

Дайджест УРОЛОГИИ

Выпуск № 4 август 2014

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ:

Селигер: не только бизнес, но и забота о здоровье

Поздравляем! Лучшие урологи и онкоурологи России 2014 года!

Антивещество на медицинской службе

Урологический десант в Испании



TEMA HOMEPA:

Профессии врача немного не хватает честности



10-12 сентября 2014 г.

САРАТОВСКИЙ АКАДЕМИЧЕСКИЙ ТЕАТР ОПЕРЫ И БАЛЕТА

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕМЫ КОНГРЕССА

- Научно-образовательная интеграция в урологии
- Фармакотерапия урологических заболеваний
- Значимость лучевых методов в диагностике и лечении урологических заболеваний
- Диагностика и лечение мочекаменной болезни у взрослых и детей
- Современные подходы в диагностике и лечении аденомы и рака простаты
- Интеграция урологии, гинекологии и абдоминальной хирургии
- Уроонкология
- Интегративные преемственные подходы в детской и взрослой урологии
- Уроандрология
- Травма мочеполовой системы и нейроурология

Вопросы, связанные с участием в конференции

(регистрация, оплата участия, проживание, заказ туристических услуг, спонсорство):



Генеральные спонсоры:





Платиновые спонсоры:





•

Содержание

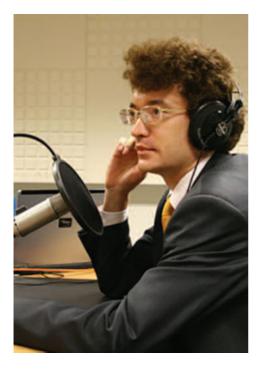
•>>>	Тема номера: «Профессии врача немного не хватает честности»	
· 》	Незабываемый стойкий Остров Свободы	
· 》	Селигер: не только бизнес, но и забота о здоровье	
· 》	Поздравляем! Лучшие урологи и онкоурологи России 2014 года!22	
·»	ЗвоНОК на занятия	
· 》	Анонс курсов дистанционного образования по теме «Профилактика,	
	консервативное лечение и метафилактика мочекаменной болезни »	
·»	Биологически активная добавка к пище «СПЕРОТОН»	
· 》	Применение экстракта клюквы в урологической практике:	
	взгляд клинического фармаколога	
·»	Современные возможности применения технологий на основе	
	использования ультразвука в урологии40	
·»	Антивещество на медицинской службе	
·»	Трансректальная биопсия предстательной железы	
·»	Мастер-класс «Лечение эректильной дисфункции: хирургия или терапия?»58	
·»	Особенности пренатальной диагностики60	
·»	«Виагра» повышает риск развития у мужчин меланомы	
· 》	МУФАС возбудило дело в отношении ООО «Берлин-Хеми/А. Менарини» 69	
· 》	Обрезание: мифы и факты	
· 》	Планируется перевод врачей на эффективный контракт71	
·»	Урологи Подмосковья будут работать и учиться по новой программе72	
· 》	Диспансеризация выявила урологические заболевания у тысячи	
	петербургских детей	
·»	Россияне назвали основные причины проблем со здоровьем	
· 》	Клинические исследования в России проходят с нарушениями	
·»	Правительство РФ предложило увеличить возраст врачей,	
	участвующих в программе «Земский доктор»	
· 》	Инстилляции препаратов в мочевой пузырь: поиск новых методик 79	
·»	Антиоксиданты в лечении нейрогенной эректильной дисфункции82	
•>>>	Урологический десант в Испании	

••>>>

Тема номера

Профессии врача немного не хватает честности

Медицина – не точная наука и не всегда может дать гарантии. Врач – не автослесарь, и иногда случается так, что результат его работы не устраивает пациента. Бывает даже так, что усилия врача оказываются бессильны и пациент погибает. Результат – конфликт между врачом и пациентом или его родственниками. Мы решили поговорить об этой ситуации с президентом Лиги защитников пациентов Александром Саверским, который уже полтора десятка лет занимается урегулированием подобных конфликтов.



Считаете ли вы адекватной действующую систему урегулирования конфликтов «врач — пациент»? Каких исправлений и дополнений она требует?

К сожалению, в России фактически не существует никакой системы разрешения подобных конфликтов, а уж тем более их профилактики. Мы же не можем всерьез говорить о том, что уголовные суды и гражданские суды – это система разрешения конфликтов. Это система их генерации, нагнетания, но ни в коем случае не их разрешение, особенно – такое, какое влекло бы за собой удовлетворение сторон. В том смысле, что это бы влияло благотворно на общество. Потому что если пациент выиграл крупный иск, это стимулирует других

пациентов к походу в суды. Это происходит в США, там пациентские иски становятся большим бизнесом. Не дай Бог нам пойти по этому пути, этот вопрос связан с системой страхования ответственности врачей и этот путь – это раскрутка конфликтов. Медицине это никак не поможет и врачи это должны понимать.

С другой стороны, можно ли вообще избежать конфликтов? Конечно же, нет. Медицина - это та область, где смерть пациента, особенно ребенка, приведет к тому, что родители или родственники будут пытаться найти виновного и понять правду до конца своих дней. Это очень непростая область, где огромную роль в разрешении конфликтов играет сам врач. На мой взгляд, 90% конфликтов возникает из-за того, что врач не умеет или не хочет разговаривать с пациентом или его родными. Здесь все начинается. Все зависит от того, как вы поговорили с человеком. Даже если у него жуткая потеря близкого человека, или ноги-руки, от того, как врач поведет себя в этой ситуации, зависит то, что произойдет дальше. Когда в ответ на смерть двух близких людей офицеру службы безопасности Президента, который потерял жену и ребенка после родов главврач говорит: «Это ты виноват в их смерти, это ты их заразил!», хотя там была банальная инфекция всю беременность, и достаточно было просто дать антибиотик хотя бы во время родов, что еще этот главный врач может

ожидать от такого отца? Конечно, только войны. Я долго пытался найти ответ, что должен делать врач, который попал в такую ситуацию. Ответ нашел, к сожалению, не в России, а в Болгарии. Там пациентка сообщала, что когда ее мама родила, видимо, врач совершил какую-то ошибку, и мама потеряла все детородные органы. Когда она выписывалась, врач встал перед ней на колени и сказал: «Пока мы причиняем вам боль, мы не можем считать себя цивилизованными людьми, извините!».

Я почему-то себе не представляю такую ситуацию в России, к сожалению. По крайней мере, за 15 лет защиты прав пациентов, таких историй я не слышал. Наши врачи не умеют извиняться. Хотя, конечно, надо оговориться: врачи тех пациентов, которые попадают к нам, не умеют извиняться. Наверняка есть врачи, которые умеют извиняться – и их пациенты к нам не приходят. Я в это верю.

Но та часть пациентов, которая приходит к нам, они уже «заряжены» врачами на войну. Их врачи убегают от разговора, грубят, ничего не могут сказать. Есть большая часть врачей, которым нужно научиться себя вести.

Если же говорить о пациентах, о том, что и ему нужно уметь себя вести – это так. Нужно. Однако у него совсем другая ответственность: он рискует своей жизнью. Потому что если он чего-то недопонял, не выполнил назначение врача, это его здоровье и его жизнь.

Тема номера

"Лига защитников пациентов" предоставляет подробные указания по ведению конфликтных ситуаций для пациентов и их близких. Вы этим занимаетесь уже 15 лет. А куда обращаться и что делать врачу в случае конфликта?

Как бы не было врачу жестко в его административно-командной системе, на самом деле, она его и защищает. Сколько у нас было конфликтов – так и было. По одной простой причине: если признают виновным врача, виновным признается и учреждение, в котором он работает и даже субъект федерации. Потому что если сумма иска достаточно серьезная, платить бюджет этого субъекта. Потому мнение, что врач находится в тех же условиях, что и пациент - это иллюзия. Пациент находится один против системы. Это не говорит о том, что врач всегда неправ, а пациент прав. Это просто констатация факта. Врачам надо это понимать.

У врачей могут быть разборки внутри системы, но если дело доходит до уголовной или гражданской ответственности, то система всегда становится на сторону врача. Тем более, что гражданской ответственности у врача быть не может вообще. Согласно статье 1068 Гражданского кодекса, всю ответственность за работника несет работодатель. Поэтому когда говорят о страховании ответственности врача, то я просто улыбаюсь. Страховать нечего,

ответственности нет. Всю ответственность несет юридическое лицо. Если же речь идет о защите в каких-то ситуациях, не связанных с врачебной ошибкой – каких-то криминальных делах, нападение на врача, угрозы и т.п., то есть обычная защита – обращение в полицию и в прокуратуру.

Я считаю серьезной ошибкой тренд Национальной врачебной палаты на самостоятельность врача. То, что есть в Европе, в Америке... У нас совершенно другая модель здравоохранения. Если там изначально, исторически и непрерывно отношения строились вокруг врача и от него, то у нас в 1917 году эта модель была сломана, и у нас возникли учреждения здравоохранения. И с созданием этих учреждений медицина перешла от медицины, которая основывается на умениях одного врача, к высокотехнологичной области науки и практики, где несколько врачей или даже учреждений оказывают пациенту помощь. В этом смысле, откатываться к медицине, основанной на отдельных врачах - глупо и технологически бессмысленно. У нас в основе системы здравоохранения находятся учреждения - пусть они там и находятся. Это система, созданная Семашко, она одна из лучших в мире и весьма эффективно используется во многих странах. Но как в этой системе защищен врач? Там профсоюзы имели серьезные права. Вот что нужно делать - не создавать некие саморегулирующиеся общества по образцу

Я считаю серьезной ошибкой тренд Национальной врачебной палаты на самостоятельность врача. У нас врач – не субъект права, у него стетоскоп даже подчас – не его собственность. Чем он будет отвечать перед пациентом или ЛПУ?

врачебных палат, как на Западе. У нас врач – не субъект права, у него стетоскоп даже подчас – не его собственность. Чем он будет отвечать перед пациентом или ЛПУ? А вот мощное профсоюзное движение – это то, что можно и нужно создавать. Так что я рекомендую врачам проявлять свою активность в этом направлении.

Одно дело, когда есть конфликт врача и пациента. Тут на защиту врача становится администрация и система. Если есть конфликт врача с системой, на его защиту должен встать профсоюз, о котором вы только что сказали. А вот в случае публикаций в СМИ о «врачах-убийцах». Как здесь защищаться врачу?

Если статья о «врачах-убийцах» вообще, то это более сложный вопрос. А если публикация говорит о конкретном враче, то я не вижу ничего зазорного в том, чтобы обратиться в прокуратуру и просить возбудить уголовное дело по статье «Клевета», ее недавно вернули. Потому что действительно есть пациенты, которые неадекватно оценивают случившееся, и мы иногда становимся тем буфером, который ограждает врачей

от подобных пациентов. Бывает так, что к нам приходит взбешенный пациент, а мы ему разъясняем: «Вам на самом деле, жизнь спасли». К примеру, обращался к нам мужчина, который заявил: «Я только два года спустя узнал, что у моей жены удалили матку. Из-за врачей мы не сможем иметь второго ребенка, помогите нам их засудить!» Начали разбираться, а там был случай атонического послеродового кровотечения, крови в час. И тут либо смерть, либо удаление матки. И до этого врачи все делали правильно. И мы объясняем, что в этом случае ему нужно не судиться, а пойти к врачам и поблагодарить их, поскольку они спасли жизнь его жене.

Хорошо. Возьмем «сферическую ситуацию конфликта врача с пациентом в вакууме». Врач считает, что он прав, пациент считает, что врачиубийцы, начинается жесткий конфликт.

Текущая ситуация, когда, как вы говорите, врача прикрывает система, и она же разбирается с пациентом (даже если он неправ) – эта модель не направлена на предотвращения конфликтов. Что можно сделать, чтобы исправить ситуацию? ■

Тема номера

Прежде всего, система должна научиться признавать свои ошибки. Если она их не признает, она и не учится, и не исправляется. Я, к сожалению, часто слышу такую чушь от экспертов в судах! Когда эксперт говорит: «Не дали при сепсисе антибиотик? Ну и что, это же может быть небезопасно...» А это профессор, доктор наук, и еще и заявляет: «Я сейчас пойду и расскажу студентам, как вы стандарты используете». Это при том, что в любом учебнике и в стандартах Минздрава написано именно это: при сепсисе обязателен антибиотик. Становится страшновато - он же учит врачей.

Так что у корпоративной врачебной системы есть две стороны. Позитивная - обучающие программы, выработка единого языка, защита имущественных интересов... А когда защищают в подобных случаях... Ребята, учитесь признавать свою вину. Чем раньше вы признаете свою вину, тем легче будет погасить конфликт. Кто вам сказал, что люди пойдут в суды? Ведь если вдуматься, о том какое количество врачебных ошибок совершается ежегодно... По самым скромным оценкам, от 40 миллионов госпитализаций в год в нашей стране, 10% - с дефектами медицинской помощи. Это четыре миллиона врачебных ошибок и погрешностей в год только в стационарном звене. А новых исков в год - около пятисот. Даже не тысячи исков. Где анализ этих ошибок? Только страховые компании ими

занимаются. Но они тупо зарабатывают деньги на этих ошибках, пациенту об этом не сообщают, никакого вывода из ошибок не делается. Штраф? Подумаешь, штрафы. А ведь система ответственности призвана не только наказывать, но, благодаря анализу ошибок, способствовать улучшению качества медицинской помощи. Этого, увы, не происходит. Поэтому и пациент не удовлетворен, и врач не удовлетворен. В итоге побеждает тот, кто смог кому лапшу на уши повесить. Пациент пожестче может доказать свою правоту, даже, если он неправ - вот, что самое страшное. Система иногда прогибается и в таких случаях. Правда, я видел только одно судебное разбирательство, когда пациент выиграл, не имея для того достаточных оснований. Все-таки, в суде уже все достаточно четко: есть достаточно доказательств - у тебя есть шансы, нет - то и никто тебе подарков не сделает. Другое дело, что врачи часто не умеют защищаться и часто даже в историях болезни пишут такую чушь. Оказывается, для того, чтобы выиграть в суде, нужно уметь еще и грамотно писать истории болезни, а не так, чтобы они обернулись против тебя в сочетании, скажем, с входящими документами и с протоколом вскрытия. Часто со стороны пациента бывает именно так: мы знаем, что реальная история была другая, и в чем вы виноваты, но доказать именно этого не можем. Приходится судиться вокруг того, что вы написали в истории болезни.

Поэтому, резюмируя, скажу: чем раньше врач и учреждение признает свою ошибку, тем лучше. И далеко не факт, что за этим последует иск или уголовное преследование. Особенно, если это сделать корректно и участливо.

Поговорим об ошибках. В знаменитом сериале «Доктор Хаус» заглавный герой однажды говорит студентам: «... вы должны понимать, что однажды вы убъете человека, рано или поздно – вы ошибетесь. Если вы к этому не готовы, выберите другую профессию». Есть ли у врача право ошибаться? Бывают ли простительны врачебные ошибки? И есть ли вообще такой юридический термин «врачебная ошибка»?

Термин «ошибка» существует, но он называется «казус». Говоря корректным юридическим языком, это – ненаказуемое деяние, которое человек совершает

Ошибка – это случайность, в том смысле, что человек был уверен, что делает все правильно и не было шанса понять, что что-то не так.

К примеру, поступает по скорой помощи «тяжелый» пациент с загрудинными болями. Что делать? На диагноз -20 минут. Дифференциация - инфаркт, воспаление легких, невралгия. Фактически, врач подбрасывает монетку, и начинает спасать пациента от чего-то из этого. Вряд ли от невралгии – либо от инфаркта, либо от воспаления легких. К примеру, от инфаркта, а в итоге оказывается, что это желудочное кровотечение. И все, не попал. У кого поднимется рука обвинять этого врача? У меня - нет. У него действительно было 20 минут, он сделал выбор исходя из того, что у него было. Но вот если у врача были при всем при том же сутки – и он не понял, что это – желудочное кровотечение, тогда он однозначно виноват. И такие случаи бывают.

...учитесь признавать свою вину. Чем раньше вы признаете свою вину, тем легче будет погасить конфликт... Ведь система ответственности призвана не только наказывать, но, благодаря анализу ошибок, способствовать улучшению качества медицинской помощи. Этого, увы, не происходит.

в состоянии обоснованной уверенности в том, что он действует правильно. Когда из материалов дела видно, что любой другой квалифицированный врач на его месте мог бы поступить так же. Главный вопрос – предпринял ли врач надлежащие усилия для устранения опасности для жизни. Умер ли пациент или нет – это, как ни странно, вопрос вторичный. 309-я статья Гражданского ■

Тема номера

кодекса - это статья, которую нужно знать каждому врачу. Там написано, что обязательства должны выполняться в соответствии с законом, приказами, иными нормативными актами, а также в соответствии с обычаями, принятыми в этой области. То есть, если нет стандарта, но в свежем научном пособии или учебнике написано делать так, и ты так сделал - ты молодец. Но если ты этого не сделал, ты в любом случае виноват. И неважно, что дальше произошло с пациентом. Неважно для факта виновности, конечно, если пациент после этого погиб, по идее - тюрьма твой дом. А если же ты выполнил все, что требовалось, а пациент умер - ты не виноват.

А если врач не сделал то, что должен был, но пациент выжил и выздоровел, это как-то квалифицируется уголовным кодексом?

Это называется «оставление в опасности» – 125 статья УК. Если же пациент умер или получил вред здоровью, это другая статья – «неоказание помощи больному, повлекшее за собой средний или тяжкий вред здоровью, либо смерть» – 124 статья Уголовного кодекса. И по 125-й статье не нужно доказывать причиненный вред. Не выполнил стандарт – ты виноват. У нас есть случай приговора на два года условно и 10 тысяч рублей штрафа просто за то, что врачи не приняли в роддом со схватками. Врач не увидел дискоординацию

родовой деятельности и не принял. Хотя там погиб ребенок, но за смерть плода при родах у нас не судят. Здоровью роженицы ущерба не было нанесено и судили по 125-й статье.

Каков, по данным лиги, уровень удовлетворенности граждан России ситуацией в здравоохранении на сегодня?

Оценки очень разные. Но, по моим сведениям, 60% недовольных – это самое лучшее, что я слышал. А так, по разным источникам, от 70 до 90 процентов недовольны. Конечно, крайней оценке я не очень доверяю, это МК давал в 2012 году по данным Левада-центра. А все опросы ВЦИОМ дают от 60 до 70 процентов неудовлетворенности.

А есть ли динамика? Улучшениеухудшение?

По моим ощущениям, есть некое чувство стабильности. Слава Богу, не происходит ухудшения. Все последние годы до 2012 года было стабильное ухудшение. Сейчас такая точка нестабильности – либо все вообще рухнет, либо мы всетаки начнем двигаться. Но это будет при одном условии – что мы будем понимать, куда двигаться. Сейчас такого понимания нет, мы до конца не определились, какое здравоохранение мы строим. То ли это частная модель, рыночная, то ли страховая, то ли государственно-бюджетная. У нас все одновременно в одном флаконе.

Но так же невозможно! Неопределенность убивает все. Пока мы не уберем из медицины эту неопределенность, не медицинскую неопределенность, там понятно, она всегда будет существовать, а именно правовую неопределенность в организации медицинской помощи, у нас все будет разваливаться.

Насколько важна для снижения количества и уровня конфликтов работа врача по разъяснению того, что он делает для пациента. Не подписание формального информированного согласия, в котором пациент ничего не понимает, а именно разъяснение своей работы?

Диалог пациента с врачом, на мой взгляд, имеет основополагающую роль. Мы его утратили, это объективная реальность. Потому что закон, прокурор требует, прежде всего, бумаг, а про диалог ничего не говорит. Поэтому задача Минздрава в выстраиваемой модели здравоохранения - найти правильный баланс между формализацией процесса лечения, бумажками и возвратом к диалогу. Многие вещи скрыты от врача, пока он не общается с пациентом. Ведь болезнь имеет способность проявляться в разговоре. Человек должен описать, что с ним происходит. Анализы важны, но диалог - тоже. Он даже важнее, потому что врач может найти слова, которые развернут пациента в правильном направлении. У меня у самого было несколько случаев, когда я после беседы с врачом сумел избежать операции или серьезных осложнений.

Это безумно важно. Я на лекциях врачам всегда задаю вопрос: как вы считаете, врач обязан информировать пациента о лечении и вариантах, пациент вправе получить информацию? Согласитесь, это разные модели. По первой модели врач говорит: «я обязан вас проинформировать», после чего отбарабанивает непонятный пациенту текст, а тот слушает и ничего не понимает. На полчаса, в полном объеме, в рамках учебника... Представляете себе такое? Конечно, это бред. А закон говорит другое: пациент вправе получить информацию. А это значит, что спрашивает, а врач - отвечает. И далее, далее. И врач, и пациент получают в ходе этого новую информацию. А бумажки, подписанное пациентом согласие на все, включая летальный исход, это - система, которая держится на понятиях. Врач считает, что раз он такую бумажку получил, то он от всего защищен. На самом деле, если разобраться, что там написано, то он не только не защищен, а, напротив, она работает против него. С другой стороны, информационное согласие на врачебную ошибку у нас не предусмотрено, это абсурд. И еще одна вещь, нужно помнить, что с точки зрения закона, письменный отказ от обращения в суд у нас недействителен. Какое бы согласие пациент не подписывал, это не лишает его права потом обратиться в суд.

Тема номера

В первых строках памятки для врачей на сайте вашей организации говорится: "Думайте вместе с пациентом и государством о том, как не допустить болезнь, а не о том, как спасать!" Как вы оцениваете уровень развитости профилактической медицины в России? Что требуется для его повышения?

Я как раз сейчас подготовил такой законопроект «Об обеспечении наивысшего достижимого уровня здоровья детей». Длинное и сложное название, оно из международного Пакта экономических, социальных и культурных прав, участником которого Россия является. Для нашей страны это название звучит непривычно, мы часто не подозреваем, что бывают уровни здоровья. Но обратите внимание: у нас есть медицина, это когда человек уже заболел, его надо спасать. У нас есть охрана здоровья: это как раз недопущение болезней, то самое, что называется профилактикой. Этим сейчас тоже занимаются, и чуть больше, чем раньше. Но есть еще один уровень, которым никто и никогда не занимался. Это наивысший достижимый уровень здоровья. «Я здоров, но могу быть еще более здоровым». К примеру – я сейчас ничем не болею и чувствую себя здоровым. Но если я займусь физкультурой, йогой и вообще буду вести здоровый образ жизни, то уровень моего здоровья будет выше. Я стану более здоровым, чем сейчас. И я подумал о том, и описал

это в законопроекте, что государство никогда комплексно не дифференцировало факторы на те, которые положительно влияют на здоровье и те, которые влияют отрицательно. Хорошо бы нам иметь государственный регистр факторов, влияющих на здоровье. Эту работу пока никто не проводил. И ее надо делать. Вот такой вот неожиданный, быть может, ответ на ваш вопрос.

Оцените уровень престижа медицинской профессии в обществе на сегодня. Какое место занимают врачи в социальной структуре, и как им следует себя вести для укрепления своей позиции?

Интересно, что при всем недовольстве медициной, врач остается по-прежнему самой уважаемой профессией. Несмотря на кризис уважения к человеку в нашей стране. Это показывают и опросы ВЦИОМ. Ну а кого еще уважать? Бизнесменов и банкиров? Но это больше не уважение, а зависть. Так что врач и для меня − очень уважаемая профессия, мне в ней сейчас немножко не хватает честности, во многих смыслах, борьбы за чистоту и за свои права (я не зря говорю о профсоюзах). Задача государства − обеспечить врачам достойную заработную плату. Вот и все. ■

С А.Саверским беседовал специальный корреспондент «Дайджеста урологии» А. Паевский



Первое мобильное приложение для урологов

Всегда в курсе всех урологических повостей!



- УДОБСТВО
- БЫСТРОТА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ





























на платформе:

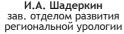






Незабываемый стойкий Остров Свободы







М.Ю. Просянников врач уролог отдела развития региональной урологии

ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России

Республика Куба объединяет около 400 островов, расположенных в тропической зоне, и отличается благоприятным климатом и жизнерадостностью жителей. Дипломатические отношения России и Кубы были установлены в 1902 году, но по-настоящему дружественный характер стали приобретать с середины XX века.



Тому времени Куба была единственным социалистическим государством в Западном полушарии и воспринималась советскими гражданами как 16-я республика СССР. Такое отношение к стране, расположен-

ной за 11 тыс км от границ России, не случайно, и обусловлено тесным переплетением культуры, науки, медицины и других отраслей народного хозяйства.

Мир, счастье, братство людей – вот что нужно нам на этом свете!

М. Твен

Почти полувековое сотрудничество наших стран отразилось на принципах обустройства кубинского здравоохранения, военно-промышленного комплекса и торговли. Это позволило Кубе не только выдержать американское эмбарго, но и предложить мировому рынку ультрасовременные конкурентоспособные услуги и технологии, включая туризм, медицинские и транспортные услуги, подготовку спортсменов, фармакологическую продукцию,

биотехнологии и генную инженерию.

Кубинское здравоохранение также демонстрирует высокие достижения, среди них – самая низкая детская смертность (7,1 на тысячу родившихся живыми); материнская смертность (3,8 на 10 тысяч); смертность детей в возрасте до 5 лет (9,2 на тысячу родившихся живыми), и новорожденных с низким весом (6,7%). По уровню детской смертности, регистрируемой в последние годы, Куба входит в число 25 стран мира с наилучшими показателями и занимает первое место в Латинской Америке и Карибском регионе.

Старый друг лучше новых двух

Июльский визит Президента РФ В. В. Путина на Остров Свободы ознаменовал начало нового уровня эффективного взаимодействия наших государств.



Российско-кубинские переговоры были столь плодотворны, что удалось подписать:

- Соглашение между Правительством Российской Федерации и Правительством Республики Куба о сотрудничестве в области международной информационной безопасности;
- Российско-кубинское заявление о неразмещении первыми оружия в космосе;
- Программу сотрудничества между Министерством культуры Российской Федерации и Министерством культуры Республики Куба на 2014-2016 годы;
- Меморандум о взаимопонимании между Министерством промышленности и торговли Российской Федерации и Министерством промышленности Республики Куба;
- Меморандум между Министерством здравоохранения Российской Федерации и Министерством здравоохранения Республики Куба о сотрудничестве в сфере охраны здоровья мужского населения;
- Меморандум о взаимопонимании между МЧС России и МВД Кубы относительно сотрудничества в рамках дальнейшего развития регионального российскокубинского центра подготовки специалистов пожарно-спасательного профиля;
- Соглашение о сотрудничестве в области увеличения нефтеотдачи на зрелых месторождениях между

События

ОАО «НК «Роснефть» и кубинской государственной нефтяной компанией «Купет»;

- Меморандум о взаимопонимании между ООО «ИНТЕР РАО Экспорт» и кубинской компанией «Уньон Электрика» по подписанию контракта на строительство в Республике Куба четырех энергоблоков единичной установленной мощностью 200 МВт;
- Меморандум о взаимопонимании между ООО «ИНТЕР РАО Экспорт» и Группой по электронике Министерства промышленности Республики Куба по сотрудничеству в области производства и внедрения светотехнических приборов на базе светодиодов;
- Меморандум о взаимопонимании между ОАО «РусГидро» и кубинской компанией «Уньон Электрика».

Российско-Кубинское мужское здоровье

Меморандум о сотрудничестве в сфере охраны Мужского здоровья между Россией и Кубой был подписан В.И. Скворцовой и Роберто Моралес Охеда. Данный меморандум – стратегически важный документ, для развития сотрудничества в сфере здравоохранения двух государств, открывающий перспективы развития для наших систем.

Меморандум о двухстороннем сотруд-

ничестве был подписан в Гаване во время визита Президента России В.В.Путина. Для команды НИИ урологии под руководством директора института профессора О.И.Аполихина – главного специалиста Минздрава России по репродуктивному здоровью – это большой успех. С 2008 года Россия и Куба совершенствовали оказание медицинской помощи мужскому населению. За это время были проведены конгрессы, конференции и круглые столы с приглашением европейских и мировых экспертов. Меморандум стал результатом двухлетнего сотрудничества с кубинскими коллегами.



Подписанный на таком высоком уровне документ гарантирует проведение программных мероприятий по охране мужского здоровья. Особое внимание сильному полу и в России, и на Кубе, да и в мире в целом, обусловлено социальной значимостью мужчины. Сегодня он отец семейства, защитник родины и основная движущая сила на производстве и в других отраслях жизнелеятельности.

Меморандум регламентирует сотрудничество по следующим направлениям:



- а) развитие и расширение отношений в сфере лечения и профилактики урологических заболеваний;
- б) совершенствование оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями мочевыделительной и мужской половой систем;
- в) «электронное здравоохранение», телемедицина и другие информационные и коммуникационные технологии, применяемые в сфере здравоохранения, а также обработка, использование, хранение, защита и обеспечение конфиденциальности информации;
- г) эффективное использование клинических, диагностических, методических, учебных ресурсов и научного потенциала Сторон;
- д) научное сотрудничество и практическая реализация инновационных научных разработок в области урологии.

В рамках этой программы прошли рабочие встречи представителей министерств с обсуждением ее ключевых положений.

В ходе совместного совещания докладчики подробно рассказали об эта-



пах развития кубинского здравоохранения и о его действительном состоянии. Особо было освещено профилактическое направление всей системы кубинского здравоохранения. Приведенные частоты онкологической заболеваемости населения Кубы четко демонстрируют превалирование онкозаболеваний у мужской части социума.

Директор ФГБУ «НИИ Урологии» Олег Иванович Аполихин выступил с докладом о комплексной этапной стандартизованной программе охраны мужского здоровья, требующей особого внимания медицинского сообщества. На данный момент эта тема незаслуженно отодвинута на задний план, что может быть ярко проиллюстрировано фактом, что на 48000 гинекологов в России приходится всего 7000 тысяч урологов. ■



События

В своем докладе Олег Иванович сделал особый акцент на возможные виды организации медицинской помощи, указав, что профилактическая модель, реализованная на Кубе, во много раз эффективнее, модели здравоохранения общества потребления, в которой основной акцент уделяется третичной профилактике и количеству оперативных вмешательств.



Продолжая описание моделей здравоохранения, Олег Иванович выделил эректильную дисфункцию в качестве раннего маркера сердечно-сосудистых заболеваний. Также он отметил, что зачастую мужская слабость на 5-7 лет опережает развитие таких серьезных заболеваний, как инсульт и инфаркт. Поэтому своевременная диагностика и лечение эректильной дисфункции (эндотелиальной дисфункции) и выполнение рекомендаций по ведению здорового образа жизни могут предотвратить серьезные заболевания.

Доклад вызвал интерес у кубинских специалистов. Все участники совещания сошлись во мнении о чрезвычайной



важности охраны мужского здоровья.

Подписание Меморандума – результат обширной совместной работы Кубинской стороны и ФГБУ «НИИ урологии», начавшейся в 2008 году, когда на Первом Российско-Кубинском форуме по андрологии «Стратегические вопросы репродуктивного здоровья мужчин» обсуждались вопросы сохранения мужского здоровья, профилактики заболеваний репродуктивной системы и создания на Кубе оздоровительных военно-патриотических лагерей для мальчиков и юношей из России.



В рамках реализации Меморандума сотрудники НИИ урологии (отдел развития региональной урологии) И.А. Ша-

События



деркин и М.Ю. Просянников приняли участие в нескольких рабочих совещаниях для определения конкретных шагов по этапной реализации программы. Планируется проведение программных мероприятий в г. Гаване и в провинции Матанзас.

Была утверждена рабочая группа

программы со стороны Кубы, в нее вошли: председатель медицинских обществ Педро Велиз, главный уролог Кубы Октавио Гомез и главный андролог Кубы Рамиро Фрагас.

В ходе визита сотрудников НИИ урологии на Кубу были определены этапы реализации проекта. Сегодня происходит статистическая оценка кадровых и материально-технических ресурсов, а также адаптация алгоритма действий для каждого из участников программы.

Опыт Кубы – страны, которая сохранила и приумножила достижения в социальной сфере и здравоохранении, находясь длительное время в неблагоприятной экономической ситуации, может быть полезен России. ■



Селигер: не только бизнес, но и забота о здоровье

5 лет назад озеро Селигер было выбрано местом проведения Всероссийского молодежного форума, целью которого было создание площадки, на которой любой молодой человек или команда смогли бы продемонстрировать свой талант, приумножить человеческий капитал, найти единомышленников и получить общественную и государственную поддержку.



20 по 27 июля 2014 года в рамках второй смены форума молодежных проектов совместно со «Сбербанком», компанией «Деловая среда», компанией «ГАЗ», ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России (Москва) и порталом Nethealth.ru была проведена акция «Мобильный центр здоровья».

Программа акции была направлена на привлечение внимания участников форума к проблемам здорового образа жизни и профилактике урологических заболеваний. Проводился скрининг

наиболее распространенных урологических заболеваний, характерных для лиц среднего возраста (18 - 45) обоих полов, а также метаболического синдрома.



События











Программа обследования состояла из нескольких этапов. В первую очередь проводилось анкетирование всех желающих. Девушкам выдавались 2 типа анкет: по недержанию мочи и факторам риска заболеваний почек. Мужчинам помимо двух вышеперечисленных предлагались анкеты МИЭФ (Международ-

ный Индекс Эректильной Функции) и IPSS (Международная шкала оценки простатических симптомов). Также в раздаточный материал входили памятки по ранним признакам заболеваний, передающихся половым путем и по профилактике цистита у девушек и простатита у мужчин.

События



После анкетирования участникам измерялись различные антропометрические параметры: рост, вес, окружность талии и шеи, окружность бедер у девушек.

Затем анкеты и антропометрические данные передавались врачу-сотруднику НИИ урологии. Высчитывался индекс массы тела, процент содержания жира в теле. Всем участникам выполнялось УЗИ почек, мочевого пузыря, предстательной железы – у мужчин.

По результатам обследования участникам давались рекомендации по дальнейшим действиям, включая обследование и, при необходимости, наблюдение специалиста.

Всего с 21 по 25 июля включительно было обследовано около 430 человек (общее число участников форума около 3000 чел.).

В ходе обследования выявлено:

- 1. Девушек с нефроптозом: 14.
- 2. Случаев хронического простатита: 8.
- 3. Пациентов с эректильной дисфункцией: 4.
 - 4. Пациентов с МКБ: 3.
 - 5. Пациентов с признаками метабо-





лического синдрома: 4.

- 6. 1 пациентка со стрессовым недержанием мочи.
- 7. 1 пациентка с подозрением на новообразование почки.

Итого было выявлено 35 человек с подозрением на различные заболевания, что составило 8,14 % от общего числа опрошенных.

Подобные мероприятия интересны для аудитории, в том числе, молодежной, они несут в себе полезную информацию по профилактике заболеваний и позволяют выявить различные заболевания на ранних стадиях. ■

Материал подготовил врач уролог отдела развития региональной урологии ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России А.А. Цой







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



Поздравляем!

Поздравляем! Лучшие урологи и онкоурологи России 2014 года!

5 июня 2014 года в Министерстве здравоохранения России в преддверии Дня медицинского работника подведены итоги Всероссийского конкурса врачей 2014 года, в котором были определены победители по всем номинациям конкурса.

Центральная конкурсная комиссия открытым голосованием в номинации «ЛУЧШИЙ УРОЛОГ» по каждому призовому месту решила признать победителями Конкурса:



д.м.н., профессор Николаев Сергей Николаевич заведующий уронефрологическим отделением, ГБУЗ «Детская городская клиническая больница №13», г. Москва

2 место

врач-уролог урологического отделения с рентгенооперационным кабинетом, ГБУЗ НО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», Новосибирская область

Феофилов Игорь Викторович



Триандафилов Константин Александрович врач-уролог, зав. отделением, КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница», Кировская область

В номинации «ЛУЧШИЙ ОНКОЛОГ» 1 место занял наш коллега и друг

д.м.н. Сосновский Игорь Борисович врач-онколог, заведующий 2-м онкологическим отделением, ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер №1», Краснодарский край.



От всей души коллектив Интернет форума урологов и Uroweb.ru поздравляет победителей и желает счастья, здоровья и дальнейшего профессионального роста! Не останавливайтесь на достигнутом!!! 105425 г. Москва, ул. 3-я Парковая, д. 51, стр. 4

экспериментальная и клиническая УРОЛОГИЯ

WWW.ecuro.ru

Arkpedutahus Bak

No 22/49 ot 25.05.12

Proper. Mendoding result continue

Cover. Mendoding result

Frenches poecus

Frenches president applies

Frenches p

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

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

Абстракты на английском языке в печатной версии журнала.

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

ЗвоНОК на занятия







И.А.Шадеркин



М.Ю. Просянников



Д.А.Войтко

Мир стремительно меняется: улучшаются средства связи, транспорт, медицинское оборудование. Люди становятся мобильнее, скорость жизни возрастает, расстояния сжимаются. Мы определяем круг своего общения в соответствии с интересами, вне зависимости от географических и временных границ. Количество информации, потребляемой человечеством, многократно возросло. Наш предок, живший в средние века, за всю жизнь мог получить столько же новых фактов, сколько сегодня содержится в одном выпуске центральной газеты.

ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России

авинообразный поток информации заставляет нас адаптироваться к постоянно меняющимся условиям жизни. Образование стало специализированным и суперспециализированным; сегодня можно наблюдать переход к непрерывному обучению, развитию компетенций в течение всей жизни. Специалисты уделяют все больше времени получению новых знаний, как следствие, меняются и способы повышения профессионального мастерства.

Непрерывное самосовершенствование стало возможным благодаря использованию дистанционных образовательных технологиий: доступности образовательных интернет-курсов, онлайн-трансляций конференций с возможностью интерактивного участия и т.д. Как следствие, необходимость очного присутствия снижается, специалист получает доступ к разнообразным и постоянно обновляющимся источникам информации.

Перед нами встает вопрос: «А помогают ли эти перемены справиться с проблемами на пути к освоению профессионального мастерства»?

Известный историк, профессор Виктор Козодой утверждает, что отрезки времени, за которое вся известная человечеству информация удваивается, ста-

новятся все короче. Если в начале XX века объем информации возрастал вдвое за 50 лет, то сегодня это происходит ежегодно. Следуя этим выводам, можно заключить, что знания человека, окончившего медицинский институт и ординатуру по специальности, успели устареть несколько раз еще за время его обучения. Расширение поля данных отражается в публикационной активности: интернет-база данных «Pubmed» ежегодно прибавляет по 500 тыс. статей, а журнал «Европейская урология» выпускает до 500 публикаций в год. Становится очевидным, что в одиночку человек не способен справиться с такими объемами информации.

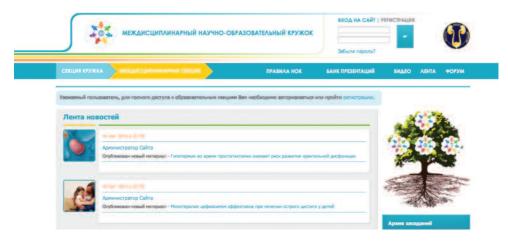
Кроме того, повышение доступности информации не решает проблем образования. Новые данные легко найти, но трудно усвоить. Общее тяготение к суперспециализации здесь мало помогает, поскольку специалисту необходимы знания по всем областям его медицин-

ской деятельности, а суперспециализация подразумевает компетентность в более узких рамках. Вероятно, сегодня нужны новые общественные институты, позволяющие совместно перерабатывать информацию и предоставлять ее в доступном виде.

По инициативе молодых специалистов: студентов, ординаторов, аспирантов и практикующих урологов – на базе ФГБУ «НИИ урологии» в мае 2013 года был создан междисциплинарный «Научно-образовательный кружок» (НОК). Главной его целью стала выработка механизмов совместного непрерывного освоения знаний.

Организаторы комплексно подходят к задаче. Для распространения новых знаний они предлагают:

- регулярный выпуск видео- и печатных новостей:
- разбор неординарных клинических случаев и решение анатомических задач в интерактивном режиме; ■





- создание актуальной видеоинформационной базы по медицинским специальностям;
- участие в научно-практических конференциях и т.д.

В настоящее время НОК имеет урологическую и междисциплинарную секции. Междисциплинарная секция является универсальной площадкой для обсуждения вопросов общемедицинской значимости. Планируется открытие новых сегментов.

Все заседания транслируются в интернете, что позволяет расширить аудиторию кружка с помощью компьютерных технологий и возможности интерактивного общения. Во время сеанса слушатели могут задавать вопросы лекторам, обсуждать просмотренный материал, отвечать на поставленные вопросы и делиться мнениями друг с другом. География НОК довольно обширна: за время функциони-

рования НОК дистанционно читались лекции в Самаре, Оренбурге, Кемерово, Воронеже и других городах России.

На данный момент наиболее развитой является урологическая секция. Здесь создана база, состоящая из 50 видеолекций по основным урологическим аспектам. Пользуясь этими материалами, шесть активных членов НОК уже поступили в аспирантуру и ординатуру по специальности «урология». Исходя из данного факта, можно судить о детальной проработанности и высоком содержательном уровне лекций.

Руководство кружка активно сотрудничает с общественными организациями. Так, при поддержке «Интернет-форума урологов» было выделено два гранта на обучение в ординатуре. В данный момент обсуждается вопрос о возможности выделения дополнительных стипендий на обучение.

Кроме того, идет совместная работа с медицинскими университетами и кафедрами. В текущем году НОК принял участие в двух конференциях в формате телемоста.

Научно-образовательный кружок приглашает студентов, интернов, ординаторов, аспирантов и молодых врачей – активных людей, настроенных на совместное освоение медицинских знаний. Девиз кружка: «В единстве – сила знаний».

Необходимую информацию можно получить на интернет-ресурсе HOK med-nok.ru





ПРЕДСТАВЛЯЮТ

совместную дистанционную образовательную программу «Андрология»

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

Стань настоящим андрологом!



Модуль 1

Андрологические аспекты эндокринологии, онкологии и урологии (длительность 144 часа)

Темы:

- Развитие мужского организма
- Мужская эндокринология
- Онкологические заболевания мужских половых органов
- Хронический простатит/Синдром хронической тазовой боли
- Эпидидимит
- Заболевания полового члена
- Инфекции, передающиеся половым путем

Модуль 2

Мужская сексуальная дисфункция (длительность 144 часа)

Темы:

- Расстройства либидо
- Эректильная дисфункция 14 лекций
- Расстройства эякуляции и оргазма

Модуль З

Нарушения мужской фертильности (длительность 144 часа)

Темы:

- Консультирование пациентов/пар с бесплодием
- Диагностика бесплодия
- Техники забора спермы
- Особые вопросы в андрологии (криоконсервация, контрацепция, этика)
- Ультразвуковая диагностика

Прохождение одного модуля программы с выдачей документа установленного образца – 20 000 руб.

Прохождение одного модуля программы без выдачи документа установленного образца – 15 000 руб.

Возможно прохождение курса за счет направляющего ЛПУ или иного юр. лица.

Предварительный график проведения программы:

Модуль 1 19 мая – 29 июня Модуль 2

Модуль 3 4 июля – 8 августа 5 сентября – 30 октября

КУРСЫ ДИСТАНЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ

по теме «Профилактика, консервативное лечение и метафилактика мочекаменной болезни»

с выдачей удостоверения установленного образца Результаты

Третьего июня на образовательной площадке UroEdu.ru прошел круглый стол по вопросам профилактики и консервативного лечения мочекаменной болезни. Круглый стол был финальным этапом проведенного дистанционного образовательного курса. В рамках КДО слушатели смогли прослушать лекции по вопросам консервативного лечения и метафилактики мочекаменной болезни, которые представляли ведущие специалисты в этой области урологии:



Константинова О.В.

д.м.н., главный научный сотрудник отдела мочекаменной болезни ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России

- 1. «Основные этиологические и патогенетические факторы риска МКБ»
- 2. «Консервативное лечение мочекаменной болезни: профилактика и метафилактика в зависимости от патогенеза заболевания»



Голованов С.А.

д.м.н. заведующий лабораторией биохимии ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России

- 1. «Эпидемиология мочекаменной болезни. Современное состояние проблемы»
- 2. «Диагностика литогенных метаболических нарушений у больных мочекаменной болезнью»



Бешлиев Д.А.

д.м.н. главный научный сотрудник ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России

«Реабилитация больных мочекаменной болезнью после дистанционной литотрипсии»

Лечение мочекаменной болезни + Растворяет уратные камни + Предупреждает нефролитиаз + Доказательства эффективности в многочисленных РКИ + Оригинальный препарат + Немецкое качество + Одобрен ЕАU°



Полную информацию о препарате можно прочитать в инструкции по применению. В комплекте мерная ложечка, зажим и индикаторная бумага. Регистрационное удостоверение П №007951 от 09.06.2010 117198, г. Москва, Ленинский пр-т, 113/1, оф. 404 В. Тел.: +7 (495) 933-67-94 www.rottapharm-madaus.ru

^{*} EAU — Европейское общество урологов





Гусакова Д.А.

к.м.н. научный сотрудник отдела андрологии $\Phi \Gamma \delta Y$ «НИИ урологии» Минздрава России

«Эндокринологические аспекты мочекаменной болезни»

Участники курса легко прошли путь от подачи документов до получения удостоверения установленного образца, не выезжая из своих городов и стран, так как они все это могли сделать при помощи дистанционных технологий, реализованных на проекте UroEdu.ru.

Важно отметить, что среди получивших документы урологов, были и жители не только России, но и Узбекистана и Белоруссии. Всего курс прослушали 20 человек, ограниченность группы обусловлена работой преподавателя с каждым курсантом.

В начале курса желающие скачивали и заполняли документы, необходимые для регистрации на курс, подробная инструкция была размещена на сайте UroEdu.ru, сканировали и отправляли по электронной почте.

После модерации документов урологи были зачислены в число слушателей и получили доступ к первой лекции и контрольному тесту. Только после успешной сдачи текста врачи получали доступ к следующей лекции. Курс завершался итоговым тестированием.

Помимо лекции все курсанты представляли свои клинические примеры, получали консультации и рекомендации специалистов по лечению, профилактике и метафилактике МКБ. И, конечно же, как и любой обучающий курс завершался написанием реферата по предложенным тематикам. Все курсанты могли в режиме чата задать интересующие их вопросы лекторам и все получили на них развернутые ответы.

В течение 6 недель (продолжительность курса) участники активно занимались изучением вопросов лечения и профилактики МКБ, не покидая своего рабочего места. Итого стало получение удостоверения установленного образца.

Мы получили положительные отзывы от всех участников первого пилотного проекта, многие указывали на необходимость и актуальность именно дистанционного образования в условиях нашей страны.

На основании опыта и результатов проведения первого курса дистанционного обучения по теме «Профилактика, консервативное лечение и метафилактика мочекаменной болезни» с выдачей удостоверения установленного образца было решено проводить его на регулярной основе.

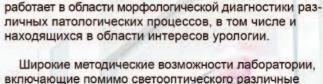
Вы можете ознакомиться с программой курса на UroEdu.ru и записаться для участия в нем.



Наши возможности

Лаборатория патологической анатомии





Лаборатория патологической анатомии более 20 лет



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

Иммуногистохимические методы

Цель

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



Перспективы лаборатории

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

Методы молекулярно-генетических исследований Цель:

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

Актуально

Биологически активная добавка к пище «СПЕРОТОН»

Не является лекарством.

Форма выпуска: порошок массой 5 г, расфасованный в саше-пакеты.

Состав: носитель: сахарная пудра; L-карнитина тартрат, цинка сульфат, альфа-токоферола ацетат, ароматизатор натуральный «апельсин», подсластитель: стевиозид Е960; антислеживающий агент: диоксид кремния аморфный Е551; фолиевая кислота, селенит натрия.

Содержание активных веществ в 1 саше-пакете:

Наименование компонента	Количество	% от уровня потребления
L-карнитин	750 мг	250 ^{1,*}
Цинк	21 мг	140 ^{2,*}
Витамин Е	30 мг	300 ^{2,*}
Витамин В9	400 мкг	200 ^{2,*}
Селен	70 мкг	100 ²

^{1 – %} от адекватного уровня потребления согласно «Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям к товарам подлежации санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю)» (Приложение 5). 2 – % от рекомендуемого уровня суточного потребления согласно ТР ТС 022/2011 (Приложение 2).

Область применения: рекомендуется в качестве биологически активной добавки к пище для мужчин – источника: L-карнитина, дополнительного источника: витаминов Е, Во (фолиевой кислоты), микроэлементов: цинка, селена.

Рекомендации по применению: мужчинам один раз в день во время еды, растворив содержимое саше-пакета в 1 стакане (200–300 мл) воды. Продолжительность приема — 1 месяц. При необходимости курс приема повторить.

Перед применением необходимо проконсультироваться с врачом.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость компонентов БАД к пище, нарушения углеводного обмена.

Условия хранения: в сухом, защищенном от попадания прямых солнечных лучей и недоступном для детей месте, при температуре не выше 25 °C.

Реализация: через аптечную сеть и специализированные магазины, отделы торговой сети. Срок годности: 2 года.

Изготовитель: ООО «Внешторг Фарма», 105005 РФ, г. Москва, ул. Бакунинская, д. 8, стр. 1, пом. 13. Адрес производства: РФ, 601125 Владимирская обл., Петушинский р-н, пос. Вольгинский.

Организация, уполномоченная на принятие претензий:

ЗАО «АКВИОН», РФ, 125040 г. Москва 3-я ул. Ямского поля д. 28.

Тел.: +7 (495) 780-72-34, www.akvion.ru, www.plan-baby.ru

Телефон горячей линии 8-800-200-86-86 (с 9.00 до 18.00, по будням).

Все права на продукт принадлежат ЗАО «АКВИОН». По заказу ЗАО «АКВИОН»

На правах рекламы.

^{*-} не превышает верхний допустимый уровень потребления.

SPEMATON CITEMATOH

© PREGNOTON ПРЕГНОТОН

КОМПЛЕКС ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ПАРЫ, ПЛАНИРУЮЩЕЙ РОЖДЕНИЕ РЕБЕНКА

СПЕМАТОН

Комбинированный препарат для повышения мужской фертильности.



- Улучшает функциональное состояние мужской репродуктивной системы¹:
 - увеличивает подвижность сперматозоидов,
 - повышает концентрацию сперматозоидов в семенной жидкости,
 - улучшает морфологию сперматозоидов,
 - увеличивает объем эякулята.

ПРЕГНОТОН

Препарат для прегравидарной подготовки женского организма.



- Улучшает функциональное состояние женской репродуктивной системы.
- Снижает относительно повышенный уровень пролактина и позволяет нормализовать менструальный цикл^{1,2}.
- Восполняет недостаток витаминов и минералов, необходимых для правильного формирования и развития плода на ранних стадиях беременности¹.
- Может применяться при гипотонии.

CFP No RU.77.99.11.003.E.018281.06.11 ot 02.06.2011 г., CFP No RU.77.99.11.003.E.003294.02.12 ot 21.02.2012 г.

www.plan-baby.ru





¹ Жуков О.Б., Евдокимов В.В., Жуков А.А., Шугушева Л.Х., Брагина Е.Е. Новая стратегия профессионального медицинского сопровождения супружеской пары при бесплодии // Андрология и генитальная хирургия. – 2013. – Июнь. – № 2.

² В случае нарушений, вызванных стрессами.

Актуально

Применение экстракта клюквы в урологической практике: взгляд клинического фармаколога

Клюква с древних времен применялась при различных заболеваниях мочевых путей. Однако только в последние годы знания народной медицины стали подкрепляться научными исследованиями по изучению клинико-фармакологических аспектов применения препаратов клюквы для профилактики инфекций мочевых путей. Урологам известно, что основным действующим компонентом клюквы являются проантоцианидины.

Всостав клюквы входит огромное количество различных соединений: органических кислот, флавоноидов, антоцианидинов, иридоидных гликозидов. Однако результаты многочисленных экспериментальных исследований говорят о том, что активными компонентами клюквы являются антоцианидины и, в частности, проантоцианидины (ПАЦ). ПАЦ относятся к группе танинов и выполняют в растениях защитную функцию.

Механизм профилактического и лечебного действия ПАЦ клюквы при инфекциях мочевых путей (ИМП) заключается в следующем:

- ингибирование связывания уропатогенов с фимбриями Р-типа посредством маннозоспецифичных, лектиноподобных структур с маннозоподобными остатками на клетках слизистой оболочки (ингибирование Р-фимбрий обратимо);
 - по некоторым данным, ПАЦ способ-

ствуют отделению Р-фимбрий от бактерий. В то же время другие исследователи утверждают, что плотность Р-фимбрий не меняется:

• один из возможных механизмов – ингибирование ПАЦ І-фимбрий.

Следует отметить, что существует устаревшее представление: действие клюквенного сока обусловлено изменением состава мочи. Однако применение однократных доз (от 1200 до 4000 мл смеси клюквенного сока и 100-305 г свежей клюквы) и многократного режима дозирования (1200 мг/сут сухой клюквы в течение 2,5 дней, 22-54 г/сут свежей клюквы в течение1-3 дней и 1200-4000 мл/сут смеси клюквенного сока в течение 1-6 дней) не оказывало клинически значимого влияния на рН мочи, что было подтверждено Guay D. в работе «Cranberry and urinary tract infections», опубликованной в журнале Drugs в 2009 году.

В 1997 г. клюква вошла в первую десятку растительных средств, продаваемых в США.

Эксперты Кохрановского содружества, выполнившие в 2004 г. систематический обзор клинических исследований по эффективности применения клюквы для профилактики рецидивов ИМП, не рекомендовали клюкву для профилактики ИМП. Однако за последние годы качество клинических исследований (КИ), посвященных этой проблеме, значительно увеличилось: к 2009 г.

Оказалось, что препараты клюквы значительно снижали частоту ИМП у женщин за 12 месяцев по сравнению с плацебо/контролем. При этом убедительная эффективность у пожилых мужчин и женщин, а также у пациентов, нуждавшихся в периодической катетеризации, не продемонстрирована. В другом из исследований пациенты, перенесшие ИМП, были рандомизированы в 3 группы (по 50 пациентов), которые получали клюкву, лакто-бактерии или плацебо. Пациенты наблюдались в течение

В 1997 г. клюква вошла в первую десятку растительных средств, продаваемых в США.

были проведены рандомизированные клинические исследования клюквы (в среднем 36 мг ПАЦ в сутки) по профилактике ИМП. Авторы нового Кохрановского обзора проанализировали 10 исследований, в которых участвовали 1049 пациентов, рандомизированных в группы контроля или лечения (применения препаратов клюквы). Лекарственная форма в виде сока использовалась в 7 исследованиях, таблетки — в 4 (в одном КИ оценивались обе лекарственные формы).

Результаты исследований последних лет, а также Кохрановского систематического обзора позволили экспертам EUA включить в 2010 г. препараты клюквы в Рекомендации EUA по профилактике ИМП.

12 месяцев. Результаты исследования показали, что в группе пациентов, получавших клюкву, ИМП рецидивировали только у 16% пациентов, в то время как в группах плацебо или лактобактерий – у 36% и 39%пациентов соответственно, различия были статистически значимыми.

Проведено только одно рандомизированное клиническое исследование, в котором профилактическое действие клюквы в отношении рецидивов ИМП сравнивалось с эффективностью антибактериального препарата (триметоприм). В исследование были включены женщины с рецидивирующей ИМП не моложе 45 лет. 68 пациенток получали триметоприм в дозе 100 мг/сут, 69 пациенток — экстракт клюквы (36 мг ПАЦ ■

Актуально

Результаты исследований последних лет, а также Кохрановского систематического обзора позволили экспертам EUA включить в 2010 г. препараты клюквы в Рекомендации EUA по профилактике ИМП.

в сутки); лечение продолжалось в течение 6 месяцев. В результате рецидивы ИМП наблюдались у 14 женщин, принимавших триметоприм, и у 25 — получавших клюкву. Не было различий по времени развития первого рецидива с момента начала применения триметоприма/клюквы. Частота отказа от лечения составила 16% для триметоприма и 9% для клюквы, частота НПР была сопоставима в группах (McMurdo M.T., Argo I., Phillips G. et al. Cranberry or trimethoprim for the prevention of recurrent urinary tract infections? A randomized controlled trial in older women // J. Antimicrob. Chemother, 2009).

Результаты исследований последних лет, а также Кохрановского систематического обзора позволили экспертам EUA включить в 2010 г. препараты клюквы в Рекомендации EUA по профилактике ИМП:

- «...имеются доказательства, позволяющие считать, что применение клюквы (Vaccinium macrocarpon) целесообразно для уменьшения частоты инфекции нижних мочевых путей у женщин;
- для повседневной практики рекомендуется ежедневное употребление

продуктов клюквы, содержащих как минимум 36 мг/день ПАЦ А (активного компонента клюквы);

• лучше всего применять те продукты клюквы, которые продемонстрировали достоверную биологическую активность в моче...».

В настоящее время на российском рынке представлен стандартизированный препарат клюквы Монурель (зарегистрирован как БАД), содержащий 36 мг ПАЦ. Препарат показан для профилактики развития рецидивирующих ИМП при неблагоприятных условиях (женщины молодого и среднего возраста) по 1 капсуле 1 раз в сутки в течение всего неблагоприятного периода. При часто рецидивирующих циститах (более 3 эпизодов в год) у женщин молодого и среднего возраста в качестве средства профилактики Монурель применяется по 1 капсуле 1 раз в сутки до 3 месяцев.





3 эффекта в одной таблетке

Экстракт клюквы 36 мг РАС (проантоцианидины)

Препятствует адгезии кишечной палочки к клеткам уротелия

- Повреждает синтез фимбрий
- 2. Деформирует бактериальную клетку

Витамин С

3. Повышает сопротивляемость организма

I таблетка в день:

- После курса антибактериальной терапии для поддержания достигнутого эффекта
- При часто рецидивирующих инфекциях мочевых путей
- Во время периодов наибольшей подверженности стрессовым ситуациям с возможным развитием инфекций мочевых путей

превицием поможе займа и име развительного один РАЗ В ДЕНЬ



ООО «Замбон Фарма»

119002, Москва, Глазовский пер. д.7, офис 17 Тел.: +7 (495) 933-38-30/32 Факс: +7 (495) 933-38-31 e-mail: zambon@zambon.ru www.zambon.ru

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Современные возможности применения технологий на основе использования ультразвука в урологии



М.Б. Борисенков врач-уролог, кафедра госпитальной хирургии, Медицинский факультет СПбГУ

На сегодняшний день технологии на основе использования ультразвука (УЗ) широко применяются в урологии с диагностическими и лечебными целями. Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов мочевыделительной и половой систем является доступным и эффективным методом скрининга урологических заболеваний. Кроме того, урологи применяют УЗ для наведения иглы при выполнении чрескожной пункции чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) почки, чрескожной биопсии почки, биопсии предстательной железы.

Высокий спрос на технологии на основе использования УЗ связан также с минимальными побочными эффектами и ограничениями для данного метода визуализации по сравнению с рентгеновскими (включая компьютерную томографию) и магнитнорезонансными методами.

Однако стремительное развитие конкурирующих методов диагностики обуславливает поиски путей оптимизации существующих методик на основе использования УЗ, а также выявление новых областей применения УЗ.

В данной обзорной статье рассмотрены некоторые материалы научной

программы 31го Всемирного Конгресса по Эндоурологии и Дистанционной ударно-волновой литотрипсии (ДУВЛ), состоявшегося в октябре 2013 года в Новом Орлеане (США). Из более чем 750 докладов по различным направлениям эндоурологии, ДУВЛ, физиологии мочевыводящих путей, лапароскопии, роботизированной хирургии, андрологии, детской урологии, методам визуализации в урологии, мы выбрали исследования, в которых представлены современные возможности применения УЗ в практике уролога и новые разработки, которые еще проходят экспериментальные испытания на животных моделях.

- 1. Применение технологий на основе использования ультразвука для диагностических целей.
- 1.1. Диагностическая эффективность ультразвукового исследования с контрастным усилением при диагностике солидных опухолей почки. (Ill Young Seo, Tae Hoon Oh, Jae Whan Lee, Iksan, Republic of Korea).

УЗИ с контрастным усилением является многообещающим методом диагностики при исследовании состоянии почек. Целью данного исследования было оценить, способно ли УЗИ с контрастным усилением повысить степень достоверности при диагностике солидных опухолей почки.

За период с января 2011 по декабрь 2012 года авторы выполнили УЗИ с контрастным усилением 51 пациенту по поводу новообразований почек. Затем ретроспективно изучили изображения, полученные у пациентов с ангиомиолипомой (АМЛ) почки (n=9) и почечноклеточным раком (ПКР) (n=16). Были изучены характеристики эхогенности опухоли, паттерны усиления, степень усиления при различных фазах исследования и «точечное» усиление.

При УЗИ с контрастным усилением изменение (укорочение или удлинение) времени выведения контраста от гиперинтенсивного или изоинтенсивного контрастирования до гипоинтенсивного наблюдали в 11,1% случаев АМЛ и 75,0% случаев ПКР (р<0,05). Диффузное гетерогенное контрастирование отметили в

22,2% случаев АМЛ и 81,3% случаев ПКР (р<0,05). Наличие контрастного ободка вокруг образования наблюдали в 22,2% случаев АМЛ и в 62,1% случаев ПКР (р<0,05). Для всех перечисленных параметров изображения были выявлены статистически достоверные различия при АМЛ и ПКР. Было показано, что раннее или отсроченное выведение контраста, неоднородное контрастирование или выявление контрастированного ободка вокруг образования являются характерными для ПКР. Соответствующая чувствительность, специфичность, положительная прогностическая значимость, отрицательная прогностическая значимость и точность составили 93,8% (15 из 16), 77,8% (7 из 9), 88,2% (15 из 17), 87,5% (7 из 8) и 88,0% (22 из 25), соответственно.

На основании полученных результатов авторы предположили, что такие параметры УЗИ с контрастным усилением, как время выведение контраста, неоднородное контрастирование или выявление контрастированного ободка вокруг образования, являются потенциальными прогностическими факторами при оценке солидных опухолей почек. Применение УЗИ с контрастным усилением является обоснованным для дифференциальной диагностики АМЛ и ПКР.

1.2. Оценка глубины повреждения ткани при использовании лазерной системы XPS GreenLight с помощью ультразвукового исследования с контрастированием. (Franck Bruyère, Thomas Bodin, Aurore Bleuzen et al, Loire Valley, France). ■

Мнение специалиста

УЗИ с контрастным усилением является одной из важнейших инноваций в лучевой диагностике, предоставляющей возможность изучения тканевой васкуляризации. Лазерная система GreenLight является одним из наиболее распространенных альтернативных способов лечения при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). Целью данного исследования стала оценка влияния на предстательную железу фотовапоризации ткани предстательной железы (ФВПЖ) с помощью УЗИ с контрастным усилением.

После получения информированного согласия в исследование были включены двенадцать пациентов, которым выполнили ФВПЖ по поводу симптоматической ДГПЖ. УЗИ с контрастированием выполняли непосредственно перед операцией, сразу после операции в условиях операционной и через 1 месяц после операции.

Сравнительный анализ показал, что после ФВПЖ вдоль границ операционной полости была выявлена аваскулярная область глубиной, в среднем, до 11,1 мм. Глубина аваскулярной области при исследовании через 1 месяц после операции оказалась меньше, а через 6 месяцев у шести обследованных пациентов данная область не выявлялась. Это исследование является первой работой, в которой влияние ФВПЖ на предстательную железу изучено с помощью ультразвукового исследования с контрастированием. Данное исследование име-

ет ограничения пилотного исследования, такие как небольшая выборка и короткий период последующего наблюдения. На основании приведенных результатов авторы рекомендуют хирургам, начинающим осваивать методику ФВПЖ, принимать во внимание толщину некроза и ограничивать глубину вапоризации.

С помощью использования УЗИ с контрастированием авторам данного исследования удалось продемонстрировать, что вдоль границ операционной полости под действием лазерной системы GreenLight возникает значительная область некроза. Осознание данного феномена, безусловно, будет способствовать снижению риска развития осложнений, связанных с операцией.

1.3. Гистосканирование предстательной железы как дополнительный метод определения тактики лечения у пациентов, страдающих раком предстательной железы. (Petr Macek, Eric Barret, Rafael Sanchez-Salas et al., Paris, France)

Гистосканирование предстательной железы (ГПЖ) представляет собой приложение на основе использования ультразвука, которое используют для выявления тканевых очагов в предстательной железе, в отношении которых предполагается малигнизация. Авторы оценивали достоверность результатов ГПЖ у пациентов, у которых наличие рака предстательной железы (РПЖ) было подтверждено по данным биопсии.

Данное проспективное исследование было проведено в период с января по сентябрь 2012 года. Исследуемая группа состояла из 98 пациентов, у которых рак предстательной железы был подтвержден по данным биопсии предстательной железы, и которым была рекомендована радикальная простатэктомия. ГПЖ выполняли под общим обезболиванием непосредственно перед операцией с использованием УЗ-аппарата **BK-ProFocus** Ultraview, УЗ-датчика 8818 и вращающейся магнитной катушки. Для локализации опухолевого очага использовали универсальную форму, идентичную форме для гистологического исследования послеоперационного препарата. Согласно данной форме предстательная железа была разделена на 12 секторов: передняя и задняя половины правой и левой доли, в каждой из которых выделены апекс, средняя часть и основание. Границы «апекса» и «основания» определили как расстояние в 1,0 см от наружного края предстательной железы. Патогистологическое исследование предстательной железы выполняли по методике Stanford, отмечали все выявленные опухолевые очаги. Авторы использовали версию программного обеспечения для ГПЖ 2.3. Ограничение по минимальному объему образования при ГПЖ было установлено на границе 0,1 см3. Отмечали как подозрительные (фиолетовые), так и положительные (красные) очаги в ткани предстательной железы. Урологи и патоморфологи не имели доступа к результа-

там друг друга. Пациенты с большим количеством артефактов по данным ГПЖ были исключены из исследования.

Характеристики пациентов были следующими: средний возраст составил 63 года (межквартильный размах (МР) 60-66), средний уровень ПСА был 6,4 нг/мл (МР 5,2-8,5), средняя сумма баллов по Глисону составила 7 (МР 6-7), у 55% пациентов была определена стадия сТ1с. При ГПЖ было выявлено 287 очагов, от 1 до 5 на пациента (в среднем 3), распределенных по 523 секторам. При патогистологическом исследовании было выявлено распределение очагов по 473 секторам. Средний объем ракового ■



Мнение специалиста

очага (ОРО) составил 1,38 см3 (МР 0,66-2,97), средний общий объем раковых очагов (ООРО) у одного пациента составил 2,24 см3 (МР 1,1-4,06). Индивидуальный объем опухоли колебался от 0,1 до 9,3 см3. По результатам патогистологического исследования на положительный результат по данным ГПЖ значительное влияние оказывали предшествующая биопсия и сумма баллов по Глисону (p<0,01), при этом вероятность достоверного выявления опухолевого очага увеличивалась при увеличении суммы баллов по Глисону. В целом, результативность ГПЖ зависела от расстояния от очага до УЗ-датчика, наполнения мочевого пузыря, ОРО, ООРО и сектора (для всех показателей p<0,05). Результативность на основе анализа секторов (при очагах более 0,1 см3) достигала чувствительности в 60% и специфичности в 66%, площадь под кривой 0,63. Однако, при использовании в модели положительного результата ГПЖ и анализа секторов площадь под кривой была 0,751, чувствительность составила 73%, а специфичность 66%.

Авторы считают, что ГПЖ обладает приемлемой частотой обнаружения опухолевых очагов при использованных ограничениях (очень маленькое ограничение по минимальному объему), при этом в случае очагов больших размеров результаты должны быть лучше.

- 2. Применение технологий на основе использования ультразвука для лечебных целей.
- 2.1. Фокусированная ультразвуковая пропульсия камней почки: крити-



ческий обзор и новейшие данные о технологии на доклиническом этапе. (Mathew D. Sorensen, Michael R. Bailey, Ryan S. Hsi et al, Seattle, WA).

Наличие неинвазивного способа репозиции камней почки может оказать большое влияние на лечение мочекаменной болезни. Для репозиции камней почки авторы разработали неинвазивное чрескожное ультразвуковое устройство. Представлен критический обзор и новейшие данные о текущем состоянии данной технологии.

Пропульсия (проталкивание) камня достигается путем использования короткой серии сфокусированных ультразвуковых импульсов. Исходная модель устройства состояла из восьмиэлементного кольцевидного матричного датчика, компьютера и отдельного устройства для формирования ультразвукового изображения. На современном этапе развития технологии устройство формирования изображения и терапевтическое устройство объединены в единую ультразвуковую систему с типовым датчиком. Данное поколение устройств обеспечивает формирование ультразвукового изображения, наведение и пропульсию в реальном времени. На свиной модели были продемонстрированы безопасность и эффективность перемещения камней, локализованных в чашках почки.

Данную технологию можно применять для перемещения камней в качестве вспомогательного средства при литотрипсии, облегчения отхождения резидуальных

фрагментов камней после литотрипсии, изгоняющей терапии при вновь возникших камнях и потенциального перемещения камней, вызывающих обструкцию. В настоящее время проводится подготовка к клиническим исследованиям на людях.

2.2. Валидизация образовательной программы по ультразвуковой пропульсии камней почек на человеческом фантоме. (Ryan Hsi, Barbrina Dunmire, Bryan Cunitz et al, Seattle, WA).

Во втором сообщении коллектива авторов из Сиэтла приводятся более конкретные данные о результативности метода ультразвуковой пропульсии камней почек. Данный метод требует от уролога навыков получения ультразвукового изображения, интерпретации таких изображений и навыков использования устройства для пропульсии камней. Целью данного исследования была валидизация образовательной программы для обучения урологов использованию ультразвуковой пропульсии для репозиции камней почки на тканевом фантоме.

Десяти сертифицированным специалистам-урологам, работающим в одном медицинском учреждении, был прочитан курс лекций по визуализации почки с помощью ультразвука. Затем все участники исследования выполнили три модуля для освоения технических навыков на тканевых фантомах, включая визуализацию камней почек, проталкивание камня в полупрозрачном лабиринте, репозицию камня нижней группы чаш в лоханку

Мнение специалиста

почки на фантоме почки. Объективными параметрами были оценка когнитивных навыков на основании материала курса лекций и оценка технических навыков, включая продолжительность выполнения задания и % эффективных импульсов, то есть тех, которые приводили к продвижению камня. После этого каждый участник исследования заполнял специальную анкету для определения содержательной и внешней валидности курса обучения.

Восемь урологов (80%) никогда ранее не посещали курсов по использованию ультразвука, девять урологов (90%) выполняли ультразвуковое исследование реже, чем 1 раз в 6 месяцев. Все тренировочные сессии проводили в течение 1,5 часов. Средний уровень когнитивных навыков улучшился с 55% до 91% (парный t-тест, p<0,0001). На фантоме почки все десять участников исследования (100%) переместили камень из нижней чаши, по меньшей мере, до воронки нижнего полюса, а 9 из 10 (90%) - успешно переместили камень в лоханку почки (фантом сконструирован со слепо заканчивающимся лоханочно-мочеточниковым сегментом). В среднем, для выполнения задания требовалось 15,7±13,3 импульсов (в среднем, 80,1% импульсов были эффективными) в течение 4,6±2,2 минуты. Урологи оценили эффективность и реалистичность курса обучения, в среднем, как 4,6 балла из 5 и 4,1 балла из 5, соответственно.

Таким образом, авторы заявляют, что предложенный способ обучения яв-

ляется полезным и эффективным средством для освоения техники и технологии пропульсии камней для урологов с различным уровнем навыков использования ультразвука.

2.3. Эффекты гистотрипсии в области мочепузырного треугольника: функциональные и гистологические последствия в экспериментальной модели на собаках. (Christopher L. Allam, J. Erby Wilkinson, Xu Cheng, Ann Arbor, Michigan).

Гистотрипсия - это экстракорпоральная технология лечения на основе ультразвукового воздействия, при применении которой высокоамплитудная акустическая энергия подается в область ткани, являющейся мишенью лечения. Предшествующие исследования продемонстрировали выполнимость, безопасность и эффективность гистотрипсии в отношении гомогенизации тканей и уменьшения объема предстательной железы в экспериментальной модели на собаках. Перед адаптацией данной технологии для применения у людей целесообразным является изучение восприимчивости критических перипростатических структур к кавитационному повреждению в случае неточного наведения устройства для гистотрипсии. В рамках данного исследования авторы ставили перед собой цель охарактеризовать тканевые изменения и биологический ответ после прямого воздействия гистотрипсии в области мочепузырного треугольника.

У восьми собак под общей анестезией было выполнено по 750000 импульраспределенных гистотрипсии, равномерно в области 2,0х1,5 см, охватывающей мочепузырный треугольник и устья мочеточников. Забор ткани предстательной железы и мочепузырного треугольника выполняли сразу после воздействия (2 субъекта) или на 14й день (6 субъектов). До 14 дня после воздействия, когда выполняли забор тканей, периодически выполняли гибкую цистоуретроскопию, УЗ-визуализацию и определение уровня креатинина. У одного контрольного субъекта такой же алгоритм воздействия был применен в области предстательной железы, забор материала был выполнен на 2 день после воздействия.

Визуализация с помощью трансректального УЗ-исследования позволила выявить тень кавитационных пузырьков на поверхности мочепузырного треугольника и прогрессивное развитие тканевого отека в процессе воздействия. Гибкая цистоуретроскопия, выполненная сразу после воздействия, подтвердила наличие отека и эритемы в области мочепузырного треугольника. У одного из шести субъектов, наблюдаемых в течение 2 недель после воздействия, на основании наблюдаемого гидронефроза и уровней креатинина был отмечен случай транзиторной самостоятельно купировавшейся обструкции мочеточников. После забора тканей проходимость мочеточниковых устьев была подтверждена проведением через них струныпроводника. При гистологическом исследовании на 14 день были выявлены кровоизлияния со слабовыраженным локализованным фиброзом.

В данном исследовании, разработанном для изучения наиболее неблагоприятного, разрушающего варианта воздействия при супратерапевтических режимах гистотрипсии, направленного непосредственно на область мочепузырного треугольника, не было выявлено значительных тканевых повреждений или клинически значимых осложнений. Эти результаты являются обнадеживающими и будут учтены при выработке стратегии лечебного воздействия при проведении планируемых клинических испытаний на людях для изучения эффектов гистострипсии при доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Заключение

В данной статье продемонстрировано существующее на сегодняшний день разнообразие способов применения ультразвуковой энергии. За последнее тридцать лет продолжительность перехода технологии из стадии экспериментальной разработки в стадию повсеместного практического применения значительно сократилась. А значит, уже завтра представленные способы применения ультразвука могут найти место в вашей практике.

Публицистика

Антивещество на медицинской службе



A.C. Паевский Специальный корреспондент «Дайджеста урологии»

Помните ли вы главную интригу произведения Дэна Брауна "Ангелы и демоны"? В этом романе/фильме из ЦЕРНа украли крошечное количество антивещества и угрожали взорвать его. Действительно, при взаимодействии антивещества, состоящего из позитронов, антипротонов и антинейтронов, с обычным веществом происходит аннигиляция – все превращается в излучение, с выделением колоссального количества энергии



Ведь по знаменитой формуле Эйнштейна E=mc², при аннигиляции вся масса целиком превращается в энергию, а так как скорость света – огромная величина, а в формуле она находится в квадрате, энергии получается очень много. К примеру, аннигиляция 0,7 грамма антивещества будет равна по выделившейся энергии взрыву атомной бомбы над Хиросимой.

Но ведь события в "Ангелах и демонах" – это вымысел? Тем не менее, именно этот самый процесс – аннигиляция вещества и антивещества – не только исследуется физиками-ядерщиками, но и применяется на практике. С этим явлением может столкнуться любой из нас. Где? В медицинском центре, во время диагностической процедуры по сравнительно новому методу. Этот метод называется позитронно-эмиссионная томография. Или ПЭТ.

Как это работает?

Другое название позитронно-эмиссионной томографии – двухфотонная эмиссионная томография. Почему двухфотонная? Всему свое время.

Разумеется, никакого антивещества до исследования нигде в аппарате нет, однако оно возникает во время исследования. Как? Это очень интересная схема. Для начала давайте вспомним, какие варианты бывают у радиоактивности. Со школьной скамьи мы помним, что бывает альфа-, бета -и гамма-излучение. Альфа-распад – это распад с образованием ядер гелия (альфа-частиц), гамма-



распад происходит с выделением фотонов очень высокой энергии (гаммакванты). Бета-распад происходит с образованием электрона. Бета-лучи – это и есть электроны. Но бывает и бетараспад с образованием античастицы электрона – позитрона (бета-плюс распад). При нем протон в ядре атома превращается в нейтрон, позитрон и нейтрино. Вот этот-то процесс и используется в ПЭТ.

Препараты для ПЭТ

Процесс позитронно-эмиссионной томографии состоит из нескольких этапов, при этом само исследование в томографе – это только одна из составляющих исследования.

Для начала нужно получить то, что называют радиофармпрепаратом (РФП). Это органическое физиологически активное вещество (чаще всего - глюкоза, холин или метионин), в котором один из атомов замещен на изотоп с коротким периодом полураспада, распадающийся по бета-плюс схеме. Среди используемых изотопов - углерод-11, азот-13, кислород-15, фтор-18. Эти атомы распадаются очень быстро (период полураспада от 2 до 110 минут) и поэтому через короткое время радиация исчезает. Чаще всего используют фтор-18, он живет дольше всех, и достаточно удобен для транспортировки от места производства изотопа до места исследования.

Два фотона

Перед томографией пациенту вводят этот радиофармпрепарат. Поскольку препарат обладает физиологической активностью, он концентрируется в нужном участке организма и помещается в томограф. Образовавшиеся в результате бета-распада позитроны сразу же встречают электроны в соседних атомах и аннигилируют с ними, превращаясь в пару очень энергичных фотонов, которые вылетают из тела и фиксируются датчиками томографа (их делают из силиката редкоземельного металла лютеция). Поскольку фотонов два, по их траектории можно установить точку, откуда они вылетели. Таким образом, по интенсивности потока этих фотонов, можно узнать, где собралось больше всего радиофармпрепарата.

Зачем это нужно?

Что же может дать метод ПЭТ для диагностики? В применении к урологии, например, позитронно-эмиссионная томография дает возможность отыскать метастазы рака простаты – модифицированный изотопом фтора холин концентрируется именно в раковых клетках. Для неврологов же ПЭТ – уникальный прибор, который показывает, какие области мозга активны в данный момент. Для этого используют модифицированную глюкозу.

Нужно обязательно отметить, что ПЭТ совершенно безопасна, несмотря на использование радиоактивных меток. Концентрация препарата столь низка и он так быстро распадается, что лучевая нагрузка на организм много ниже допустимой. Если считать дозы облучения, то ПЭТ не опаснее флюорограммы.

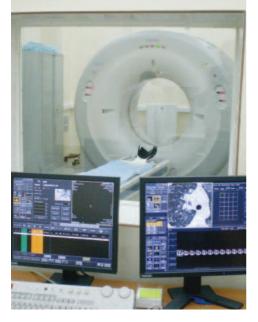
Выше мы назвали ПЭТ сравнительно новым методом. Это отчасти так, особенно для России. Однако в виде концепции столь сложная технология появилась еще в 1950-х годах. Эта томографическая техника была разработана американцем армянского происхождения Майклом Тер-Погосяном. Первый ПЭТ-сканер заработал еще в 1961 году – более полувека назад! Конечно, потребовались долгие годы, чтобы довести метод до его нынешнего совершенства – как в области технического оснащения, так и в области компьютерной обработки данных.

А если совместить?

Сам по себе ПЭТ дает только интенсивности излучения – без привязки к органам конкретного человека. Изначально приходилось соотносить эти данные с данными других томографий либо ультразвуковых исследований, однако казалось логичным сделать прибор, который позволял бы получать все томограммы одновременно. Первым таким устройством стали сканеры ПЭТ-

Публицистика

КТ, поскольку компьютерная томография сравнительно проста технологически (но только сравнительно!). Первый экспериментальный сканер ПЭТ-КТ появился в медицинском центре Университета Питтсбурга еще в 1998 году, три года спустя появилась первая коммерческая установка, а к 2004 году было продано уже 400 систем по всему миру. Есть установки ПЭТ-КТ и в России, и не только в Москве.



Но и на ПЭТ-КТ инженерно-медицинская мысль не остановилась. На настоящий момент в Медицинском центре Горы Синай в США и в университетском госпитале в Женеве стоят первые в мире томографы ПЭТ-МРТ. Они применяются в онкологии, кардиологии и нев-

рологии. Помимо более точной визуализации МРТ (особенно в области головного мозга), ПЭТ-МРТ отличается от ПЭТ-КТ еще и меньшим количеством лучевой нагрузки, которой подвергается пациент: ведь в ПЭТ-КТ к ионизирующему излучению, возникающему при позитронном бета-распаде добавляется приличная доза рентгена.

Так что антивещество – это не сказка. Оно помогает врачам диагностировать болезни и лучше узнавать то, как работает самая сложная на Земле система – человеческий организм.

Когда верстался номер первый в Сибири ПЭТ-центр будет построен в Томске

3 апреля в рамках форума молодых ученых U-NOVUS администрация Томской области, проектная компания «Роснано» «ПЭТ-технолоджи» и Корпорация развития Томской области подписали соглашение о строительстве в Томске ПЭТ-центра. Согласно документу, «ПЭТ-технолоджи» приступает к строительству Центра позитронно-эмиссионной томографии в Томске и обязуется сдать его в эксплуатацию до конца 2016 года.

Региональные власти обязуются обеспечить медицинский объект ранней диагностики онкологических заболеваний доступом к инженерной и транспортной инфраструктуре. Томский ПЭТ-центр будет первым в Сибири.

Трансректальная биопсия предстательной железы

Рак предстательной железы (РПЖ) в структуре онкологических заболеваний в ряде стран выходит на 2–3-е место после рака легкого и желудка, а в США – на 1-е место. В России темп прироста РПЖ составляет 31,4%, что позволяет заболеванию занять 2-е место. В 80-х годах XX века после внедрения методики определения простатспецифического антигена (ПСА) во всем мире получили развитие программы скрининга РПЖ.

искуссии, посвященные целесообразности скрининга РПЖ не утихают на протяжении более 30 лет. Как известно, диагноз РПЖ правомочен только при патогистологическом подтверждении, которое является результатом выполнения биопсии предстательной железы. На сегодняшний день – это единственное исследование, на основании которого возможен диагноз рака предстательной железы. Вместе с тем специалисты знают о том, что около четверти всех биопсий являются ложноотрицательными, что требует проведения повторной манипуляции.

Показаниями для проведения повторной биопсии являются растущий или стабильно высокий уровень ПСА; изменения при пальцевом ректальном исследовании; атипичная мелкоацинарная пролиферация. Как срочно нужна повторная биопсия после предыдущей точно не определено, но известно, что чем позднее проводится повторная биопсия, тем выше частота обнаружения. На этот срок могут повлиять положительный семейный анамнез, высокий риск РПЖ, и другие прогностические факторы. Если по результатам

Выполнявшиеся еще 10-15 лет назад биопсии ПЖ из нескольких точек под контролем пальца, о чем, несомненно, помнят онкоурологи, ушли в прошлое. Сего-

дня биопсия ПЖ – это высокоточная малоинвазивная процедура с применением УЗ-наведения/контроля. Специальная аппаратура позволяет выполнить биопсию точно, быстро, безболезненно и безопасно. Кроме того биопсийный пистолет должен обеспечивать высокую точность попадания в ткани и качественный забор образцов. Многие биопсийные системы можно использовать под УЗ-наведением.

Даже несмотря на умелые руки уролога и уникальное оборудование биопсия ПЖ может осложниться рядом состояний инфекционно-воспалительного характера:

- Асимптоматическая бактериурия 13-36% случаев
 - Бактериемия 73-100%
 - Лихорадка 0-48%
 - Уросепсис 0,6%
 - Острый простатит 0,1-7%

Основные микроорганизмы, ответственные за возникновение инфекционных осложнений – Enterococcus faecalis, Escherichia coli (наиболее часто), Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa и Enterococcus spp. В литературе встречаются сообщения о выявлении анаэробов Bacteroides spp., Peptococcus spp., Peptostreptococcus spp. и Clostridium perfringens.

Учитывая достаточно высокий процент инфекционно-воспалительных осложнений

Препараты, рекомендуемые с целью антибиотикопрофилактики при биопсии предстательной железы:

- Фторхинолоны (цифран ОД, левофлоксацин препараты выбора)
- Аминогликозиды
- Цефалоспорины+метронидазол
- Цефалоспорины+ингибиторзащищенные аминопенициллины

при биопсии ПЖ профессиональные урологические сообщества рекомендуют применять антибиотикопрофилактику (АБП).

В качестве препаратов выбора для АБП ряд авторов рекомендуют применение фторхинолонов. Выбор антибактериальной профилактики при выполнении ТРБП до недавнего времени являлся трудной задачей, и консенсус в определении идеального режима профилактики практически отсутствовал. Но в 2010 году в американском справочнике по АБ-терапии Sanford 2010 (четырнадцатое издание) было определено, что ципрофлоксацин выступает как более предпочтительный препарат по сравнению с левофлоксацином в силу более высокой доказательности. Сейчас в большинство протоколов по антимикробной профилактике острого бактериального простатита при выполнении ТРБП включены фторхинолоны (ципрофлоксацин и левофлоксацин). Они широко используются при данной процедуре благодаря их широкому спектру действия, фармакокинетике, благоприятной биоэквивалентности и удобному применению per os.

В 2005 году было опубликовано исследование, проведенное на кафедре урологии МГМСУ (зав. каф. проф. Д.Ю. Пушкарь), показало эффективность применения ципрофлоксацина в качестве средства антибиотикопрофилактики при выполнении трансректальной биопсии предстательной

железы, дистанционной или контактной литотрипсии. С этой целью использовался препарат из группы фторхинолонов – Цифран ОД 1000 мг – единственный доступный в России пролонгированный ципрофлоксации. Однократный пероральный прием Цифрана ОД за 2-4 часа до манипуляции обеспечивает антибактериальный эффект в течение суток. К достоинствам Цифрана ОД относятся широкий спектр антимикробного действия, длительность эффекта, возможность использования в рамках ступенчатой терапии, хорошая переносимость и умеренная стоимость.

В 2007 году коллективом авторов под руководством проф. Ф. Монторси было проведено мультицентровое двойное слепое исследование эффективности ципрофлоксацина 1000 мг при ТРБП, которое не выявило существенных преимуществ его 3х-суточного применения по сравнению с однодневным режимом дозирования в профилактике инфекционных осложнений при ТРБП у 497 пациентов. Инфекционные осложнения чаще возникали при АБП в течение 1х суток (5,4%), чем при применении АБП в течение 3х суток (2,1%). Авторы считают, что 3-суточный режим дозирования может играть роль у пациентов с сахарным диабетом и наличием простатита в анамнезе.

В другом исследовании, проведенном во Франции, авторы проанализировали инфекционные осложнения после ТРБП у

288 пациентов, которым проводилась антимикробная профилактика либо одной дозой ципрофлоксацина, либо в течение 3 суток. Острый бактериальный простатит развился в одном случае в каждой из групп, у 12 пациентов после процедуры имела место асимптоматическая бактериурия. У пациента с ОБП, получавшего 3-суточную антимикробную профилактику, в посеве мочи была обнаружена Escherichia coli, резистентная к ципрофлоксацину. Авторы не выявили клинических различий в группах на 5-й и 21-й день после процедуры и считают достаточной профилактику одной дозой ципрофлоксацина.

Важным фактором при планировании ТРБП является предшествующая антибактериальная терапия, так как она влечет за собой существенную корректировку схемы антимикробной профилактики.

Многие отечественные авторы (Д.Ю. Пушкарь, А.В. Зайцев, А.В. Говоров) отмечают, что «новые» фторхинолоны, в том числе левофлоксацин, на настоящий момент по праву считаются наиболее высокоэффективными препаратами для антибактериальной профилактики инфекционных осложнений при проведении биопсии предстательной железы. Выбор препарата во многом зависит от его фармакокинетики и способности создавать высокий уровень накопления в тканях во время процедуры, левофлоксацин отвечает этим требованиям, поскольку концентрация левофлоксацина в предстательной железе в 4 раза превышает его концентрацию в плазме крови.

Исследования фармакокинетики ципрофлоксацина и левофлоксацина продемонстрировали преимущество левофлоксацина (более высокую концентрацию в простатическом секрете), что позволяет препарату стать хорошей альтернативой в профилактике бактериального простатита при ТРБП.

Исследованиями доказано, что применение левофлоксацина в однократной дозе 500 мг позволило снизить уровень развития ИМП до 0,25% у 400 больных, перенесших трансректальную биопсию простаты. Но даже применением «новых фторхинолонов» нельзя исключить наличие резистентной к ним флоры. Так, в другом исследовании среди 457 пациентов, принимавших 200 мг левофлоксацина 2 раза/сут в течение 4 дней (первый прием за 12 ч до биопсии), острый простатит после ТРБП развился у 6 больных (1,3%), причем у 4 их них выполнялась повторная биопсия. Бактери-ологические исследования выявили у этих пациентов наличие E. coli, резистентной к левофлоксацину.

Сегодня назначение фторхинолонов после ТРБП остается эффективным методом антимикробной профилактики инфекционных осложнений, связанных с этой процедурой. Этот факт подтвержден мнением отечественных ученых - на кафедре урологии МГМСУ (зав. кафедрой проф. Д.Ю. Пушкарь) было проведено исследование, целью которого являлась разработка оптимальной схемы подготовки пациента к ТРБП для снижения частоты развития мочевой инфекции. Для достижения указанной цели авторы сравнили эффективность левофлоксацина и очистительной клизмы, используемых в различных режимах и сочетаниях. В клинике урологии МГМСУ 108 пациентов путем случайной выборки были разделены на 4 группы:

- 1. левофлоксацин в дозе 500 мг внутрь за 2 ч до биопсии и очистительная клизма:
 - 2. только очистительная клизма:
- 3. левофлоксацин в дозе 250 мг 1 раз/сут. внутрь в течение 5 дней;
- 4. левофлоксацин в дозе 250 мг 1 раз/сут. внутрь в течение 48 ч.

Показаниями к биопсии были: повышение уровня простатспецифического антигена (ПСА) выше 4 нг/мл и/или изменения простаты при пальцевом ректальном исследовании. Средний возраст обследованных пациентов составил 64,4 года. Средний уровень ПСА - 15,8 нг/мл. Биопсия выполнялась из 6-18 точек под ультразвуковым контролем в амбулаторных и стационарных условиях. Поскольку, по данным кафедры урологии МГМСУ и результатам зарубежных авторов, частота инфекционных осложнений не зависит от количества пункций при биопсии, мы не рассматривали взаимосвязь указанных параметров. Однако число больных с различным количеством точек при биопсии оказалось примерно одинаковым во всех 4 группах.

Из исследования были исключены пациенты, принимавшие какие—либо антибактериальные препараты за 2 недели до биопсии, больные с иммуносупрессивными состояниями, перенесшие недавно (в течение 3 мес.) инфекции мочевой системы, а также пациенты с постоянным катетером, протезами клапанов сердца и т.д.

Прием левофлоксацина начинался за 2 ч до биопсии, при длительном приеме продолжался по 250 мг каждые 24 ч. Очистительная клизма выполнялась в 22 ч накануне

исследования и за 2 ч до биопсии.

Оценка бактериурии в средней порции мочи проводилась до биопсии, через 48 ч и 5 дней после манипуляции. В течение 3 суток после биопсии все пациенты 3 раза в день измеряли температуру тела (ее повышение расценивалось как проявление бактериемии).

До биопсии и через 5 суток после ее проведения бактериурии не было ни у одного из пациентов. У всех лихорадящих больных гипертермия была купирована не позже чем к 3–4 дню (случаев уросепсиса, абсцессов предстательной железы не наблюдали).

Проведенное исследование позволило сделать вывод о том, что при выполнении трансректальной мультифокальной биопсии предстательной железы профилактическое назначение антибактериальных средств показано во всех случаях, даже пациентам с отсутствием факторов риска развития мочевой инфекции.

Согласно ранее проведенным в клинике урологии МГМСУ исследованиям, у больных, имевших в анамнезе инфекции мочеполовой системы (простатит, орхит, эпидидимит, уретрит), риск развития какого—либо осложнения (гематурии, острой задержки мочи) был выше в 1,8 раза, а риск возникновения инфекционных осложнений возрастал в 8,3 раза по сравнению с пациентами с неотягощенным урологическим анамнезом.

Интересным представляется то, что не было обнаружено существенной разницы при назначении левофлоксацина в течение 48 ч и 5 дней после биопсии, но этот факт требует дальнейшего изучения. Следует ■ отметить, что пероральный прием левоф-

У больных, имеющих в анамнезе инфекции мочевой системы риск развития осложнений общего характера (гематурия, острая задержка мочеиспускания) после биопсии простаты выше в 1,8 раза, а риск возникновения инфекционных осложнений возрастает в 8,3 раза по сравнению с пациентами с неотягощенным урологическим анамнезом.

локсацина в различных дозах оказался высокоэффективным для профилактики инфекционных осложнений столь часто используемой процедуры, как ТРБП.

Нельзя не упомянуть самые последние сведения о АБП при биопсии предстательной железы – в 2014 году на Конгрессе Европейской Ассоциации урологов были обнародованы клинические рекомендации, в которых сказано, что применение пероральных или внутривенных антибиотиков представляется самым современным методом лечения при . Оптимальная дозировка и продолжительность курса лечения определяются индивидуально. Из препаратов предпочтительнее хинолоны, при этом ципрофлоксацин более эффективен, чем офлоксацин (уровень доказательности 1b).

Таким образом, опыт клиники урологии МГМСУ и опубликованные результаты других отечественных и зарубежных

исследований, в том числе таких авторитетных, как Клинические рекомендации EAU-2014, позволяют считать пероральный прием ципрофлоксацина (Цифран ОД) и левофлоксацина высокоэффективным методом профилактики инфекционных осложнений при ТРБП, вместе с тем в условиях роста резистентности микрофлоры в настоящее время необходимо дальнейшее регулярное изучение и мониторирование клинической и микробиологической эффективности режимов антимикробной профилактики. Не вызывает сомнений, что по мере развития фармакологии и появления новых лекарственных препаратов поиск новых режимов антибиотикопрофилактики будет продолжаться.

> Материал подготовила В.А. Шадеркина

Процедура	Патоген	Профилактика	Антибиотик	Примечание
ТРБП	Энтеробактерии Анаэробы?	Всем пациентам	Тримептоприм+ Сульфаметоксазол Метронидазол?	У пациентов низкой группы риска - однократная доза
		С учетом АБ-резистентности	С учетом АБ-резистентности	У пациентов высокой группы риска - пролонгированный курс

Опыт клиники урологии МГМСУ и опубликованные результаты других отечественных и зарубежных исследований позволяют считать пероральный прием ципрофлоксацина (Цифран ОД) и левофлоксацина высокоэффективным методом профилактики инфекционных осложнений при ТРБП.



С ПОДРОБНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ ОЗНАКОМЬТЕСЬ В ИНСТРУКЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ

Представительство компании «Ранбакси Лабораториз Лимитед»: 129223, г. Москва, пр. Мира, ВВЦ, деловой центр «Технопарк», строение 537/4. Тел.: (495) 234-56-11/15, факс: (495) 234-56-19 www.ranbaxy.ru/w



Уважаемые коллеги! 18 сентября 2014 года состоится мастер-класс с международным участием «ЛЕЧЕНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ: ХИРУРГИЯ ИЛИ ТЕРАПИЯ?»

Организаторы:

- 1. ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России
- 2. МОО «Интернет форум урологов»

Техническая поддержка:

- 1. Uroweb.ru
- 2. Uro.ru
- 3. Uro.TV
- 4. Издательский дом «УроМедиа»

(A)-ada





Программа:

- операция «Имплантация эндофаллопротеза AMS-700LGX»
- операция «Имплантация эндофаллопротеза AMS-ambicor»
- операция «Имплантация эндофаллопротеза AMS-spectra»
- операция «Микрохирургическая реваскуляризация полового члена по Virag»
- доклад «Заместительная гормональная терапия при ЭД»
- доклад «ИФД-5 в лечении эректильной дисфункции»
- доклад «Лечение ЭД у кардиологических пациентов»
- доклад «Эндоваскулярные технологии в лечении эректильной дисфункции»
- доклад «Реваскуляризация полового члена»
- доклад «Применение клеточных технологий в лечении ЭД»

Планируется трансляция из операционных в зал и прямая он-лайн трансляция на сайте Uro.TV. Предварительная регистрация на UroWeb.ru.

Место проведения: ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России Москва, улица Живописная, д. 46.

Приглашаем к участию!!!



КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ СИАЛИС 5 МГ

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ СИАЛИС 5 МГ.
Междунаподное (невате-пельяет)
Междунаподное (невате-пельяет)
Таблетка, похратаче пленочной оболочной.
Таблетка, похратаче пленочной оболочной.
Таблетка, похратаче пленочной рисфункция сърстаю лечения, ОДЗ 5 ингибитор.
Таблетка пожрания десбункция Сомитовы вконих мечевых кутей у пационтов с доброжитественной гизирилахии представленной якимент мачевых кутей у пационтов с симптомами нажими жичевых кутей у пационтов с симптомами нажими жичевых кутей на фоне доброжитественной и инкрилахии представленной о железы.

С симпломами вижних могчевых путем на дроне доороженственного интерглазии предстагельном жолговых и Поезышениях учистиятельность к тадьяльному или к любому веществую входящему в состав горяварять. В служае примов предографиям или к любому веществую интергаты, Голиманными с развительного выполняющей учисти об 10 в пет, Налигие прогомогомыми к свежуральной истемност и пационетов с заболяваниями сердуемы-оссудитой системы: инфаркт милкарара в темном полования и пационетов с заболяваниями сердуемы-оссудитой системы: инфаркт милкарара в темном полования и пационетов с заболяваниями сердуемы-оссудитой системы: инфаркт милкарара в темном полования и пационетов с заболяваниями сердуемы и падионательного воденными видеомательного полования и падионательного полования и падионательного воденными в полования и падионательного полования и полования и падионательного полование и падионательного полование у пационного с связые с учетов составления заболяющей с заболяющей образования полования и падионательного полованиеми падионательного падионательного падионательного падионательного падионательного падионательного п

вне зависимости от пакемка пиши. Суточная доза межет быть снимень до 2,5 мг в зависимости от наумендильной чуюствительности. Для лационгов с неучастий сиксуальной актимностию (разме двух за в наджено) комоническом правом выполняющей правом правом до для интегорасственно правод сиксуальной зативностью согласне инструкции по мерицинскому применение препадата сиксуальной зативностью согласне инструкции по мерицинскому применения препадата по похважено ДПТМ ком ЭДДПТМ. Рексимендуемая дова препарата Саламе" при применении адми-ля а сугно составляет 5 мг, препарата полужет пременьма произменения в один от ком време две, невависьмо от армение ценкуальной актимностичностью печеныя устанавленати в рексиментировать утационать от почение настроитичностью генкой ставнеть маское (и пищем карреждия дода не требуется, у пациентов с таженой ставнеть поченой недотататичность (инперес-цей) должения почения применения пременения предпарата Саламе" один раз в сутки ре-рексименурется.

Наиболее частими нежелательными явлениями у пациентов с орективными

Наиболее частыми нежелательными явлениями у пациентов с эректильной дисфункцией являются головная боль и дистепсия, а также боль в спине, миалгия, «приливы»

дисфункцией являются головная боль и дистепсия, а законе очле о чение, мешения, коров к лицу, законечность ность. Наиболее частыми нежолательными явлениями у пационтов с 20ДПТК. Наиболее частыми нежолательными явлениями у пационтов с 20ДПТК. Паблетик, покрытыв плавичный оболочкой, 2,5 мг, 5 мг. По 14 таблетик в обиштер, соговщей за фольти алкоминивеной палиминуюванной и пленки ПВХ/ПЗ/ПХТФЗ. По 1 мли 2 бликтера вимоге с инструкцией по применению помещают в пачку картонную. За полной информецией обращайтесь к инструкции по медицинскому применению препарата Окалик[©] 5 мг

ЛП-000133 от 11.01,2011

www.ochenprosto.ru

Тел. +7 495 258 5001. Факс +7 495 258 5005. medinfo_ru®lilly.cor ООО «Лилли Фарма» 123317 Москва, Пресненская наб., д.10

Особенности пренатальной диагностики



Т.Н. Гарманова Детский уролог, м.н.с. отдела детской урологии ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России

В настоящее время пренатальная диагностика и консультирование беременных женщин до рождения ребенка становятся все более востребованными. Спектр врожденных заболеваний, которые можно и нужно выявлять в антенатальном периоде развития ребенка достаточно широк. Существует перечень нозологий, при которых рекомендовано прерывание беременности, – и хотя такое заключение может дать врачебный консилиум, главное решение все равно остается за беременной женщиной.

УЗИ во время беременности

врожденных аномалий развития мочеполовой системы есть жизнеугрожающие состояния - такие, как мегацистит (увеличение размеров мочевого пузыря, развивающееся вследствие аномалий уретры - атрезии, агенезии, стриктур, стеноза, синдроме задних уретральных клапанов и др.), который делает невозможным или затрудненным самостоятельное мочеиспускание плода; эстрофия мочевого пузыря, а также пограничные состояния, которые требуют тщательного наблюдения.

Одной из наиболее частых проблем с которой беременные женщины обращаются на консультацию детского уролога – это расширение собирательной системы почек плода. Антенатальный гидронефроз считается одной из

наиболее частых аномалий, выявляемых при пренатальном УЗИ – такие изменения диагностируются у 1-5% всех беременных женщин. Причины антенатального гидронефроза различны, а степень его выраженности варьирует от транзиторного расширения собирательной системы почки до клинически значимой обструкции или пузырномочеточникового рефлюкса (ПМР).

Благодаря рутинному использованию пренатального УЗИ обструкцию мочевых путей или ПМР у детей можно выявить раньше, чем возникнут такие осложнения, как инфекция мочевых путей, мочекаменная болезнь и почечная недостаточность. Однако, не все изменения, выявленные при УЗИ, являются следствием заболевания, многие носят транзиторный характер и не имеют клинического значения. Поэтому задачей урологов является выделение и активное

Во время выполнения УЗИ на 13-20 неделях беременности наличие почечных пирамид в виде темных, гипоэхогенных структур в пределах почки часто по ошибке принимают за расширенные чашечки.

наблюдение тех детей, которым потребуется дальнейшее лечение.

Особенности мочеполовой системы плода

Мочевыводящая система плода имеет свои особенности. Почка плода имеет дольчатое строение и спускается в малый таз на 6-9 неделе гестации. Визуализировать почки плода при УЗИ можно на 12-13 неделе, четко различить почечную архитектонику – на 20 неделе гестации (рис. 1). С 12 по 40 недели гестации размер почки увеличивается с 1,0 до 2,7 см в длину, поперечный размер – с 0,8 до 2,6 см.

Моча у плода начинает вырабатываться на 5-8 неделе гестации, но она представляет собой по сути неизмененную плазму, так как тубулярная функция начинает функционировать только с 14й недели гестации.

Мочевой пузырь плода можно визуализировать на 10-14 неделе беременности, а его опорожнение – на 15 неделе. Емкость мочевого пузыря увеличивается с 10 мл на 30й неделе внут-

риутробного развития до 50 мм при рождении.

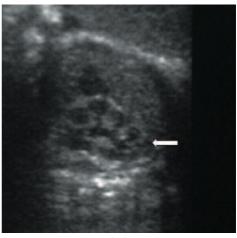


Рис. 1. Нормальная почка плода (стрелка). Наличие почечных пирамид (темные, гипоэхогенные структуры в пределах почки) часто по ошибке принимают за расширенные чашечки.

В настоящее время передне-задний размер лоханки, измеренный при УЗИ, является наиболее изученным параметром для оценки антенатального гидронефроза (АНГ) in utero. Этот показатель определяется гестационным возрастом, гидратационным статусом матери и степенью наполнения мочевого пузыря плода. Размер почечной лоханки в норме увеличивается с возрастом, поэтому

Пороговым значением нормы размера лоханки, при котором рекомендуется постнатальное наблюдение, считается расширение лоханки почки плода до 15 мм.

большинство исследователей выделяют пороговые нормы размера лоханки на ранних и поздних сроках гестации. Надо заметить, что нет четкого консенсуса относительно порогового значения размера лоханки, при котором требуется постнатальное наблюдение. Предлагается использоваться пороговое значение 15 мм для определения наличия обструкции, чувствительность и специфичность этого значения оценивается как 73% и 82% соответственно. В обширном метанализе было доказано, что только в

11,9% всех случаев антенатально выявленного гидронефроза размер лоханки менее 9 мм, тогда как 39% патологии встречается при размере лоханки менее 15 мм.

Классификация АНГ

В 1993 году Общество Фетальной Урологии (SFU) предложило классификацию АНГ по 5 степеням на основании постнатального состояния лоханки, чашечек и почечной паренхимы (рис.2).

	Выраженность расширения собира-тельной системы почки	Изображение при внутривенной урографии	Изображение УЗИ			
SFU степень 0	Нет расширения		BOLERS			
SFU степень 1	Лоханка едва расширена		SETTING.			
SFU степень 2	Расширение внутрипочечной лоханки					
SFU степень 3	Расширение внепочечной лоханки, больших чашечек		(4)			
SFU степень 4	Расширение внепочечной лоханки, больших и малых чашечек при сохранной паренхиме			BESTAR	GE A	
SFU степень 5	Расширение внепочечной лоханки, больших и малых чашечек с истончением паренхимы				1	

Рис. 2. Классификация антенатального гидронефроза Обществом Фетальной Урологии (Society for Fetal Urology)

Степень	Второй триместр	Третий триместр
Начальная	от 4 до < 7 мм	От 7 до < 9 мм
Умеренная	От 7 до ≤ 10 мм	От 9 до ≤ 15 мм
Выраженная	>10 mm	>15 MM

Таблица 1. Определение антенатального гидронефроза

Вероятность персистирования заболеваний (транзиторное расширение избирательной системы почки, обструкция верхних/нижних мочевых путей, необструктивные заболевания – ПМР, мегауретер и синдром сливового живота) мочевыводящей системы при антенатально выявленном гидронефрозе начальной степени составляет около 10%, при средней степени – 50%, при выраженной – более 85%.

Течение гидронефроза

Важно понимать, что большая часть антенатально выявленных изменений – это транзиторные изменения, у 80% детей заболевание разрешается самостоятельно, и только небольшой части пациентов требуется проведение оперативного лечения (менее 5%). К неблагоприятным прогностическим факторам можно отнести выявление гидронефроза в 3-ем триместре беременности, персистирование изменений по данным неоднократных УЗИ плода. С другой стороны, если при повторном УЗИ отмечается стабильное течение или уменьшении степени гидро-

нефроза вероятность необходимости постнатального оперативного лечения меньше.

В течении антенатально выявленного гидронефроза нужно понимать, что пренатальное его разрешение не будет имеет клинически значимых последствий в постнатальном периоде у ребенка. А в большинстве случаев врачи сталкиваются именно с такими ситуациями. Однако, в случаях прогрессирования заболевания в течение беременности последствия в постнатальном периоде могут быть клинически значимыми.

Диагностика гидронефроза

Антенатальное выявление этого заболевания целиком и полностью – прерогатива ультразвукового метода обследования. Этот метод безвреден и его применение стало рутинной практикой, он позволяет оценивать состояние собирательной системы почки в течение всего периода наблюдения. Тем не менее, на информативность данного исследования влияют гидратационный статус беременной женщины, степень

наполнения мочевого пузыря и навыки врача.

При рождении у детей отмечается относительная физиологическая дегидратация, что влияет на рекомендации по срокам выполнения постнатального УЗИ почек и мочевого пузыря. В отсутствие обструкции на уровне нижних мочевых путей УЗИ ребенку нужно проводить не ранее, чем на второй день жизни.

При обследовании нужно оценить следующие показатели: размер почек, размер лоханки (передне-задний), наличие кист почек, толщину паренхимы и размер мочеточника, состояние мочевого пузыря. При оценке состояния собирательной системы в динамике нужно обязательно обращать внимание на степень наполнения мочевого пузыря.

Сроки проведения обследования ребенка

Основным вопросом родителей после рождения ребенка с возможными заболеваниями почек являются сроки проведения обследования, как часто нужно выполнять ребенку УЗИ. В настоящее время можно точно сказать, при одностороннем гидронефрозе с нормальной контрлатеральной почкой постнатальное обследование должно выполнять через 1 неделю после рождения ребенка. У пациентов с высоким

риском возникновения инфекции мочевых путей (мальчики, которым не выполнялось обрезание, девочки со средней или тяжелой формой гидронефроза, семейным анамнезом ПРМ) должна проводится антибиотикопрофилактика до первого обследования и выработки тактики дальнейшего лечения или наблюдения. При двустороннем гидронефрозе и гидронефрозе единственной почки или при подозрении на наличие инфравезикальной обструкции показано выполнение максимально раннего УЗИ, желательно до выписки ребенка из родильного дома.

Проведение однократного УЗИ, при котором были получены нормальные значения в течение первой недели жизни ребенка, недостаточно для исключения обструкции. Повторное УЗИ рекомендуется выполнять через месяц после рождения ребенка как начало последующего наблюдения за ребенком. Частота позднего прогрессирования или рецидивирования гидронефроза составляет около 1-5%. При позднем прогрессировании гидронефроза или рецидивировании, заболевание имеет большую степень (III-IV), у большей части пациентов имеются симптомы заболевания. Время позднего прогрессирования или рецидивирования может варьировать от нескольких месяцев до 5-6 лет. Следовательно длительно наблюдение целе-

Таблица 1. Схема постнатального наблюдения за детьми с пренатально выявленным гидронефрозом

Степень антенатального гидронефроза	Рекомендации по антибиотико- профилактике	Результаты постанатального УЗИ (2-4 недели)	Рекомендации по выполнению цистографии, нефроцсинтиграфии	Рекомендации по УЗ наблюдению
Начальная	нет	Разрешение Умеренный (SFU I-III) Выраженный (SFU III-IV)	Нет Нет/да Да(2-4 недели)	1 год 1 год 3-6 месяцев
Умеренная	да	Разрешение Умеренная/выра- женная (SFU I-IV)	Нет Да (2-4 недели) (если +МЦУ, антибиотики, Если -МЦУ, нефросцинтиграфия)	1 год 3-6 месяцев
Выраженная	да	Разрешение/Уме ренная/выра- женная (SFU I-IV)	Да (2-4 недели) (если +МЦУ, антибиотики, Если -МЦУ, нефросцинтиграфия)	3-6 месяцев
Особые состояния	Рекомендации по антибиотико- профилактике (на основании данных пренатального УЗИ)	Когда выполнять постанатальное УЗИ?	Рекомендации по МЦУ	Рекомендации по УЗИ
Двусторонний умеренный или выраженный гидронефроз	да	1-3 дня после рождения	Да (1-7 дней) (если +МЦУ, антибиотики, Если -МЦУ, нефросцинтиграфия) (если +ПМР, возможно оперативное лечение)	В зависимости от заболевания
Аномалии мочевого пузыря/уретры Дивертикулы Утолщение стенки моче- вого пузыря Уретероцеле Расширение заднего отдела уретры	да	1-3 дня после рождения	Да (1-7 дней) (если +МЦУ, антибиотики, Если -МЦУ, возможно нефросцинтиграфия) (если +ПМР, возможно оперативное лечение)	В зависимости от заболевания
Расширенный мочеточник	да	2-4 недели	Да (1-7 дней) (если +МЦУ, антибиотики, Если -МЦУ, возможно нефросцинтиграфия)	В зависимости от заболевания

сообразно у этих пациентов, но точные сроки еще не определены.

До сих пор нет единого мнения экономической составляющей такого наблюдения, поэтому некоторые врачи рекомендуют прекратить рутинное наблюдение за пациентами с гидронефрозом I-II стадий, с обращением за консультацией при возникновении инфекции мочевых путей или болевого синдрома. Однако есть сторонники проведения УЗИ и выполнения анализов мочи каждые 6-12 месяцев в тече-Более подробная схема ние 2-3 лет. постнатального наблюдения за детьми с пренатально выявленным гидронефрозом представлена в таблице 2.

Преемственность в работе специалистов

Однако, несмотря на предложенные алгоритмы наблюдения и лечения пациентов с антенатально выраженным гидронефрозом, каждый случай индивидуален, и приведенные цифры, проценты и данные исследований призваны помочь врачу проконсультировать, объяснить будущим родителям возможные исходы заболевания еще нерожденного ребенка. Важно донести до родителей информацию о необходимости урологического наблюдения для исключения возможных осложнений, но в то же время не выполнять неоправданные инвазивные методы диагностики и оперативного лечения.

Одним из наиболее важных аспектов наблюдения и лечения детей с такими заболеваниями является согласованная работа врачей акушеров-гинекологов женских консультаций и роддомов и детских врачей - урологов, хирургов. Очень важно, чтобы решения о пролонгировании беременности при тяжелых заболеваниях, а также сроки наблюдения за такими детьми принимались с участием всех специалистов. Важно, чтобы будущие матери могли знать прогноз о состоянии их ребенка от врача-уролога, который будет заниматься в будущем лечением малыша.

В Москве примером такого сотрудничества может служить Центр пренатального консультирования беременных женщин на базе отделения хирургии новорожденных ДГКБ №13 им. Филатова, которым руководит д.м.н. Мокрушина Ольга Геннадьевна. Подобный центр функционирует и в Саратове под руководством профессора Дерюгиной Людмилы Александровны. Но это лишь исключения, таких центров очень мало, часто родители не знают куда и к кому обращаться. Поэтому задачей врачей акушеров-гинекологов и детских урологов является не только выявление, наблюдение и лечение этой категории детей, но и организация преемственности в совместной работе.





Дорогие коллеги!

Мы рады сообщить вам о проведении IV Всероссийской Школы по детской урологии-андрологии, которая состоится 23-24 СПРЕЛЯ 2015 ГОДО в Москве.

В ходе работы предыдущих школ мы увидели огромную заинтересованность детских урологов-андрологов в образовании, общении, стремлении поделиться своими знаниями и узнать об опыте коллег.

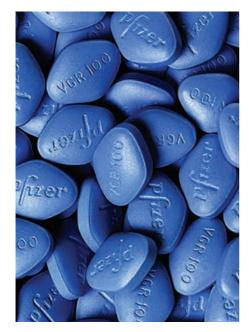
На III Всероссийской школе по детской урологии-андрологии было зарегистрировано более 250 участников не только из России, но из стран СНГ – Белоруссии, Таджикистана, Казахстана, Украины.

Впервые нам удалось пригласить практически всех членов Правления Европейской Ассоциации детских урологов для работы в рамках школы.

Надеемся, что следующее мероприятие будет не менее интересным, и мы все вместе будем продолжать эту, уже ставшую доброй, традицию. Следите за нашими объявлениями для получения более подробной информации о программе и месте проведения IV Всероссийской школы по детской урологии-андрологии!

«Виагра» повышает риск развития у мужчин меланомы

«Виагра» может привести к развитию меланомы, одной из самых распространенных разновидностей раковых заболеваний на сегодня.



сследования проводились сотрудниками из Университета Браун. Вещества, поддерживающие потенцию, оказывают прямое воздействие на генетические процессы в организме. Раковые клетки в итоге становятся более агрессивными, начинают размножаться активнее.

В эксперименте исследовались больничные листы 26-ти тысяч жителей Соединенных Штатов и Китая. Все участники вели разный образ жизни, принадлежали к разным социальным слоям общества и имели разный возраст, не превышающий 65-ти лет. Научный вывод таков: даже одноразовое употребление «Виагры» повышает риск развития рака кожи.

Конечно же, «отягчающими обстоятельствами» являются также и образ жизни, ведомый мужчинами, и их генетический материал – предрасположенность к тем или иным видам заболеваний. Особенно осторожными с «Виагрой» стоит быть тем мужчинам, которые находятся в группе риска по раковым заболеваниям.

Помимо перечисленного выше, «Виагру» «обвиняют» также в целом ряде негативных побочных эффектов, среди которых: головные боли, изжога, тошнота. ■

Источник: http://zdorowie.ru

Московское УФАС возбудило дело в отношении ООО «Берлин-Хеми/А. Менарини»

9 июня Московское УФАС России возбудило дело в отношении представителя фармацевтического объединения Италии ООО «Берлин-Хеми/А. Менарини».



Как сообщили в пресс-службе антимонопольного ведомства, комиссия УФАС приняла решение о возбуждении дела в отношении ООО «Берлин-Хеми/А. Менарини», рассмотрение которого назначено на 9 июля 2014 года. ■

огласно материалам дела, компания распространила в телевизионном эфире, а также на специальном сайте рекламу лекарственного препарата: «МИГ и голова не болит».

В указанной рекламе усматриваются признаки нарушения ФЗ «О рекламе», а именно п. 7 ч. 1 ст. 24 и п. 8 ч. 1 ст. 24, выразившиеся в распространении рекламы лекарственного препарата, создающей впечатление ненужности обращения к врачу, а также гарантирующей положительное действие объекта рекламирования, его безопасность, эффективность и отсутствие побочных действий.



Источник:

http://www.pharmvestnik.ru/publs/lenta/v-rossii/moskovskoe-ufas-vozbudilo-delo-v-ot-noshenii-ooo-berlin-xemi-a-menarini.html #.U5s2Dh8Qu48

Новости

Обрезание: мифы и факты

На сегодняшний день мужское обрезание является одним из спорных вопросов, который оброс вымыслами из-за противоречивых результатов исследований и религиозных традиций.

ак, по мнению доктора Кери Крониса из Университета Калифорнии (США), обрезание является безопасной процедурой, но это хирургическая операция, и, как при любой операции возможны осложнения. Основными осложнениями являются кровотечение и инфекция, но при надлежащем уходе и наблюдении, таких проблем, как правило, можно избежать. Два основных преимущества обрезания — это легкость в соблюдении гигиены и низкий риск инфекций мочевыводящих путей. Но необходимо учитывать несколько мифов и фактов о мужском обрезании:

Уменьшает риск развития рака предстательной железы

К такому выводу пришли исследователи из Университета Квебека в Монреале (Канада). Ими было обнаружено, что по сравнению с необрезанными мужчинами, те, кто был обрезан в младенческом возрасте, были на 14 % меньше подвержены развитию рака простаты.

Снижает риск заболеваний, передающихся половым путем

Несмотря на то, что исследования в прошлом показали, что обрезание может уменьшить риск заражения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) у мужчин наполовину (50-60%), точная причина этого

факта еще не выяснена. Недавнее исследование, проведенное в НИИ трансляционной геномики, показало, что удаление крайней плоти может изменить бактериальное сообщество, известное как микробиом, что ведет к улучшению защиты от ВИЧ-инфекции.

Имеет негативное последствие для психического здоровья

Ученые из Университета Торонто (Канада), получили предварительные данные, что у детей, перенесших обрезание, возможно возникновение алекситимии — затруднения с определением и выражением чувств.

Болезненность процедуры

Хотя процедура является быстрой и легкой, она довольно болезненна. В связи с чем многие урологи и хирурги рекомендуют при вмешательстве использовать обезболивание – смесь местных анестетиков или инъекцию лидокаина.

Риск развития осложнений после обрезания увеличивается с возрастом

Возможные осложнения, связанные с обрезанием, такие как кровотечение, инфекции, рубцевание и затруднение мочеиспускания, с возрастом риск их развития возрастает. Именно поэтому многие врачи призывают делать эту процедуру в раннем возрасте.

Планируется перевод врачей на эффективный контракт

Государственная программа постепенного повышения зарплат бюджетников до 2018 года была принята в 2012 году, ее главная цель – перевод всех бюджетников на систему эффективных контрактов. Данная система предполагает, что зарплата всех работников бюджетной сферы будет зависеть от сложности и качества оказываемых услуг.

о словам министра здравоохранения Вероники Скворцовой, Минздрав России уже начал процесс оптимизации федеральных медицинских центров, свой статус сохранят только «флагманские» центры, а остальные станут региональными учреждениями здравоохранения.

Также главой Минздрава были приведены статистические данные: на сегодняшний день в России имеется сеть специализированных медцентров — 122 федеральных и 289 региональных. С 2006 года в 8,4 раза, до 505 тысяч человек, возросло количество пациентов, которые ежегодно получают высокотехнологическую помощь за счет федерального бюджета. Вероника Скворцова отметила, что с 2014 года часть оплаты некоторых видов высокотехнологичной помощи перешла в систему ОМС с целью снятия с наиболее растиражированных видов такой медпомощи лимитов и ограничений.

По мнению главы Минздрава, это себя оправдало: за два месяца этого года

было пролечено более чем на семь тысяч больных больше, чем год назад, то есть резко увеличено количество людей, которые получают высокотехнологичную помощь. Те федеральные учреждения, которые были востребованы системой, получили больше средств из ОМС, а ряд учреждений недополучили из-за перераспределения этих средств. Параллельно на основе объективной паспортизации каждого федерального учреждения Минздрав стал изучать, насколько это учреждение соответствует федеральному статусу. Выяснилось, что уровень некоторых медцентров не превышает региональный. По словам Вероники Скворцовой, уже сейчас начат процесс оптимизации, который позволит оставить федеральными те учреждения, которые реально являются федеральными, флагманами. Остальные будут сохранены, но они будут работать в регионе, также она добавила, что в этом году зарплаты врачей во всех федеральных центрах будут не ниже, чем в 2013 году. ■

Урологи Подмосковья будут работать и учиться по новой программе

Соглашение, подписанное Министерством здравоохранения Московской области и ФГБУ «НИИ Урологии» Минздрава России, дает старт реализации в регионе программы «Урология», призванной повысить стандарты оказания медицинской помощи.

лавной целью утвержденного плана является модернизация действующей в регионе системы урологической помощи. В основе программы «лежат принципы профилактики, стандартизации, построения трехуровневой системы оказания медицинской помощи, и организации контроля качества», – подчеркивают в областном Минздраве.

Документ включает в себя стандарты оценки качества оказания медицинской помощи на каждом из звеньев трехуровневой системы (учреждения, оказывающие первичную помощь, амбулаторные центры и консультативно-диагностические центры). Подразумевается, что следующий уровень будет оценивать работу предыдущего, согласно установленным критериям. Анализ будет производиться, исходя из требований, прописанных в программе: об условиях в помещениях, технической оснащенности, оказании диагностической и лечебной помощи, уровне подготовки меди-

цинских кадров и.т.д. Стандарты формировались с опорой на международный урологический опыт и в полном соответствии с действующим законодательством РФ.

Особое внимание документ уделяет профилактике и раннему выявлению заболеваний. По мнению авторов программы, такой подход не только приведет к сокращению финансовых затрат, но также позволит снизить количество осложнений и случаев инвалидизации у населения, облегчит планирование длительности пребывания пациента в стационаре и в целом позволит более рационально распределять финансовые и кадровые затраты в системе здравоохранения. Одна из основных текущих задач - сокращение количества экстренных случаев оказания помощи в пользу плановых обращений.

В сложных случаях урологи Подмосковья смогут проконсультироваться с сотрудниками «НИИ Урологии» – головного методологического центра России по дан-



ной специальности. Помощь будет оказываться на портале «NetHealth.ru» посредством проведения дистанционного консилиума. Если возникнет такая необходимость, пациенты будут направляться непосредственно в «НИИ Урологии» для оказания высокоспециализированной помощи. Дата прибытия и время проведения операции могут быть назначены непосредственно во время интернет-консилиума, что позволит сократить время на госпитализацию.

Помимо этого, в ходе реализации программы урологи Московской области смогут пройти бесплатное обучение. Сделать это можно будет очно, или же онлайн: на портале профессионального медицинского образования «UroEdu.ru», где размещены курсы дистанционного образования по всем областям урологии. Образовательные модули включают в себя информацию по раку предстательной железы, аденоме простаты, мочекаменной болезни, мужскому бесплодию и

т.д. Кроме того, урологам предлагаются варианты проведения совместных научно-исследовательских работ, участия в конференциях, семинарах и выставках.

Ход реализации программы будет отслеживаться и оцениваться в «НИИ Урологии». Подобные проекты уже действуют в Воронежской, Липецкой, Калужской, Тамбовской, Тверской, Владимирской областях, а также Карачаево-Черкесской Республике.

По словам авторов программы, получаемые из регионов данные позволяют во многом скорректировать работу системы здравоохранения в области урологии, получить представление о реальных материальных затратах на оказание помощи и обосновать их необходимость, а также расширить базу научных знаний. Кроме того, программа «Урология» закладывает основы для проведения в будущем множества проектов по повышению качества помощи в других медицинских областях. ■

Новости

Диспансеризация выявила урологические заболевания у тысячи петербургских детей

В 2013 году в Санкт-Петербурге урологами-андрологами было проведено обследование детей до 14 лет. Среди обследованных урологические проблемы были выявлены почти у тысячи человек.

ак, осмотры детского уролога-андролога показали, что проблемы со здоровьем есть у многих маленьких петербуржцев: в возрасте до четырех лет помощь нужна 290 детям, от пяти до девяти лет – 190, от 10 до 14 – 514. Об этом заявили в пресс-службе детского омбудсмена Светланы Агапитовой. Эти данные были озвучены на заседании Координационного совета по охране жизни и здоровья детей, на котором обсуждалось отношение родителей к медицинским осмотрам при приеме в школы и детсады.

С 1 сентября прошлого года в Санкт-Петербурге подобные осмотры начали действовать по новому порядку. Теперь помимо традиционных заключений педиатра, невролога и других специалистов годовалым детям нужна справка от психиатра, а трехлетним девочкам и мальчикам нужно пройти первый осмотр гинеколога и андролога-уролога соответственно.

По мнению пресс-службы Светланы Агапитовой, учитывая, что проблема мужского бесплодия стоит острее, чем женского, становится ясно, что профилактика заболевания позволит вовремя

принять меры и не лишит ребенка в дальнейшем радости отцовства.

Несмотря на это, Законодательное собрание Санкт-Петербурга обратилось к министру здравоохранения Веронике Скворцовой с просьбой отменить обязательные осмотры маленьких детей перед поступлением в детские сады акушерамигинекологами и андрологами-урологами. Данное предложение было отвергнуто, поскольку, как сообщается на сайте Минздрава России, профилактический медицинский осмотр дошкольников и школьников детским гинекологом или андрологом направлен на выявление скрытых заболеваний и пороков развития, обнаружение которых иными средствами кроме осмотра специалистом практически исключено. Также министерством были приведены данные, подтверждающие невозможность подобной отмены: во время медицинских осмотров подростков, проведенных в 2011—2012 гг., у 57 % детей были впервые выявлены заболевания, из них у 12 % — заболевания репродуктивной сферы, которые в дальнейшем без лечения могли привести к бесплодию.

Россияне назвали основные причины проблем со здоровьем. Результаты социологического опроса

Согласно одному из последних опросов ВЦИОМ, основной причиной проблем со здоровьем в собственной невнимательности к нему считают 40% россиян. При этом главным фактором ухудшения самочувствия называют низкий уровень жизни и нехватку материальных средств 32% респондентов, почти столько же опрошенных (30%) считают причиной проблем со здоровьем плохую экологию.

очти 24% респондентов в негативных последствиях здоровья обвиняют низкий уровень квалификации и невнимательность медицинских работников. Причем чаще винить медицину склонны пожилые люди (32%) и опрошенные с начальным образованием (33%), в отличие от молодежи (16%) и респондентов с высшим образованием (21 %). Примерно 14% респондентов считают, что в болезнях виновато государство, которое перестало заботиться о здоровье людей. По мнению 7% россиян, ухудшение здоровья связано с плохими условиями труда, 6% респондентов философски заметили, что люди болели во все времена, а 4% заявили, что «болезни от Бога» и даются за грехи.

Для трети россиян (35%) забота о своем здоровье проявляется в отказе от курения и алкоголя, причем восемь лет назад эта доля составляла на 4 % меньше (31%). Как показал опрос, среди женщин

тех, кто не пьет и не курит, — 44%, а среди мужчин – всего 25%. Каждый четвертый респондент (25%) в случае болезни немедленно обращается к врачу. Правильное питание считает залогом крепкого здоровья пятая часть опрошенных (21%) – за год эта доля сократилась на 5% (26%), однако по-прежнему превышает показатель восьмилетней давности (16% — в 2006 г.).

Кроме того, для сохранения хорошего самочувствия, часть россиян регулярно проходит диспансеризацию (18%) и занимается спортом (18%). Еще 17% опрошенных стараются смотреть телепередачи о здоровье и читать литературу на эту тему. А 18% респондентов сообщили, что просто не обращают внимания на недомогания. Почти 8% участников опроса заявили, что они абсолютно здоровы и им не приходится заботиться о своем самочувствии.

В опросе принимали участие 1 600 человек в 130 населенных пунктах в 42 областях. ■

Клинические исследования в России проходят с нарушениями

При проведении контрольных проверок у трети всех клинических исследований, которые проводятся в стране, обнаруживаются нарушения правил хранения лекарственных средств, еще у 33%-36% – ошибки в ведении документации. Об этом сообщил начальник отдела контроля клинических исследований Управления организации госконтроля качества медицинской продукции Росздравнадзора Евгений Рогов в своем докладе на проходившей в Санкт-Петербурге 10 и 11 июня 3-й конференции «Актуальные вопросы доклинических и клинических исследований лекарственных средств».

о мнению представителя Росздравнадзора, самая большая проблема при осуществлении контроля - отсутствующее законодательное закрепление ответственности за нарушение правил клинической практики, а также нечетко прописанная градация нарушений по тяжести. Серьезной проблемой является и отсутствие оценки результатов клинических исследований. В настоящее время в России действуют 511 организаций по проведению КИ в 53 регионах страны это не только исследовательские центры, но и так называемые «контактные организации» и спонсоры.

«В 2013-м году Советом по этике Минздрава России было принято около полутора тысяч решений по проведению клинических исследований, и 919 из них – первичные», – сообщила профессор Елена Дмитриева, заместитель председателя Со-

вета. – «Отрадно, что процент положительных решений за последние два года значительно вырос, что говорит о лучшем качестве подготовки предоставляемых на утверждение документов».

В своем выступлении профессор Дмитриева рассказала о новых возможностях, которые открывает перед исследователями использование мобильных технологий. В 2012-м году FDA впервые одобрило проведение отдаленного клинического исследование с использованием IT-технологий, и с тех пор в США данное направление активно развивается: практически готова к принятию электронная форма информированного согласия. По мнению Елены Дмитриевой, мобильные гаджеты откроют новую страницу в проведении клинических испытаний и в нашей стране.

Источник http://www.pharmvestnik.ru/

Правительство РФ предложило увеличить возраст врачей, участвующих в программе «Земский доктор»

На совещании с вице-премьерами в начале апреля нынешнего года глава Правительства РФ Дмитрий Медведев предложил увеличить максимальный возраст участников программы «Земский доктор» с 35 лет до 45 лет.



то связано с тем, что на сегодняшний день в Минздрав поступает много просьб расширить программу «Земский доктор». Премьер-министр поддержал инициативу и предложил увеличить возрастной предел участников программы. По его мнению, в этом случае в сельскую местность приедут более опытные врачи. Потому что нередко на врача такого уровня ложится колос-

сальная ответственность, он должен владеть широким спектром навыков. Как отметил глава Правительства РФ, когда человек сначала где-то поработает, а потом готов поехать на село, обзавестись там домом, привлечь свою семью — это целесообразно. Помимо того, увеличение возраста врачей и, соответственно, участников программы позволит привлекать и более опытные кадры.

Также Дмитрий Медведев заявил, что благодаря данной программе в сельскую местность за прошлый год приехали работать более 12 тысяч докторов. По его словам, Правительство РФ продолжит стимулировать их переезд на село, обеспечивая медицинским работникам единовременную компенсационную выплату. Премьер-министр пообещал дать соответствующие поручения Минздраву и Минфину. ■

Наши возможности

Биохимическая лаборатория НИИ урологии



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

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



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

Онкоурология:

 Определение онкомаркеров рака предстательной железы (PSA, хромогранин A)



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

Трансплантология:

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

Перспективы: дальнейшее совершенствование методов диагностики урологических заболеваний.

Инстилляции препаратов в мочевой пузырь: поиск новых методик



В.А. Шадеркина руководитель проекта «Дайджест урологии»

Роль внутрипузырных инстилляций в современной урологии трудно переоценить, этот метод лечения пользуется заслуженным уважением у современных урологов и их пациентов. Однако такое лечение показано далеко не всем пациентам, показания для внутрипузырных инстилляций должны быть строго ограничены, применяться такое лечение должно только у определенных категорий пациентов, консультированных высококвалифицированными специалистами.

В нутрипузырные инстилляции, кроме пациентов с раком мочевого пузыря, должны назначаться пациентам с хроническим циститом, в том числе интерстициальным, при доказанной несостоятельности слоя гликозаминогликанов мочевого пузыря, с выраженным лимфогистиоцитарным инфильтратом, явлениями плоскоклеточной метаплазии без ороговения, явлениями склероза подслизистого и мышечного слоев, при сохраненной емкости мочевого пузыря.

При лечении **пациентов мужского пола с уретритами и простатитами** внутрипузырные инстилляции применяться не должны, на сегодняшний день существует достаточно препаратов, создающих терапевтические концентрации в мочевых и половых путях при пероральном и парентеральном путях введения. В редких случаях, при наличии морфологи-

чески доказанного интерстициального цистита, внутрипузырное лечение может применяться и у мужчин. Кроме того оправданным является и внутрипузырное применение вакцины БЦЖ, при раке мочевого пузыря.

Противопоказаниями для внутрипузырного лечения является симптоматическая инфекция мочевых путей, стриктуры, опухоли и другие состояния, при которых имеется высокий риск восходящего инфицирования мочевых путей.

К сожалению, на сегодняшний день, различные специалисты вводят в мочевой пузырь вещества без доказанной эффективности и безопасности. При выборе лечебной тактики не используются современные принципы медицины, основанной на доказательствах. Такое лечение зачастую, приводит к массе нежелательных эффектов и побочных реакций, как в раннем, непосредственно после лечения, так и

Мнение специалиста

в позднем периодах, спустя месяцы и годы после завершения лечения.

Показания к внутрипузырной терапии должны определяться только на основании цистоскопии с биопсией мочевого пузыря и последующим морфологическим и иммуногистохимическим изучением биоптатов.

В мировой литературе присутствует описания различных, патогенетически обоснованных методов внутрипузырной терапии. Еще недавно – 5-10 лет назад – в нашей стране отсутствовали зарегистрированные препараты для внутрипузырного введения, способные восполнять дефицит гликозаминогликанов стенки мочевого пузыря. Недавно на российском рынке появился перспективный, с нашей точки зрения, препарат гиалуроновой кислоты – гиалуронат натрия (Уро-Гиал).

Непременным условием патогенеза бактериального цистита является адгезия (прикрепление) возбудителя к эпителию мочевого пузыря. Для этого кишечная палочка имеет специальный инструмент фимбрии. В норме, слизистая мочевого пузыря покрыта защитным слоем из гликозаминогликанов (GAG-layer). Основными компонентами этого слоя являются гиалуроновая кислота, хондроитин сульфат и гепаран сульфат. Вот этот слой и препятствует прикреплению бактерий к стенке мочевого пузыря. Иногда этот слой частично или полностью разрушается. Например, при снижении уровня эстрогенов, после лучевой терапии. Или, это может быть генетическая предрасположенность.

Тогда, возбудители цистита свободно прикрепляются к эпителию, вызывая воспаление – цистит. И каждая последующая атака цистита вызывает все большее разрушение защитного слоя. Поэтому, рецидивы становятся все чаще, а ремиссии – все короче.

Кроме того, в моче содержатся агрессивные компоненты, в частности – ионы калия. При повреждении гликозаминогликанового слоя происходит непосредственный контакт этих ионов с lamina propria, где находятся нервные окончания. Такой контакт вызывает болевой синдром, также, возможен аутоиммунный ответ.

Соответственно, для восстановления мукополисахаридного слоя разработаны и выпускаются препараты на основе гиалуроновой кислоты и хондроитинсульфата. Гиалуронат натрия («Уро-Гиал»). Стоимость препарата около 65 Евро за набор (флакон с препаратом, катетер, шприц). Препарат вводится внутрипузырно, 1 раз в неделю. Курс составляет от 4-х до 12 инстилляций.

Разумеется, чаще всего необходимо комбинированное лечение. Однако, на сегодняшний день, восстановление гликозаминогликанового слоя – единственный вид патогенетической терапии хронического, рецидивирующего и интерстициального циститов. Эти данные получили морфологическое, иммуногистохимическое, экспериментальное и клиническое подтверж-дение в диссертационной работе, вышедшей из стен ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России. ■



ypo-rman

Эффективный препарат для внутрипузырной терапии

Показания:

🗱 Хронический бактериальный рецидивирующий цистит

🗱 Лучевой цистит

🗱 Интерстициальный цистит

💸 Синдром болезненного мочевого пузыря (цисталгия)

Эффекты:

🐝 Восстановление гликозаминогликанового (защитного) слоя мочевого пузыря

🗱 Антибактериальное действие (E. coli, P. aeruginosa)

Пртивовоспалительное действие (блокада действия противовоспалительных цитокинов)



Заказать по телефону: +7 (499) 322-03-69 Заказать он-лайн: http://03uro.ru/shop/urogial

Актуально

Антиоксиданты в лечении нейрогенной эректильной дисфункции

В последние годы появилось много публикаций по применению антиоксидантов при различных заболеваниях. Средства массовой информации уже познакомили читателей со способностью антиоксидантов предотвращать разрушающее действие свободных радикалов на клетки живых организмов, и, тем самым, замедлять процесс их старения.

Эликсир молодости?

дним из самых мощных антиоксидантов является альфа-липоевая кислота (АЛК), уникальные свойства которой позволяют использовать ее, в том числе, в области урологии. Многочисленные экспериментальные исследования продемонстрировали, что АЛК является мощнейшим антиоксидантом за счет участия в ресинтезе витамина Е, способности снижать перекисное окисление липидов, повышать трансмембранные транспорт глюкозы (ведет к накоплению гликогена в клетке, увеличению ее энергетического баланса). АЛК восстанавливает практически все виды обмена в гепатоцитах (обладает гепатопротекторным действием), предупреждая развитие жирового стеатоза печени.

Диагностика нейрогенной ЭД

Одним из перспективных урологических направлений использования альфалипоевой кислоты является ее приме-

нение при нейрогенной эректильной дисфункции на фоне ожирения и метаболического синдрома.

Современный взгляд на возможности применения АЛК в урологии был изложен в ряде выступлений и публикаций ведущим экспертом в области андрологии и эндокринологии профессором Светланой Юрьевной Калинченко.

Изначально альфа-липоевая кислота применялась для лечения и профилактики широкого спектра заболеваний, связанных с поражением периферических нервов и мозговой тканью, т. е. тех структур, которые наиболее чувствительны к воздействию свободных радикалов. Нейрогенная эректильная дисфункция является одним из самых ранних проявлений нейропатии и ярким клиническим проявлением негативного действия окислительного стресса, приводящего к снижению секреции оксида азота (основного нейромедиатора) кавернозными нервами. Ее диагностика достаточно проста (метод Калинченко -Роживанова). Определение нейропатии

полового члена проводится с помощью прибора Тиотерм, у которого имеются два разных конца – металлический (холодный) и пластмассовый (теплый). Пациенты с нейропатией не различают разницы между холодным и теплым концами прибора.

По данным эпидемиологических исследований частота диабетической нейропатии (ДН) при сахарном диабете (СД) варьирует от 5 до 100% в зависимости от используемых методов обследования. Различия в частоте встречаемости обусловлены использованием различных критериев диагностики ДН. Согласно сложившейся точке зрения, наиболее ранней и частой формой ДН является диабетическая периферическая полинейропатия (ДПН). У 7,5% больных с впервые выявленным СД 2 типа уже имеются клинические и лабораторные проявления ДПН.

Однако, по мнению профессора С.Ю. Калинченко, наиболее ранней и частой формой диабетической нейропатии у мужчин с СД является эректильная дисфункция, которая значительно ухудшает качество жизни не только мужчины, но и семейной пары, а также является причиной развития депрессии, негативно влияющей и на возможность достижения компенсации углеводного обмена.

Профессором С.Ю. Калинченко были исследованы клинико-эпидемиологические характеристики нейрогенных форм нарушений половой функции у мужчин,

больных СД. В сплошное одномоментное исследование было включено 611 больных СД (репрезентативная выборка), проживающих в различных регионах Российской Федера-ции. Все пациенты были анкетированы по опроснику Международного индекса эректильной функции 5 (МИЭФ-5) и Aging Male Simptoms по Heinemann. Степень компенсации углеводного обмена оценивалась по уровню гликированного гемоглобина (HbA1c) (норма - до 6,4%). Скрининг диабетической полинейропатии осуществлялся путем исследования вибрационной, температурной и тактильной чувствительности нижних конечностей (шкала NDS по Янгу и шкала TSS).

Для выявления нейропатии половых органов оценивали вибрационную, тактильную и температурную чувствительность полового члена методом Калинченко – Роживанова. Для исследования гемодинамики полового члена проводилась ультразвуковая доп-плерография аппаратом Minimax Doppler Fono фирмы Minimax с датчиком 10 мГц. При статистической обработке данных использовали пакет прикладных программ Statistica (StatSoft Inc., США, версия 6.0).

Выявлено увеличение распространенности ЭД в старших возрастных группах. С возрастом и у мужчин, и у женщин происходит снижение секреции половых гормонов – важных эндогенных антиоксидантов, что усугубляет проявления окислительного стресса, а у

Актуально

В настоящее время доступны таблетированные и парентеральные формы АЛК с прогнозируемой биодоступностью, такие как, например, препарат Эспа-липон. На основании опыта можно рекомендовать ежедневный прием 300 мг Эспа-Липона 1 р/сут утром минимум за 30 минут до еды. В начале лечения целесообразно проводить курсы инфузионной терапии раствором АЛК 600-1200 мг/сут в/в № 12-14. Такой подход значительно увеличивает эффективность терапии ЭД и снижает финансовую нагрузку на пациента.

ряда пациентов без сахарного диабета является ведущей причиной его возникновения. Кроме того, нами установлено, что нейрогенная форма ЭД у больных с СД 1 и 2 типов возникла раньше первых клинических проявлений дистальной диабетической нейропатии не менее чем в 37,4 и 51,9% случаев соответственно.

Данная особенность позволяет использовать нейрогенную форму ЭД как ранний клинический прогностический признак развития дистальной диабетической нейропатии. Следует еще раз отметить, что сахарный диабет является не единственной причиной развития нейрогенной эректильной дисфункции. Когда определение чувствительности полового члена вошло в рутинную практику, в клинике профессора стали выявлять достаточную ее распространенность и у мужчин без сахарного диабета.

Классификация нейрогенной ЭД

Удалось выделить несколько причин развития нейрогенной ЭД, на основании чего профессор предлагает следующую классификацию нейрогенной ЭД:

- 1. Диабетическая нейрогенная ЭД.
- 2. Травматическая нейрогенная ЭД (нередко наблюдается после операций на органах малого таза и половом члене).
- 3. Токсическая нейрогенная ЭД (развивается на фоне приема алкоголя, длительного приема лекарственных препаратов, уремии, поражения печени, авитаминоза; нейропатия, развившаяся на фоне инфекций, системных заболеваний, аллергических заболеваний).
- 4. Возрастная нейрогенная ЭД (развивается на фоне снижения секреции тестостерона).

Своевременное применение АЛК при нейрогенной эректильной дисфункции на фоне ожирения является профилактикой развития сосудистой эректильной дисфункции, которая достаточно трудно поддается терапии и предшествует более серьезным сосудистым катастрофам, таким как инсульт и ишемическая болезнь сердца. Оксидативный стресс, гиперхолестеринемия, активация эндотелия и адгезия моноцитов являются звеньями формирования атеросклеротического поражения сосудистой стенки.

Универсальный механизм

действия АЛК

В эксперименте доказано, что введение АЛК уменьшало размеры атеросклеротических бляшек в брюшной аорте, что сопровождалось уменьшением содержания жировых и воспалительных клеток в стенке аорты. АЛК улучшала сосудистую реакцию на ангиотензин II, ацетилхолин и инсулин, уменьшала оксидативный стресс. Применение АЛК уменьшает свободнорадикальное повреждение миоцитов вследствие оксидативного стресса при ишемии миокарда. В эксперименте назначение АЛК приводило к значительному снижению апоптоза, уменьшению перекисного окисления липидов, увеличению активности глутатиона и в митохондриях кардиомиоцитов, что препятствовало развождалось уменьшением содержания в плазме интерлейкина-6 и активатора плазминогена-1. Таким образом, показано действие АЛК на эндотелиальную дисфункцию, реализующееся через влияние на противовоспалительные и антитромботические механизмы.

В пилотных исследованиях показано, что АЛК уменьшает апоптоз, связанный с оксидативным стрессом, и стимулирует процессы апоптоза в различных раковых клетках. В эксперименте на культуре клеток показано, что АЛК дозозависимо ингибирует пролиферацию клеток рака молочной железы человека и активирует в них процесс апоптоза. Аналогичные результаты были получены для клеток рака легкого, причем АЛК активирует апоптоз в раковых клетках как каспазанезависимым, так и каспаза-зависимым

Антиоксиданты – ингибиторы окисления, природные или синтетические вещества, способные замедлять окисление. Наиболее известные антиоксиданты: аскорбиновая кислота (витамин С), токоферол (витамин Е), β -каротин (провитамин А) и ликопин (в томатах). К ним также относят полифенолы: флавин и флавоноиды (часто встречаются в овощах), танины (в какао, кофе, чае), антоцианы (в красных ягодах).

витию необратимых нарушений сердечной функции. В исследовании ISLAND прием таблеток АЛК (Эспа-липон) в дозе 300 мг в качестве монотерапии у больных с метаболическим синдромом в течение 4 недель приводил к увеличению эндотелий-зависимой вазодилатации брахиальной артерии, что сопро-

путем. Врачи из Нью-Мехико (США) описали случай больного раком поджелудочной железы с метастазами в печень, состояние которого улучшилось после инфузий АЛК в сочетании с приемом низких доз налтрексона. Больной был жив и хорошо себя чувствовал через 78 месяцев после первоначального опи-

Актуально

Структурная формула и свойства АЛК были открыты в 1951 г., тогда же были проведены ее первые клинические испытания. В 1970 году было начато применение альфа-липоевой кислоты у людей.

сания. Цисплатин, широко используемый противораковый препарат, приводит к увеличению перекисного окисления липидов и снижению активности антиоксидантных ферментов в почечной ткани. Лечение цисплатином может стать причиной к острому поражению почек, причем могут возникать необратимые нарушения фильтрации. В эксперименте показано, что АЛК уменьшает симптомы острого почечного поражения за счет уменьшения экспрессии воспалительных молекул адгезии и процессов апоптоза. Химиотерапия цисплатином и паклитакселом может вызывать поражение периферических нервов из-за нарушения функций митохондриального аппарата клеток. В эксперименте показано, что АЛК может предотвращать развитие полинейропатии, уменьшая дативный стресс и предохраняя митохондрии от повреждения при использовании этих препаратов.

Вывод

Таким образом, анализ экспериментальных и клинических исследований свидетельствует об универсальности антиоксидантного действия АЛК в сосудистом русле и цитоплазме клеточных структур различных органов. Возмож-

ность с помощью применения альфа-липоевой кислоты влиять на воспаление, апоптоз, кровоток, эндотелиальную дисфункцию, активацию нейротрансмиттеров, метаболические процессы позволяет рассматривать ее препараты как потенциальное лекарственное средство в различных областях медицины.

Профессор С.Ю. Калинченко считает, что у всех пациентов с нейрогенной эректильной дисфункцией применение альфа-липоевой кислоты (Эспалипон) должно носить курсовой режим, и отменять препарат возможно только при полном восстановлении половой функции и устранении причин окислительного стресса (ликвидация ожирения, метаболического синдрома, токсических факторов). ■

Материал подготовила В.А. Шадеркина

В статье использован материал статьи «Алкогольная полиневропатия и эректильная дисфункция: роль тиоктовой кислоты в комплексном лечении» проф. С.Ю. Калинченко, к.м.н. Л.О. Ворслов (ГБОУ ВПО РУДН Росздрава, каф. эндокринологии ФПКМР), Клиническая эффективность, 2012 год; Современный взгляд на возможности применения альфа-липоевой кислоты, С.Ю. Калинченко, Л.О. Ворслов, И.А. Курникова, И.В. Гадзиева, Клиническая эффективность, 2012 год.

ЭСПА-ЛИПОН

Тиоктовая (альфа-липоевая) кислота

Всё в наших руках!





Алкогольная полинейропатия * Диабетическая полинейропатия **

- * исследования ALADIN, ALADIN III, SYDNEY и NATHAN II
- ** Министерство Здравоохранения РФ утвердило в стандартах лечения наркологических больных приказом №140 от 28 апреля 1998 года применение альфа-липоевой (тиоктовой) кислоты
- *** Ziegler D, Nowak H, Kempler P, et al. Treatment of symptomatic diabetic polyneuropathy with antioxidant α-lipoic acid: a meta-analysis. Diabetic Medicine 2004; 21:114–21

Oral treatment with alpha-lipoic acid improves symptomatic diabetic polyneuropathy: the SYDNEY 2 trial, Diabetes Cares, 2006 Nov;29(11):2365-70.

**** Альфа-липоевая кислота (Эспа-липон) в комплексном лечении диабетической нейропатии М.И. Балаболкин, Э.Р.Хасанова, А.М.Мкртумян, В.М.Креминская,

«Клиническая фармакология и терапия», 1998, т.7, №2



Представительство Эспарма ГмбХ в России

115114, г. Москва, ул. Летниковская, д.16, оф. 306. Тел.: 8 (499) 579-33-70; факс: 8 (499) 579-33-71

Урологический десант в Испании





П.С. Кызласов врач уролог, к.м.н.,

А.Н. Абдулхамидов врач уролог, к.м.н.,

ГНЦ РФ ФГБУ «ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России», г. Москва, Россия

Ставя перед собой задачу написать отчет о поездке, наверное, традиционно следует начать рассказ с небольшого экскурса в историю. Итак, название Мадрида происходит от арабского «тасhra» (вода) и «it» (обилие) и означает «источник полных вод». Мадрид славится своей архитектурой, город по праву называют музеем под открытым небом. Соборы, храмы, католические церкви, здания в стиле барокко, бесчисленные галереи и выставки современного искусства – все это здесь представлено в большом разнообразии.

О времена! О нравы!

ожалуй самым зрелищным мероприятием, собирающим толпы людей, является бой быков. Важнейшие бои проходят в период с 1 по 30 мая. Так что нам повезло со временем, и мы попали на одно из представлений. История возникновения кровавой традиции относится к средневековью – к временам изгнания арабов с полуострова. В эти времена коррида (бой быков) была, пожалуй, единственным способом формирова-

ния мужественности и воинственного духа у мадридского населения. За время выступлений-боев участники, которыми часто служили представители дворянства, оттачивали мастерство владения оружием и навыки верховой езды. Храбрость, умение владеть оружием и своим телом делала тореадоров (их еще называют матадорами или тореро) настоящими кумирами толпы, а саму корриду – национальным праздником. Стоит отметить, что и здесь не обошлось без вмешательства медицины – до начала двадцатого века большин-

ство тореадоров, впрочем как и животных, погибало не от смертельных ран, а от присоединявшейся инфекции. Переломным моментом в восстановлении после боя стало открытие пенициллина Александром Флемингом, за что благодарные тореадоры установили ему памятник как раз напротив арены (фото 1).



Памятник Александру Флемингу

400 лет на службе здоровья

Главный университетский госпиталь им. Григорио Маранона является государственным госпиталем, обслуживающим население Мадрида. В отличие от других медицинских учреждений, в данном госпитале осуществляется обучение выпускников медицинских вузов, повышение квалификации по различным специальностям и подготовка кадров. Данное учреждение также занимается научно-исследовательской деятельностью.

Главный университетский госпиталь им. Григорио Маранона является учреждением с более чем четырехсотлетней историей. В настоящее время штат госпиталя состоит из более, чем 7500 сотрудников. Госпиталь располагается в 20-ти зданиях, в которых находятся различные центры по оказанию медицинской помощи, включая два узкоспециализированных центра и психиатрическое отделение.

Учреждение зарекомендовало себя одним из лучших как на государственном, так и на международном уровне, благодаря высококвалифицированному преподавательскому составу. В данном учреждении оказывается большой объем медицинских услуг − в год проводится более 34000 хирургических операций, более 230000 пациентов принимается по неотложной помощи и ежегодно осуществляется около 870000 консультаций. ■

Особенности испанской урологии

Наша стажировка была посвящена имплантации гидравлических фаллопротезов и искусственного сфинктера мочевого пузыря, курировал нашу мини-группу профессор Enrique Liedo (фото 2), выполнивший сотни операций по имплантации. Всего же в клинике, в среднем, в год выполняется около 250 фаллоэндопротезирований и 30 имплантаций искусственного сфинктера мочевого пузыря. Большинство операций выполняется по медицинской страховке, однако есть пациенты, самостоятельно оплачивающие лечение, правда их значительно меньше.

Стажировка прошла по стандартной

схеме: в 8.30 разбор пациентов, в 9.00 начало операций. Из особенностей следует отметить хорошее знание английвсеми сотрудниками, языка включая младший медицинский персонал. Бритье операционного поля производится непосредственно в операционной, если же пациент будет побрит накануне, врач может отменить операцию и снять пациента с операционного стола, опасаясь инфекционных осложнений. В большинстве случаев, выполняется чрезмошоночный доступ к кавернозным телам и уретре, при необходимости, устанавливается ретрактор Скотта. При установке фаллоимпланта выполняется кавернотомия и бужирование кавернозных тел, далее при помощи измерительного инстру-



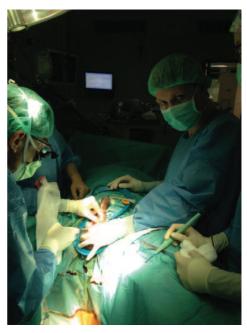
Урологический десант из России (Кызласов П.С., Абдулхамидов А.Н.) и профессор Enrique Liedo (второй справа)

мента определяется длина кавернозных тел и осуществляется подбор импланта. Интраоперационно рана неоднократно орошается раствором рифампицина. После предварительной подготовки (удаления воздуха и наложения зажимов), с использованием интродьюсера Фурлоу, производится установка импланта и послойное ушивание раны. При этом хирург не старается добиться тщательного гемостаза, а просто при необходимости устанавливает аспирационный дренаж. В целом, хирургическая техника довольно классическая.

Что касается установки искусственного сфинктера, то отличительной особенностью техники профессора Enrique Liedo является использование не стандартного промежностного доступа, как это делают большинство хирургов, а выполнение того же чрезмошоночного доступа с использованием ретрактора Скотта (фото 3 и 4). После выделения бульбозного отдела уретры и подготовки компонентов системы произвотовки компонентов системы произво-



Операция по установке искусственного сфинктера мочевого пузыря. Выполнение чрезмошоночного доступа с использованием ретрактора Скотта



Операционная бригада

дится установка сфинктера по стандартной методике, во время которой производится интраоперационное орошение раны раствором рифампицина.

В завершении хотелось бы отметить радушие и доброжелательность испанцев в целом: если вы заблудитесь на улице или в госпитале и спросите первого встретившегося вам человека как добраться до нужной точки, большинство испанцев не только доходчиво объяснят, но и постараются вас проводить. Так что непременно советуем всем, кто еще не был, слетать в Мадрид хоть на пару деньков.

IX ВСЕАРМЕЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

«БАРОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ РАНЕНЫХ, БОЛЬНЫХ И ПОРАЖЕННЫХ»

ОРГАНИЗАТОРЫ:

Главное военно-медицинское управление МО РФ Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова МО РФ Научно-практическое общество баротерапевтов Санкт-Петербурга и Ленинградской области ООО «Ком-Форум»



Глубокоуважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в работе IX Всеармейской научно-практической конференции с международным участием «Баротерапия в комплексном лечении и реабилитации раненых, больных и пораженных», которая будет проводиться 28-29 мая 2015 года по адресу:

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Большой Сампсониевский проспект, д.1, клуб.

На конференции предполагается рассмотреть теоретические и прикладные вопросы гипербарической оксигенации (ГБО) при лечении раненых, больных и пораженных; проблему реабилитации человека со сниженной работоспособностью различными видами и методами баротерапии; теоретические и практические положения гипербарической физиологии и водолазной медицины.

- 1. Гипербаротерапия: лечебная компрессия, лечебная рекомпрессия при специфических профессиональных заболеваниях водолазов, аэробаротерапия, оксигенобаротерапия, нормоксическая гипербаротерапия. ГБО как средство повышения работоспособности, лечения и реабилитации пациентов с различной патологией;
- 2. Нормобарическая баротерапия: оксигенотерапия, карбогенотерапия, оксигеногелиотерапия, интервальная гипоксическая терапия. Использование дыхательных смесей с различным парциальным давлением газов;
- 3. Гипобаротерапия: общая непрерывная, периодическая; локальная периодическая вакуумдекомпрессия, импульсная;
- 4. Диагностика, лечение и профилактика специфической профессиональной патологии лиц, пребывающих в условиях повышенного давления газовой и водной среды. Определение индивидуальной устойчивости водолазов к факторам гипербарии (декомпрессионное газообразование, токсическое действие высоких парциальных давлений азота и кислорода);
- 5. Меры безопасности при проведении сеансов баротерапии.
- В рамках конференции будет организована выставка современных образцов медицинского и водолазного оборудования.

О формах и условиях участия в конференции, порядке оформления тезисов можно уточнить в организационном комитете: ООО «Ком-Форум», Тел/факс 8-812-310-11-97 E-mail: info@baltika21.ru, it-med@inbox.ru. Сайт: www.baltika21.ru

Кроме того, по интересующим вопросам, Вы можете обратиться на кафедру физиологии подводного плавания Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова к членам организационного комитета:

Андрусенко Андрей Николаевич 8-812-495-72-43; 8-904-636-44-36; an.a.an@mail.ru Шитов Арсений Юрьевич 8-812-495-72-87; 8-911-707-87-80; arseniyshitov@mail.ru

Редакция дайджеста:

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

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

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

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

При полной или частичной перепечатке материалов ссылка на Дайджест обязательна!

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



Оригинальный комплексный растительный препарат для лечения цистита и мочекаменной болезни



и болевые ощущения

- Уменьшает воспаление
- Способствует выведению «песка» и препятствует его появлению
- Имеет три формы выпуска

Представительство Корпорации «Артериум» в Российской Федерации Адрес: 109147, г. Москва, ул. Таганская, 3, офис 509-510

Тел/факс: (495)640-20-02 www.arterium.ru

