по поводу коралловидных камней, 299 (30%) по поводу камней размерами более 2 см, 329 (33%) для камней 1-2 см и 89 (9%) для камней менее 1 см. Не было отмечено существенных различий в количестве случаев невозможности доступа или осложнений в зависимости от осуществимости почечного доступа урологом или рентгенологом.

Данные о более высоком уровне трансфузий при баллонной дилатации (7 222 [3,2%]) по сравнению с последовательным расширением (2 245 [0,8%]) доступа к почке были сочтены недостоверными.

Бескамерные процедуры не были связаны с более высоким уровнем осложнений и приводили к значительному снижению средней продолжительности пребывания (3 дня против 1,5 дней, p <0,0001). Во время операции, 78% пациентов считались избавленными от камней, что было подтверждено методами послеоперационной визуализации в 68% случаев. Переливание крови потребовалось 24 из 968 пациентов (2,5%). Частота послеоперационной лихорадки составила 16%, сепсиса - 2,4%.

Интернет-совещание показало, что национальный реестр данных ПНЛТ - уникальный и современный ресурс обеспечения жизненно важной информацией о текущей практике и критически важных результатах. С помощью этого реестра эндоурологи могут сверять результаты собственной действельности с данными практики по всему Соединенному Королевству. Кроме обмена врачебным опытом, такой реестр может облегчить хирургам предоставление будущим пациентам максимально подробной информации о возможных результатах ПНЛТ при получении согласия на эту сложную эндоурологическую процедуру.

Исследование монотерапии тадалафилом или тамсулозином при ДГПЖ

Команда урологов из Ганноверской медицинской Школы (Германия) провела первое международное клиническое исследование влияния таладафила и тамсулозина на симптомы нижних мочевых путей (СНМП), связанных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ).

Авторы провели рандомизированное, двойное слепое, международное, плацебо-контролируемое исследование с параллельными группами, которое оценивало мужчин ≥ 45 лет с СНМП/ДГПЖ, баллом IPSS ≥ 13 и максимальной скоростью потока мочи (Q (макс)) от ≥ 4 до ≤ 15 мл/с.

После скрининга и отбора пациенты прошли 4-х недельный курс приема плацебо до момента рандомизации. Потом их разделили на 3 группы: группа плацебо (n = 172), тадалафила 5 мг (n = 171) и тамсулозина 0,4 мг (n = 168), которые они принимали один раз в день в течение 12 недель. Это исследование было ограничено отсутствием прямого сравнения тадалафила и тамсулозина.

В итоге балл IPSS значительно улучшился через 12 недель приема тадалафила (p = 0,001и) и тамсулозина (p = 0,023 уже на 1 неделе приема) по сравнению с плацебо.

IPSS, индекс качества жизни и показатель шкалы удовлетворенности лечением ДГПЖ значительно улучшились по сравнению с плацебо при приеме тадалафила (оба p <0,05), но не тамсулозина (оба p> 0,1).

Показатели эректильной функции по шкале Международного индекса эректильной функции улучшились по сравнению с плацебо при приеме тадалафила(p <0,001), но не тамсулозина (p = 0,699). Qmax значительно увеличилась по сравнению с плацебо при приеме тадалафила (2,4 мл/с, p = 0,009) и тамсулозина (2,2 мл/с, p = 0,014).

Таким образом, авторы отметили, что монотерапия как тадалафилом, так и тамсулозином привела к значительному и численно аналогичному улучшению Qmax по сравнению с плацебо при симптомах нижних мочевых путей, связанных с ДГПЖ. Но улучшение эректильной функции было отмечено только при приеме тадалафила.

Monotherapy with tadalafil or tamsulosin similarly improved lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia in an international, randomised, parallel, placebo-controlled clinical trial.Oelke M, Giuliano F, Mirone V, Xu L, Cox D, Viktrup L.

Department of Urology, Hannover Medical School, Hannover, Germany.

Eur Urol. мая 2012, 61 (5): 917-25.

Все мужчины разные... Решение одно!

СИАЛИС® – свобода выбора момента интимной близости

Индивидуальный подход в выборе терапии эректильной дисфункции и способа приема СИАЛИС® позволяет вашим пациентам вернуть естественность сексуальных отношений.

Какими бы разными они ни были.

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ
Торговое название препарата: СИАЛИС® (CIALIS®)
Международное (непатентованное) название: Тадалафил.
Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой.
Дозировка: 20мг.
Фармакотерапевтическая группа: эректильной дисфункции средство лечения, ФДЭ-5 ингибитор.
Тадалафил является эффективным, обратимым селективным ингибитором специфической фосфодиэстеразы типа 5 (ФЭ)Д-5) циклического гуанозинмонофосфата (цГМФ).
Показания к применению: нарушения эрекции.
Противопоказания:
- установленная повышенная чувствительность к тадалафилу или к любому веществу, входящему в состав препарата;
- в случае применения препаратов, содержащих любые органические нитраты;
- применение у лиц до 18 лет.

Способ применения и дозы: для приема внутрь. Рекомендованная максимальная доза препарата СИАЛИС® составляет 20мг. СИАЛИС® принимают перед предполагаемой сексуальной активностью независимо от приема пищи. Препарат следует принимать как минимум за 16 минут до предполагаемой сексуальной активности. Максимальная рекомендованная частота приема – один раз в сутки.
Побочное действие: наиболее часто отмеченными нежелательными событиями являются головная боль и диспепсия (11 и 7% случаев, соответственно). Нежелательные события, связанные с приемом тадалафила, были обычно незначительными или средними по степени выраженности, транзиторными и уменьшались при продолжении применения препарата. Другими обычными нежелательными эффектами являлись боль в спине, миалгии, заложенность носа и «прилив» крови к лицу.
Форма выпуска: таблетки, покрытые пленочной оболочкой 20 мг по 1,2,4, 8 таблеток в упаковке. За полной информацией обращайтесь к инструкции по медицинскому применению препарата Сиалис 20 мг П № 014761/01-2003 от 17.02.2003

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ
Торговое название препарата: СИАЛИС® (CIALIS®)
Международное (непатентованное) название: Тадалафил.
Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой 2,5 и 5 мг.
Фармакотерапевтическая группа: эректильной дисфункции средство лечения, ФДЭ-5 ингибитор.
Показания к применению: эректильная дисфункция.
Противопоказания:
- повышенная чувствительность к тадалафилу или к любому веществу, входящему в состав препарата;
- в случае приема препаратов, содержащих любые органические нитраты;
- применение у лиц до 18 лет;
- наличие противопоказаний к сексуальной активности у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы: инфаркт миокарда в течение последних 90 дней, нестабильная стенокардия, возникновение приступа стенокардии во время полового акта, хроническая сердечная недостаточность II-IV классов по классификации NYHA, неконтролируемые аритмии, артериальная гипотензия (АД менее 90/50 мм рт.ст.), неконтролируемая артериальная гипертензия, ишемический инсульт в течение последних 6 месяцев;
- потеря зрения вследствие неартериальной передней ишемической нейропатии зрительного нерва (вне зависимости от связи с приёмом ингибиторов ФДЭ-5);
- одновременный прием доксазозина, а также лекарственных средств для лечения эректильной дисфункции;
- часто (более 2 раз в неделю) применение у пациентов с тяжелой почечной недостаточностью (клиренс креатинина менее 30 мл/мин);
- дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция.

Способ применения и дозы: для пациентов с частой сексуальной активностью (более двух раз в неделю): рекомендованная частота приёма – ежедневно, один раз в сутки 5 мг, в одно и то же время, вне зависимости от приёма пищи. Суточная доза может быть снижена до 2,5 мг в зависимости от индивидуальной чувствительности.
Побочное действие: нежелательные явления, связанные с приёмом тадалафила, бывают обычно незначительными или средними по степени выраженности, транзиторными и уменьшались при продолжении применения препарата. Наиболее частыми (≥ 1%, < 10%) нежелательными явлениями являются головная боль и диспепсия, а также боль в спине, миалгия, «прилив» крови к лицу, заложенность носа.
Форма выпуска: таблетки, покрытые пленочной оболочкой 2,5 мг, 5 мг. По 14 и 28 таблеток в упаковке.
За полной информацией обращайтесь к инструкции по медицинскому применению препарата Сиалис 5 мг № ЛП-000133 от 11.01.2011

Московское представительство
АО «Эли Лилли Восток С.А.» (Швейцария)
123317, Российская Федерация, г.Москва
Пресненская наб., д.10
Тел.: (495) 258-50-01

Lilly MedInfo
Научная информация
для врачей по препаратам Eli Lilly
E-mail: medinfo_ru@lilly.com
Тел.: (495) 258-50-01

Lilly
Answers That Matter.

Реклама
ED-PM-490-20311

Хирургический шов: эволюция нити

М.А. Евсеев – доктор медицинских наук, профессор.
Кафедра общей хирургии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова.

В настоящее время в хирургической практике для соединения тканей в процессе оперативного вмешательства используется целый ряд стандартных методик, а именно: формирование нитяного шва, формирование механического скрепочного шва, имплантация в ткани металлоконструкций, внесение в дефект ткани органических и синтетических клеевых композиций, лазерная и ультразвуковая сварка тканей, компрессионное соединение тканей магнитами, стяжение покровных тканей липким пластырем. Закономерен вопрос: а зачем вообще нужен шов в хирургии? В известном приближении можно сказать, что хирургический шов необходим для сближения, сопоставления и иммобилизации краев раны тканей на период ее заживления. Однако для шва характерен ряд проблем весьма негативного свойства – при проведении иглы через ткань мы сами формируем прокольный канал, в сущности - новую рану. Оставляя нить в тканях, мы внедряем во внутреннюю среду организма инородное тело, в ряде случаев даже содержащее на своей поверхности различные микроорганизмы. В настоящее время «портрет идеальной хирургической нити» с максимально возможным набором позитивных черт и минимизацией негатива можно представить в виде концепции «5А». Согласно данной концепции хирургический шовный материал должен быть:

- Ареактивным (не вызывать выраженную тканевую реакцию).
- Атравматичным (дополнительно не травмировать ткани).
- Афитильным (не обладать «фитильным эффектом).
- Абсорбируемым (после заживления раны бесследно исчезать из тканей).
- Антисептическим (препятствовать развитию инфекции в ране).

«Дела давно минувших дней…»

Первые сведения о применении иглы и нити при производстве хирургических операций мы находим в древнеегипетских папирусах, датируемых серединой второго тысячелетия до нашей эры, где имеются указания на то, что древнеегипетские жрецы, последователи врачевателя Имхотепа, значительные по размерам раневые дефекты ушивали с помощью медной иглы и хлопковой нити. В IV веке нашей эры выдающийся врач - энциклопедист Сушрута описал оригинальный способ соединения краев кожной раны и раны кишечной стенки с помощью челюстей гигантских черных муравьев: после того как

муравей сжимал края раны своими челюстями, его декапитировали и голову с челюстями удаляли после заживления раны.В последующие столетия, вплоть до начала XX века, прогресс хирургического шва касался почти исключительно методики его формирования, никоим образом не затрагивая его «материальный субстрат» - по-прежнему использовались хлопковые, шелковые и кетгутовые нити, медные и железные иглы. Уже в те далекие времена был подмечен целый ряд негативных качеств используемого шовного материала - способность нитей самостоятельно вызывать выраженный воспалительный процесс в тканях (сейчас это свойство называют аллергенностью и связывают с наличием в структуре этих натуральных волокон молекул растительного и животного белка, инициирующих местный иммунный ответ организма). Кроме того, потенциально позитивное свойство кетгута – его способность к рассасыванию в тканях (абсорбции) - разбивалось о негатив непредсказуемости реальных сроков потери прочности этой нити и исчезновения ее из тканей.

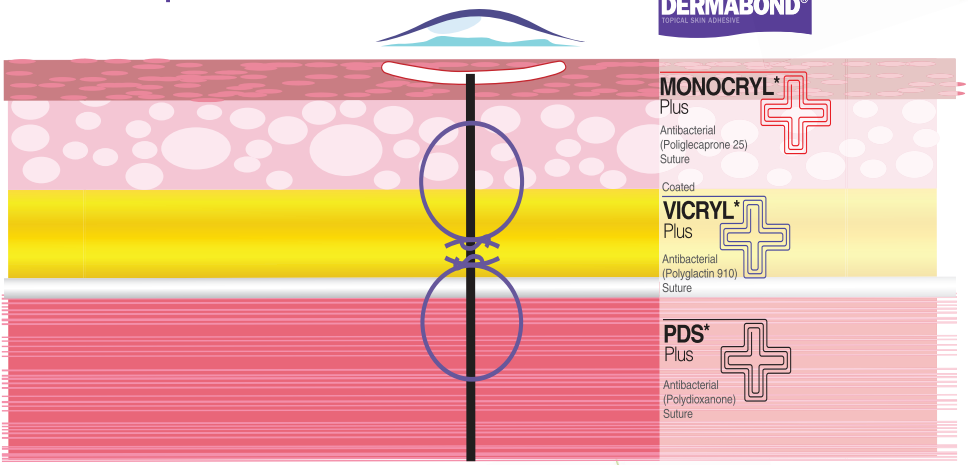
От классики к модерну

В 1938 году химики концерна DuPont изобрели материал «тоньше паутинки, прочнее стали и элегантнее шелка». Таким материалом стал первый полиамид нейлон (NYLON = New York + London), в нашей стране больше известный под названием капрон. При первом же опыте использования в качестве хирургического шовного материала полиамидные волокна (Ethilon®, Nurolon®) показали себя как прочные, эластичные, негигроскопичные нити с принципиально меньшим, по сравнению с шелком и кетгутом, негативным местным влиянием на живые ткани. Рождение еще одной группы шовного материала относится к 1946 году, когда появилась технология производства нового волокнообразующего полимера, являющегося по своей химической структуре полиэфиром (полиэстером). В СССР материал с данной технологией производства появился в 1949 году и получил название лавсан. Опыт использования полиэстера (Ethibond®) в качестве шовного материала позволил сделать вывод о его значительно большей (по сравнению с ранее использовавшимися материалами) прочности, хороших манипуляционных свойствах, меньшим, по сравнению с полиамидами, влиянием на ткани организма. И нейлон (капрон), и полиэстер (лавсан) обладали одним общим качеством: хирургические нити из этих материалов являлись полифиламентными, то есть состояли из множества скрученных или сплетенных волокон. Данное качество, с одной стороны являясь позитивным (повышение прочности нити), с другой стороны определяло наличие у нити так называемого «пилящего эффекта» (можно воспринимать данный термин буквально), и, кроме того, способствовало активному впитыванию нитью жидкости из раны – так называемый «фитильный эффект». В 1963 году K. Zigler и G. Natta были удостоены Нобелевской премии по химии за

разработку технологии синтеза полипропилена. Данный год вполне можно считать годом рождения не только современной рыболовной лески, но и принципиально нового – монофиламентного – шовного материала. Особенности химической структуры полипропилена - линейность молекулярных компонентов - повысила прочность, биологическую инертность и высокую стабильность полипропилена в тканях организма. Благодаря монолитной структуре, полностью исключающей абсорбцию, полипропилен не рассасывается и не подвергается биодеградации. Не будет большим преувеличением сказать, что нити из полипропилена (Prolene®) явились революционной инновацией в сердечно-сосудистой хирургии. Сегодня, благодаря своей идеально гладкой поверхности, полипропилен служит «золотым стандартом» атравматичности шовного материала. Тем не менее данная нить, являясь нерассасываемой (неабсорбируемой), до конца не может считаться идеальным материалом для хирургии внутренних органов. Многолетние поиски нитей, объединяющих в себе прочность, биологическую инертность и абсорбируемость увенчались появлением в 1970 году в клинической практике шовного материала Dexon® (сплетенные в нити филаменты сополимера гликолевой кислоты), ознаменовавшим рождение принципиально нового класса хирургического шовного материала – полигликолидов. В 1974 году компанией Ethicon был изготовлен и завоевал лидирующие позиции в клинической хирургии вплоть до настоящего времени (наиболее часто используемый в мире шовный материал) сополимер лактида и гликолида - полиглактин-910 (Vicryl®), принципиально дольше сохраняющий свою прочность в тканях. Производные полигликолевой кислоты при высокой механической прочности, биологической инертности и хороших манипуляционных свойствах обладают уникальным качеством, отличающим их от остального шовного материала, – способностью к запрограммированному по времени процессу гидролиза до углекислого газа и воды в тканях организма. В отличие от кетгута, рассасывание которого происходит вследствие воздействия клеточных ферментов, абсорбция полигликолидов не зависит от состояния макроорганизма и является гарантированной в строго определенный срок. Принципиально важным изменением в структуре полифиламентных полигликолидных нитей послужило создание внешней гладкой оболочки нити, что привело к появлению так называемых комплексных нитей (Coated Vicryl®), приближающихся по свой атравматичности к монофиламентам, но при этом сохраняющих свои позитивные полифиламентные свойства. Без преувеличения можно сказать, что именно в начале 70-х годов XX века и началась эра современных хирургических шовных материалов - биологически инертных атравматичных нитей, способных к абсорбции. При этом признанной вершиной шовного материала для хирургии внутренних органов

ПЛЮС НИТИ И DERMABOND – НАДЕЖНОЕ ЗАКРЫТИЕ И ЗАЩИТА РАНЫ

DERMABOND®
TOPICAL SKIN ADHESIVE



ЗАЩИТА ХИРУРГИЧЕСКОГО РАЗРЕЗА ИЗНУТРИ И СНАРУЖИ

ETHICON
a Johnson & Johnson company

DERMABOND®
TOPICAL SKIN ADHESIVE

ООО «Джонсон & Джонсон»
121614 Москва, ул. Крылатская 17, корп. 3, этаж 2
Тел.: +7 (495) 580 77 77 Факс: +7 (495) 580 78 78

РУ № ФЗС 2007/00529 от 05.05.2010, РУ № ФЗС 2010/07135 от 04.06.2010, РУ № ФЗС 2010/06042 от 10.09.2010, РУ № ФЗС 2009/04557 от 15.06.2009. Товар Сертифицирован.

на сегодняшний день являются монофиламентные абсорбируемые нити: нити, идентичные по своей атравматичности полипропилену, но в то же время подверженные запрограммированному гидролизу. В 1980-х годах в клинической практике начали использоваться монофиламентные нити из полидиоксанона (PDS®): атравматичные, беспрецедентно долго (по сравнению с полигликолидами) сохраняющие свою высокую прочность в тканях, более эластичные и менее реактогенные, чем абсорбируемые полифиламенты. Усовершенствованный вариант нити PDS® – PDS II® в настоящее время позиционируется не только как материал для работы на внутренних органах, но и как материал, подходящий вследствие длительного поддержания прочности, для плотных анатомических структур раны (раньше для этих целей использовали только неабсорбируемые нити). С другой стороны потребности клинической практики, прежде всего – эстетической хирургии, привели к тому, что в начале 1990-х годов были созданы монофиламентные хирургические нити со средним и коротким сроком рассасывания – Biosyn® и Monocryl®. В настоящее время, помимо указанных выше нитей из полиамида (нейлон, капрон), полиэстера (лавсан), полипропилена, полигликолида и полидиоксанона, в различных областях хирургии применяются и нити из материалов с принципиально иной химической структурой. Так, для сердечно-сосудистой хирургии стали доступными уникальные монофиламентные шовные материалы из полибутэстера (нить, способная к обратимому растяжению при увеличении диаметра сосуда во время пульсовой волны - Pronova®) и политетрафторэтилена (микропористая нить, герметично заполняющая собой прокольный канал в стенке кровеносного сосуда, - Gore-Tex®). В травматологии и ортопедии для сопоставления и фиксации костных фрагментов используется шовный материал, являющийся ничем иным, как проволокой из нержавеющей стали различного диаметра. В эстетической хирургии в ряде случаев прибегают к так называемым «золотым нитям» – тонкой проволоке из золота 999 пробы. К слову: «тончайшими» называют хирургические нити с диаметром 0,010 - 0,019 мм, применяемые в микро- и офтальмохирургии; наиболее часто хирургами разных специальностей используются нити, диаметр которых находится в диапазоне 0,1 – 0,8 мм.

Наконец, еще одним поистине революционным усовершенствованием хирургического шовного материала, во многом изменившим его уже не физико-химические, а биологические свойства, стало введение в структуру нити антимикробных компонентов – антибиотиков и антисептиков. Очевидная предпосылка данного нововведения – попытка исключить саму возможность развития бактериальной инфекции в ушитой хирургической нитью ране. Несмотря на то что современный шовный материал надежно стерилизуется в процессе производства оксидом этилена

или гамма-излучением, изначально стерильная нить нередко подвергается бактериальному обсеменению уже в ходе оперативного вмешательства. Применявшиеся в 60-80-е годы XX века нити с антибиотиками на какое-то время создали впечатление о решении проблемы профилактики инфицирования шовного материала. Однако современный «кризис антибиотиков» вследствие колоссальной распространенности мультирезистентных бактерий сделал данное впечатление печальной иллюзией. Лишь внедрение в клиническую практику нового поколения шовного материала - нитей семейства Plus (Vicryl Plus, Monocryl Plus, PDS Plus), импрегнированных мощным антисептиком триклозаном, доказало реальность перспективы полного контроля над хирургической инфекцией.

Несмотря на невероятное многообразие нитей, игл и технических способов закрытия ран, в своей сути процедура формирования хирургического шва, являясь ровесницей самой хирургии, на протяжении веков не изменилась и сегодня в своей сущности повторяет процедуру, выполнявшуюся еще врачевателями эпохи египетских фараонов и римских императоров: *врач, пользуясь хирургической иглой, проводит нить через ткани, сопоставляет их и, завязывая узел, формирует хирургический шов.*

Этими муравьями можно зашить рану

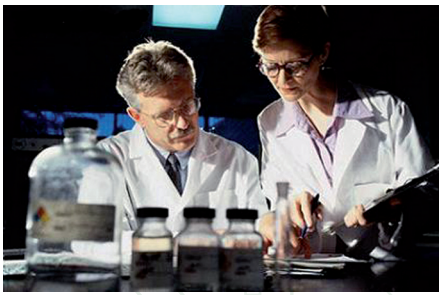
Рекомендации EAU по лазерным технологиям

Эксперты Европейской урологической ассоциации выполнили обзор физических основ, физиологических и технических аспектов использования лазеров в урологии, текущих клинических результатов этих развивающихся технологий, а также составили рекомендации по применению лазеров в урологии. Основная цель, которую ставили они перед собой, - помочь врачам в принятии обоснованных решений в отношении использования лазеров в своей практике.

Для каждого раздела руководства был проведен структурированный поиск литературы с привлечением эксперта. Поиск проводили в Cochrane Database of Systematic Reviews, the Cochrane Central Register of Controlled Trials и Medline and Embase на платформе Dialog/DataStar. Экспертами была использована контролируемая терминология соответствующих баз данных, на соответствующие термины были проанализированы и Медицинские предметные рубрики и EMTREE. Был выявлен один Кокрановский обзор.

EAU предлагает следуюшие выводы: **при доброкачественной инфравезикальной обструкции (например, при рефрактерной задержке мочи на фоне антикоагулянтов и антитромбоцитарных препаратов) лазерная вапоризация, резекция или энуклеация являются альтернативными вариантами лечения.** Стандартным лечением этого заболевания остается трансуретральная резекция предстательной железы для малых и умеренных размеров простаты и открытая простатэктомия для больших размеров простаты. Лазерная энергия уже является оптимальным методом дезинтегрирования мочевых камней. **Применение лазеров для лечения опухолей мочевого пузыря и в лапароскопии по-прежнему считается экспериментальным методом.**

Взаимосвязь между метаболическим синдромом и заболеваниями простаты



Ученые из урологического отделения госпиталя Сант-Андреа при университете Ла Сапиенца (Department of Urology, Sant'Andrea Hospital, University La Sapienza) в Риме провели анализ, призванный выявить корреляцию между наличием метаболического синдрома и развитием заболеваний предстательной железы.

Специалисты произвели поиск в базе PubMed статей, опубликованных с 1995-го по сентябрь 2011 года, отобранных по ключевым словам: мужчина, метаболический синдром, предстательная железа, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, рак предстательной железы, профилактика, диагностика, лечение и прогноз.

Обзор рассматривал имеющиеся свидетельства роли МС в развитии и прогрессировании доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) и рака простаты.

Метаболический синдром (МС), кластер из нескольких метаболических нарушений с высоким уровнем социально-экономических затрат, считается эпидемией мирового масштаба. Недавние эпидемиологические и клинические данные свидетельствуют о том, что МС принимает участие в патогенезе и прогрессии заболеваний предстательной железы, таких как доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) и рак предстательной железы (РПЖ).

Выводы исследователей неопределенны: несмотря на все попытки правильно определить МС, одной из основных проблем остается одинаковая применимость определения для различных популяций и этнических групп. Хотя имеется все больше свидетельств ассоциации МС с началом и клинической прогрессии ДГПЖ и рака простаты, доказательств причинно-следственной связи этих заболеваний недостаточно. Кроме того, молекулярные механизмы и влияние на эффективность лечения остаются неясными. Необходимы дальнейшие исследования для лучшего понимания роли МС в развитии ДГПЖ и рака простаты.

Будущее урологии

Текст «Будущее урологии» подготовлен специалистами Европейской ассоциации урологов (EAU). Он был написан в период экономического спада с его неизбежными последствиями для расходов сектора здравоохранения. Тем не менее этот документ направлен на определение пути, благодаря которому EAU сможет играть ключевую роль в обеспечении высоких стандартов медицинской помощи по всей Европе и установлении их во всем остальном мире.

Будущее урологии будет зависеть от улучшения образования и профессиональной подготовки, ведущих к высокому качеству урологической помощи, а также от разработки пациент-фокусированных услуг, что становится все более важным в урологии.

Образование должно начинаться в медицинском вузе и, так как урология занимает 5% всей медицинской практики, то каждый студент-медик должен пройти урологическую подготовку. Это относится и к медсестрам, и другим специальностям, связанным с медициной (ССМ). EAU должны обеспечить урологические программы подготовки студентов-медиков, медсестер и ССМ, а также стандартные программы постдипломного обучения.

В будущем компетентность всех специалистов урологической помощи должна оцениваться, причем для специалистов это будет означать не только проверку теоретических знаний, но и оценку хирургических навыков и умений. Потребуется также постоянная субспециализация в рамках урологии. Это гарантирует наличие у каждого уролога «хирургического портфеля», обеспечивающего его компетенцию в рамках предоставляемых процедур.

Все вышеперечисленное приведет к развитию крупных урологических центров. Вероятнее всего, вся урологическая помощь будет проводиться в специализированных центрах, которые различаются по количеству коек и предлагаемому диапазону урологической помощи, но не по качеству урологической помощи.

Модели урологической помощи различны в разных странах Европы, что следует рассматривать как вызов для EAU в обеспечении качества независимо от разницы в устройстве систем здравоохранения.

Руководство Европейской ассоциации урологов по вазэктомии

Европейская ассоциация урологов представила свои рекомендации по вазэктомии. Основные цели выпущенного руководства - помощь врачам, которые выполняют вазэктомии, а также содействие адекватному информированию пациента до операции для того, чтобы избежать нереалистичных ожиданий и судебных разбирательств.

Для подготовки рекомендаций специалисты ассоциации провели обширный обзор литературы с использованием Medline, Embase и Кокрановской базы данных систематических обзоров с 1980 по 2010 год.

Всего для анализа они отобрали 113 уникальных записей в базах, отбирались исследования на английском языке 1-го и 2-го уровней доказательности.

Основные рекомендации таковы: вазэктомия предназначена для постоянной контрацепции, для нее нет абсолютных противопоказаний. Относительными противопоказаниями являются отсутствие детей при возрасте пациента до 30 лет, тяжелая болезнь, отсутствие постоянных отношений и боль в мошонке. Во время предоперационного консультирования пациента нужно информировать об альтернативных методах контрацепции, осложнениях и неудачах вмешательства, а также необходимости послеоперационного анализа спермы. Информированное согласие должно быть получено до операции.

Хотя было показано, что коагуляция слизистой оболочки и интерпозиция фасции снижает уровень ранней несостоятельности по сравнению с простой перевязкой и иссечением небольшого сегмента vas deferens, нет достоверных данных относительно преимуществ какого-то определенного метода вазэктомии в плане профилактики поздней реканализации и спонтанной беременности после вазэктомии. После анализа спермы процедура считается результативной в случае документально подтвержденной азооспермии и в случае одиночных неподвижных сперматозоидов в эякуляте не менее, чем через 3 месяца после процедуры.

Тазовая боль

Согласно МКБ 10, синдром хронической тазовой боли (СХТБ) — длительно существующая (свыше 6 мес.), трудно купируемая тазовая боль, изменяющая психику и поведение человека и нарушающая его социальную адаптацию.

По данным ВОЗ, каждый 5-й житель планеты страдает тазовой болью, обусловленной заболеваниями различных органов и систем. Так, например, свыше 60% женщин ежегодно обращаются за помощью к акушеру–гинекологу именно в связи с тазовыми болями.

При наличии повреждающего фактора в органе-мишени вырабатываются провоспалительные цитокины, которые вызывают большой поток афферентных импульсов в ЦНС, где возникает очаг возбуждения, провоцирующий нейрогенное воспаление, под воздействием которого запускается локально возникающий порочный круг. Данная реакция вызывает поток эфферентных импульсов как в пораженный орган, так и в соседние органы. Это, в свою очередь, провоцирует выброс фактора роста нервов (NGF), что приводит к росту С-волокон и аффилированных к ним рецепторов (P2X3 и TRPV1), концентрация которых коррелируется с длительностью и интенсивностью процесса, что снижает порог болевой чувствительности.

Методы лечения СХТБ:

• Медикаментозное, в зависимости от превалирующей симптоматики (антибиотики, НПВС, миорелаксанты, антидепресанты, и т.д.)

• Физиотерапевтическое (магнито-, лазеро-, термо-, ударноволновая терапия, тибиальная нейромодуляция, блоуфидбэк терапия и т. д.)

• Инвазивные методы (ботулотоксин, блокады, декомпрессия полового нерва, сакральная нейромодуляция).

8-15% пациентов не удовлетворены результатами лечения!

Новым методом лечения хронической тазовой боли в составе комплексной терапии является введения препарата рекомбинантной гиалуроновой кислоты «Реви»в тригерные и паравертебральные точки.

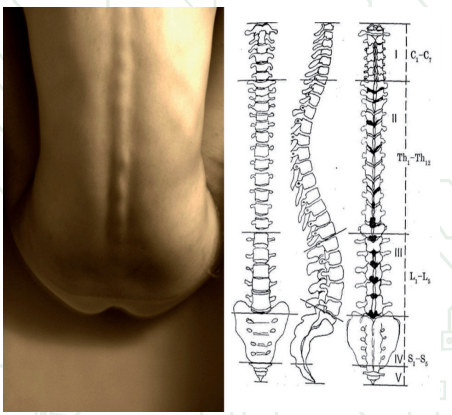


Рис. 1 Способ введения «Реви» - 1,5 см от остистых отростков, по 0,02 мл, шаг 1 см, глубина 1-1,5 мм.

Механизм действия:

• Стабилизирует клеточные мембраны.

• Нейтрализует свободные радикалы.

• Реактивирует дренаж.

• Блокирует действие провоспалительных цитокинов.

• Прекращает механизм альтерации.

• Нормализует гомеостаз ткани.

• Блокирует выброс тучными клетками биологически-активных веществ, уменьшая отек и воспалительную реакцию.

Все это приводит к уменьшению и исчезновению болевого синдрома.

Препарат «Реви» способствует стабилизации мембран клеток в условиях стресса, создает условия для нормальной жизнедеятельности клетки, которая борется с токсинами и свободными радикалам, что устраняет синдром хронических тазовых болей и повышает качество жизни пациентов.

По вопросам приобретения препарата обращайтесь:

+7 (499)611-76-19
malininao@mail.ru
m.petrova@mks.su

Трамадол в лечении преждевременной эякуляции

Команда американских урологов Bar-Or D, Salottolo KM, Orlando A и др. провела изучение препарата трамадол в форме ODT*. Этот препарат применяется для лечения преждевременной эякуляции (при продолжительности полового акта менее 2 минут). Исследование было призвано оценить безопасность трамадола ODT (Zertane) и его эффективность в продлении интравагинального времени задержки эякуляции (ИВЗЭ) и улучшение баллов профиля преждевременной эякуляции (ППЭ).

Авторы исследования провели комплексный анализ двух одинаковых 12-недельных рандомизированных двойных слепых плацебо-контролируемых испытаний фазы 3 в 62 центрах в Европе. В них оказались включены здоровые мужчины 18-65 лет с историей непрерывной ПЭ. В выборе пациентов урологи руководствовались 4-м изданием Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам и ИВЗЭ ≤ 120 сек. В анализ было включено 604 пациента, изъявившими желание лечиться.

Субъекты были рандомизированы 1:1:1для получения плацебо (n = 200), 62 мг трамадола ODT (n = 206) или 89 мг трамадола ODT (n = 198).

Авторы измерили общие показатели ИВЗЭ и среднее изменение всех четырех составляющих ППЭ. Различия между группами были проанализированы с помощью теста Вилкоксона, вариантного анализа и др.

Прием трамадола в форме ODT привел к значительному увеличению средней ИВЗЭ по сравнению с плацебо (на 0,6 мин. – группа плацебо, на 1,2 мин. - трамадол 62 мг и 1,5 мин. - трамадол 89 мг, $p < 0,001$ для всех сравнений). Мужчины отметили значительно выраженное улучшение всех четырех показателей ППЭ в обеих дозах по сравнению с плацебо ($p < 0,05$ для всех сравнений). Также выяснилось, что трамадол ODT хорошо переносится: прекращение исследования произошло у 0% пациентов в группе плацебо, 1,0% в группе трамадола ODT 62 мг и всего лишь 1,6% - в группе трамадола ODT 89 мг.

* аббревиатура ODT означает orally diluted tablet – т. е. рассасываемая таблетка.

Прим. редакции. Метод является экспериментальным, не рекомендуется к практическому применению.

Применение вагинального слинга без натяжения в лечении стрессового недержания мочи

Урологи из Университета Insubria (Италия) представили результаты 10-летнего наблюдения за одной из самых эффективных и популярных ныне процедур для хирургического лечения недержания мочи (НМ) при напряжении - позадилонного вагинального слинга (TVT) без натяжения.

Специалисты провели проспективное эксплоративное исследование. Женщинам с доказанным НМ устанавливали TVT (стандартная позадилонная TVT). Пациентки с недержанием смешанного типа и/или анатомическим тазовым пролапсом были исключены.

Перед операцией пациентки проходили клинические и уродинамические исследования. При контрольных осмотрах в послеоперационном периоде оценивалась субъективная удовлетворенность и объективные результаты лечения.

В исследование были включены 63 пациентки. Через 10 лет наблюдения 5 пациенток (8%) оказались недоступны для оценки. 10-летние субъективные, объективные и уродинамические показатели излечения составили 89,7%, 93,1% и 91,4% соответственно. Эти показатели были стабильными в течение всего периода исследования (p> 0,99). Гиперактивный мочевой пузырь de novo наблюдался у 30,1% и 18,9% пациентов после 3-месячного и 10-летнего наблюдения соответственно. В общей сложности 84,2% женщин с гиперактивностью детрузора получали антимускариновые препараты, но 12 недель спустя у 43,8% наблюдалась резистентность к ним.

По данным многофакторного анализа, максимальное давление детрузора во время фазы наполнения > 9 см H2O и максимальное давления детрузора во время фазы мочеиспускания ≤ 29 см H2O были независимыми прогностическими факторами рецидива НМ. Большое значение в развитии рецидива НМ играло ожирение.

Результаты этого исследования показали, что TVT является весьма эффективным средством лечения стрессового недержания мочи у женщин, демонстрируя очень высокий уровень излечения с низким уровнем осложнений после 10-летнего наблюдения.

Мочекаменная болезнь в мире

Шадеркина В.А., Болотова Е.В.

В настоящее время мочекаменная болезнь – второе по распространенности урологическое заболевание в мире. Образование конкрементов в почках и мочевыводящих органах выявляется во всех возрастах, но наиболее этому подвержены люди трудоспособного возраста. К тому же достаточно часто мочекаменная болезнь имеет наследственный характер и нередко склонна к тяжелому течению и рецидивам.

По данным мировых исследований, уролитиаз имеет явно выраженную тенденцию к увеличению частоты случаев заболевания. В связи с этим МКБ является актуальной проблемой не только урологии, но и всей медицинской практики в целом.

Распространенность и эпидемиология

Во многих странах мира, в том числе и в России, мочекаменная болезнь диагностируется в 32 – 40 % случаев всех урологических заболеваний, занимая тем самым второе место после инфекционно-воспалительных.

По статистике, наибольшее распространение мочекаменной болезни характерно для Малой Азии, Северной Австралии, Северо-Восточной Африки и южных областей Северной Америки. В Европе заболевание достаточно популярно в Скандинавских странах, Англии, Нидерландах, Венгрии, Италии, южных районах Австрии, Германии и Испании, а также во всей Юго-Восточной Европе. Что касается России, то наиболее часто мочекаменная болезнь встречается на Кавказе, Урале, в Поволжье, в Сибири и некоторых других регионах России. В этих эндемичных зонах на распространение МКБ сказывается влияние климата и избыток кальциевых солей в воде и пище, а также избыточная мясная диета и недостаток витаминов.

По статистике, ежегодная заболеваемость мочекаменной болезнью в мире составляет от 0,5 до 5,3 %, причем, как уже было сказано, наблюдается тенденция к значительному увеличению этих показателей. В частности в России, согласно данным на 2010 год, мочекаменная болезнь составляет 38,2 % случаев от всех урологических заболеваний, в 15 – 30 % случаев характерны случаи двустороннего уролитиаза. МКБ

у женщин встречается в три раза реже, чем у мужчин, однако у них часто наблюдается образование коралловидных камней – 70 %. Заболевание популярно у людей 20 - 60 лет, в детском и старческом возрасте редки случаи первичного обнаружения.

Виды камней в мочевыводящих органах и почках достаточно различны: в 70 - 80 % случаев заболеваний МКБ мочевые камни являются неорганическими соединениями Са - оксалаты, фосфаты, а камни из производных мочевой кислоты встречаются в 10 - 15 %, магнийсодержащие камни – в 5 – 10 %, реже всего отмечается возникновение белковых камней – до 1 % случаев. Наиболее часто наблюдается образование смешанных камней. Надо сказать, что от возраста больного, как правило, зависит тип мочевого камня, например, для людей старшего возраста с МКБ характерно образование мочекислых камней. В целом, по данным урологических исследований на 2011 год, в южных регионах страны доминируют камни из соединений мочевой кислоты, а в Московском регионе – оксалаты.

Однако исследования подтверждают, что случаи заболеваемости МКБ неуклонно растут: если в 2002 году, по статистике, распространенность заболевания составляла 535 800 случаев, то к 2009 году она увеличилась до 738 130 случаев.

Существует одно интересное наблюдение, проведенное американскими учеными из Техасского университета, опубликованное в 2010 году в издании Proceedings of the National Academy of Sciences, где утверждается, что к 2050 году в результате повышения температуры в самых засушливых районах США заболеваемость МКБ может увеличиться на 30 %, то есть на 2,2 млн человек. Аналогичные прогнозы даются и российскими урологами, что позволяет называть МКБ болезнью цивилизации.

Причины заболеваемости мочекаменной болезнью

На сегодняшний день существует множество причин заболеваемости мочекаменной болезнью, однако наиболее популярными из них являются следующие:

1. Увеличение продолжительности жизни;
2. Гиподинамия;
3. Повышенное потребление белковых продуктов и алкоголя;
4. Возрастающее психоэмоциональное напряжение жизни;
5. Применение некоторых медикаментозных средств;
6. Ухудшение экологической обстановки;
7. Нарушения фосфорно-кальциевого обмена в организме;
8. Неважное качество питьевой воды.

Если смотреть в целом на ситуацию, то немалое влияние на образование камней в мочевыводящих путях и почках оказывают климатические, географические факторы, жилищные условия, профессия и генетические особенности (ферменто- и тубулопатии) человека.

Кроме того, причинами камнеобразования могут служить и факторы местного характера:

• Воспалительные процессы почек и мочевыводящих путей;

• Различного рода аномалии;

• Обменные и сосудистые нарушения в почках и в организме в целом.

Еще один очень важный фактор риска образования камней — уменьшение оттока мочи из мочевых путей, причинами которого являются различного рода сужения верхних мочевых путей (мочеточников, лоханочно-мочеточникового сегмента), а также функциональные нарушения деятельности мочевых путей - для выявления их необходимы сложные исследования.

Этиология и патогенез

В настоящее время выяснение причин и механизмов возникновения МКБ по-прежнему остается актуальным, так как проблема не решена по сей день. Большое количество теорий объясняют лишь некоторые звенья в цепи факторов, приводящих к уронефролитиазу. Однако большинство ведущих урологов мира сходятся на мнении о том, что в здоровых мочевом пузыре и почках камень образоваться попросту не может.

Выделяется несколько факторов, способствующих образованию камней:

• экзогенные;

• патогенетические - климатические и геохимические условия, особенности питания;

• эндогенные (общие) - гиперфункция околощитовидных желез, вызывающая нарушение фосфорно-кальциевого обмена, нарушение нормальной функции желудочно-кишечного тракта;

• эндогенные (местные) - изменение нормального состояния почки и мочевых путей, приводящие к застою мочи.

По составу почечные камни делятся на:

• оксалаты, состоящие из кальциевых солей щавелевой кислоты, как правило, плотные, черно-серого цвета камни с шиповатой поверхностью, а кровяной пигмент окрашивает их в темно-коричневый или черный цвет;

• фосфатные камни, состоящие из кальциевых солей фосфорной кислоты. Это гладкие камни, иногда слегка шероховатые, мягкой консистенции, белого или серого цвета, легко дробятся, быстро растут;

• ураты - из солей мочевой кислоты, желто-коричневого цвета, гладкие, твердой консистенции;

• карбонатные камни, состоящие из кальциевых солей угольной кислоты. Они белого цвета, гладкие, мягкие, различные по форме;

• цистиновые камни образуются из сернистого соединения аминокислоты цистина. Это желтовато-белые камни, мягкой консистенции, с гладкой поверхностью;

• белковые камни состоят в основном из фибрина с примесью солей и бактерий.

Тактика ведения пациентов с МКБ

Диагностика уролитиаза, как правило, основывается на жалобах больного, данных анамнеза, физикального осмотра, результатах их лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных и ультразвуковых методов исследования. После анализа этих данных вырабатывается строго индивидуальная лечебная тактика.

Подход к обследованию и последующему лечению больных с МКБ должен быть подчинен строго определенному алгоритму и ни в коем случае не ограничиваться только удалением камня. Комплексное обследование пациентов с уролитиазом обязательно должно включать:

- определение нарушений обмен веществ;
- выявление функции паращитовидных желе;
- определение гормонального фона;
- анализ состояния иммунной системы;
- выяснение химического состава конкремента.

Тщательное клиническое наблюдение за больными после самостоятельного отхождения камней или использования различных способов их удаления доказывает, что основным фактором рецидива заболевания являются выраженные нарушения обмена веществ. Таким образом, анализ метаболических факторов в первую очередь должно выполняться у детей и у пациентов с рецидивом заболевания. У взрослых с первичными единичными камнями можно обойтись исследованием химического состава конкремента.

Не менее важно при мочекаменной болезни определять функциональное состояние почек и мочевыводящих путей, поскольку во многих ситуациях больных с коралловидными камнями можно наблюдать и лечить консервативно и вовсе не обязательно их оперировать. К тому же снижение функции почки на 50 % считается противопоказанием к проведению популярного в урологической практике метода лечения - дистанционной литотрипсии.

Также необходима и своевременная диагностика инфекций мочевых путей при МКБ, так как их наличие тоже является противопоказанием к оперативному вмешательству. Однако и сама инфекция может явиться причиной образования камней, чаще всего фосфатных.

Одним из наиболее информативных методов диагностики МКБ является спиральная компьютерная томография. С ее помощью хорошо визуализируется не только конкремент, но и вся почка, ее корковый и мозговой слои. Лучевая нагрузка при данном методе диагностики не превышает таковую при обзорной рентгенографии. Однако спиральная компьютерная томография на данный момент пока не нашла распространенного применения в урологической практике как в нашей стране, так и за рубежом в силу своей дороговизны.

Общепринятые меры профилактики

Тенденция к рецидивированию МКБ может достигать 80 %, поэ-

тому в целях избежания рецидивов (по данным проф. В.В. Борисова и проф. Н.К. Дзеранова), необходима профилактика заболевания, основа которой состоит, прежде всего, в соблюдении диеты, нормализующей обмен веществ и биохимию мочи, а также соблюдение нужного питьевого режима.

Диета при мочекаменной болезни вырабатывается в зависимости от химического состава камней. Больным с уратными камнями противопоказаны продукты, способствующие образованию мочевой кислоты (мясная и бобовая пища); с фосфатными — кисломолочные продукты; с оксалатными — различная зелень. Крайне важным условием является прием достаточного количества воды – не менее 1,5 – 2 л в сутки.

В послеоперационный период показаны общеукрепляющие физические упражнения. Необходим индивидуальный подход к больному в зависимости от вида оперативного вмешательства - дистанционное дробление камня или открытая операция с разрезом. Человек на следующий день после открытой операции должен встать и постоять, а на второй — походить. Это нужно для восстановления сил организма. После открытой операции легкие физические нагрузки рекомендуются только через три недели. Но при малоинвазивных вмешательствах существенных ограничений в физических нагрузках, как правило, нет, так как они являются важным фактором, способствующим отхождению конкрементов. К тому же долгое и неподвижное лежание способствует дальнейшему росту камней. Но необходимо избегать чрезмерно интенсивных упражнений, тряски в транспорте и на производствах, связанных с вибрацией, так как в этом случае повышается вероятность того, что камень сдвинется, попадет в мочеточник и закупорит его.

Открытое оперативное вмешательство нередко приводит к ацидозу. В таких случаях в послеоперационный период рекомендуется прием щелочного питья. Пациентам, выписавшимся из больницы после удаления камней, необходим врачебный контроль.

Помимо всех вышеназванных, общепринятых мер профилактики мочекаменной болезни, по рекомендациям европейских и российских урологов основной мерой является необходимое регулярное прохождение урологического обследования.

23 ноября 2012 года в НИИ урологии состоится конференция с международным участием «Мочекаменная болезнь: профилактика, метафилактика»

Адрес проведения: Москва, ул. 3-я Парковая д. 51, стр. 4.

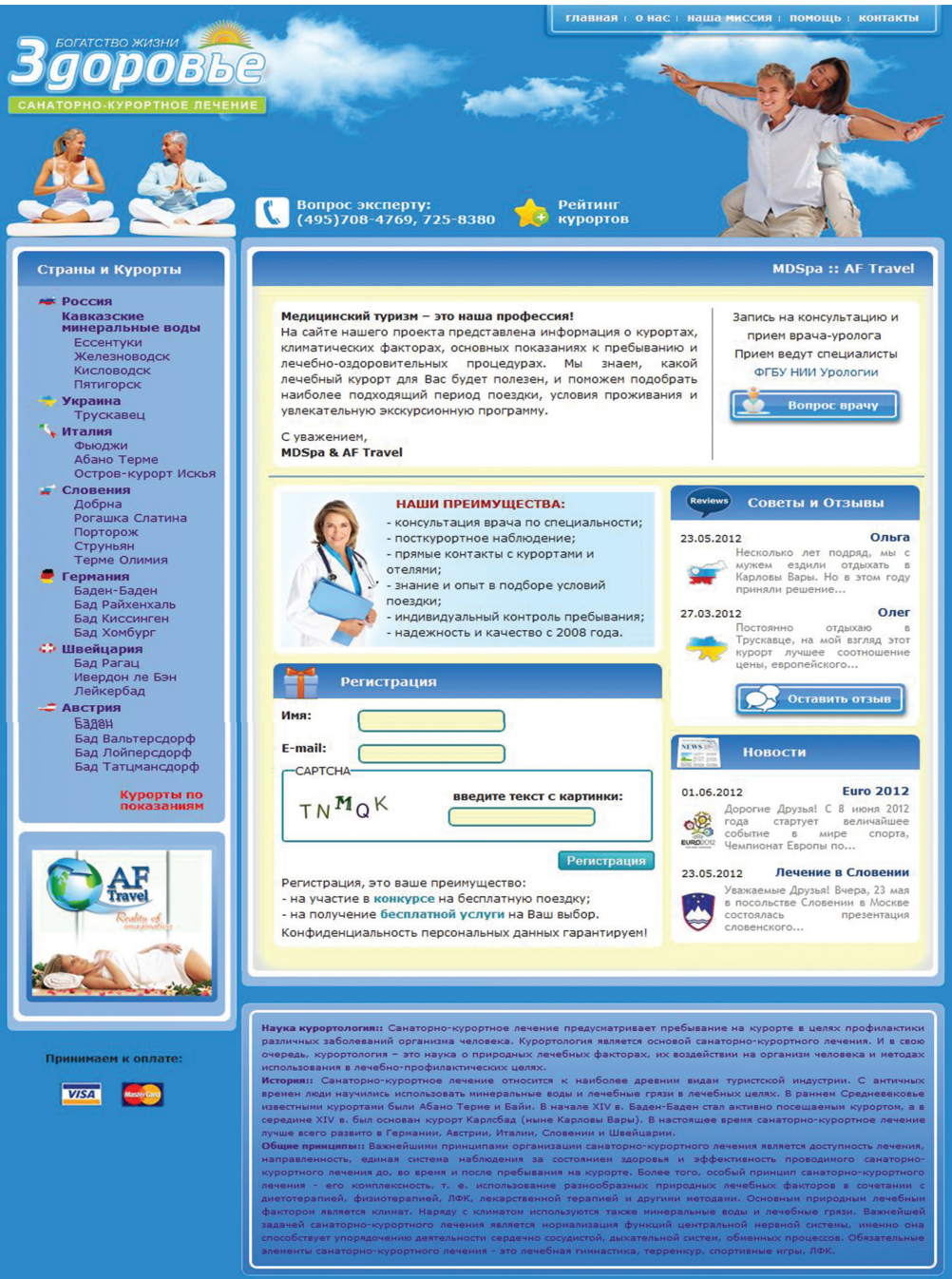
Подробности на сайте ***Uro.ru***

ФГБУ “НИИ Урологии” Минздравсоцразвития России

"Мочекаменная болезнь: профилактика, метафилактика"

23 ноября 2012

Москва
3-я Парковая 51, корп. 4



На сайте mdspa.ru представлена информация о курортах, климатических факторах, основных показаниях к пребыванию и лечебно-оздоровительных процедурах.Специалисты ФГБУ «НИИ урологии», консультирующие на сайте, рекомендуют лечебный курорт для Вас или Ваших пациентов, а менеджеры помогут подобрать наиболее подходящий период поездки, условия проживания и увлекательную экскурсионную программу.