

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ:

Рейтинг врачей & рейтинг ресторанов

Рак и беременность.
Стратегии лечения

Состояние здоровья
детей в России



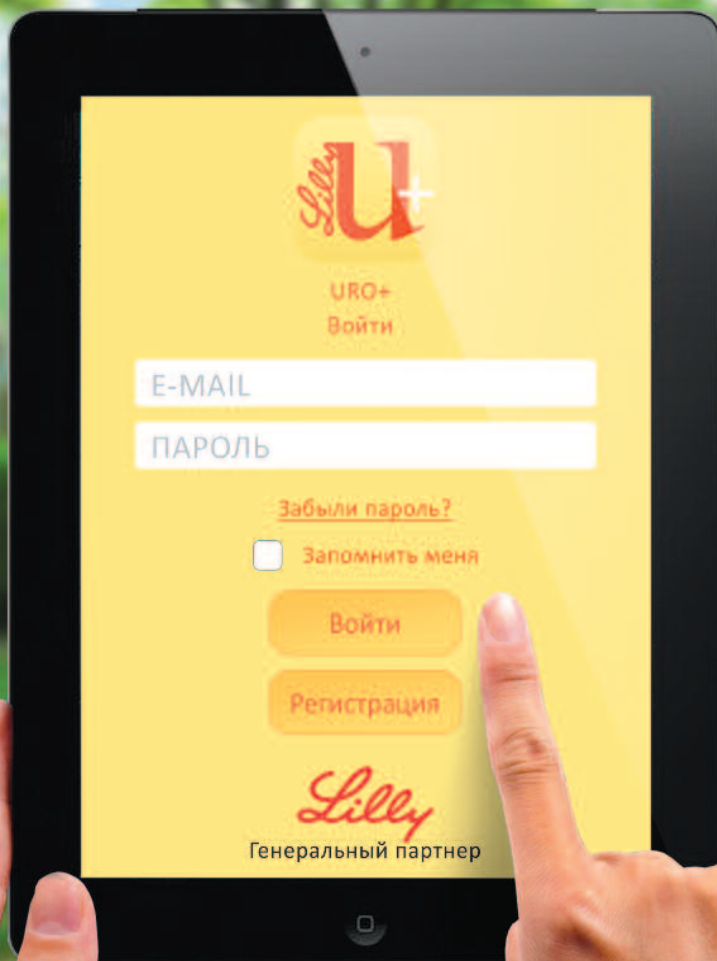
ТЕМА НОМЕРА:

Новые горизонты репродуктивного здоровья



Мобильное приложение для урологов

*Всегда в курсе всех
урологических новостей!*



App Store

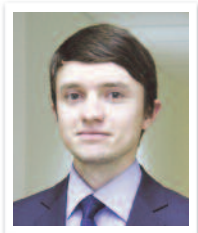


Google play

Тема номера: Москва. Международный форум
«Новые горизонты репродуктивного здоровья»

•» Демография России – вопрос национальной безопасности	2
•» Концепция охраны репродуктивного здоровья и активного социального долголетия	4
•» Демографическая «яма» 90х. Воспроизводство	6
•» Репродуктивное здоровье населения Российской Федерации и пути его оптимизации.	8
•» Диспансеризация, как инструмент сохранения здоровья трудоспособного населения.	10
•» Рак и беременность. Стратегии лечения	12
•» Вспомогательные репродуктивные технологии.	15
•» Новые возможности	15
•» Репродуктивные права граждан России: стоит ли опираться на европейский опыт	18
•» Сохранение фертильности при недостаточности яичников.	22
•» Новые возможности	22
•» Инфекции, передаваемые половым путем, и их влияние на репродукцию ..	24
•» Состояние здоровья детей в России.	28
•» Предложения по охране репродуктивного здоровья мальчиков и подростков.	32
•» Ранняя диагностика и лечение патологии мочеполовой сферы у детей как профилактика нарушений репродуктивного здоровья.	36
•» Развитие биомедицинских инноваций как приоритет государственной политики в области активного долголетия.	39
•» 75% пациентов не доверилось бы диагнозу, поставленному с помощью телемедицины.	42
•» Touch Surgery: приложение для отработки навыков хирургии.	44
•» Чем отличается оценка врачей от рейтинга ресторанов и магазинов?.....	46
•» «ЭТТА»: Анализатор мочи клинического уровня в любом доме.	50
•» У БАД для повышения потенции отозвали регистрацию	53
•» FDA присвоило статус «прорыв в терапии» экспериментальному препарату для лечения метастатического рака мочевого пузыря	54
•» Обнаружен вирус, вызывающий мужское бесплодие.	56
•» Наличие дефектного гена отрицательно сказывается на мужской фертильности.	57
•» Мужское здоровье по-прежнему имеет тенденцию к ухудшению.	58
•» Жидкая биопсия – новый метод диагностики рака простаты	60
•» Ботокс эффективен при лечении гиперактивного мочевого пузыря	62
•» Найден способ преодоления резистентности к химиопрепаратам при агрессивных формах рака предстательной железы	64
•» Выявлена причина неэффективности препарата «Элигард» при лечении рака предстательной железы.	65
•» Белок GPR158 – вероятная мишень для новых препаратов от рака предстательной железы	66
•» Семейный анамнез рака предстательной железы у мужчин повышает риск развития рака молочной железы у женщин	67

Демография России - вопрос национальной безопасности



С.С. Красняк
м.н.с. отдела андрологии
и репродукции человека
НИИ урологии и
интервенционной радиологии
им. Н.А. Лопаткина

9-10 июля 2015 года в Москве состоялся Международный форум «Новые горизонты репродуктивного здоровья». Целью Форума было обсуждение предложений в Концепцию охраны репродуктивного здоровья населения Российской Федерации, которая сейчас разрабатывается междисциплинарной группой экспертов.

В разработке Концепции приняли участие врачи, демографы, социологи, представители основных религиозных конфессий, юристы. Это указывает на то, что проблема сохранения здоровья человека зависит не только от специалистов системы здравоохранения, но и от самых разных компонентов современного общества.

Форум носил статус международного, его посетили и приняли участие в работе гости из Германии, Кубы, Голландии, Италии, Греции, Беларуси. Директор Кубинского национального центра сексуального образования (CENESEX) в Гаване **Мариела Кастро Эспин**, которая также приходится дочерью действующему кубинскому лидеру Раулю Кастро, посетила Форум в

рамках продолжения сотрудничества между Республикой Куба и Российской Федерацией в области охраны мужского здоровья. Напомним, что в 2014 году в присутствии Президента России **Владимира Владимировича Путина** подписан Меморандум между Министерством здравоохранения Российской Федерации и Министерством здравоохранения Республики Куба о сотрудничестве в сфере охраны здоровья мужского населения.

В работе Форума приняли участие Директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения Российской Федерации **Байбарина Елена Николаевна**, Первый заместитель Председателя комитета Государст-



Герасименко Николай Федорович - Первый заместитель Председателя комитета Государственной Думы по охране здоровья, Академик РАН, заслуженный врач РФ

венной Думы по охране здоровья, Академик РАН, Заслуженный врач РФ – **Герасименко Николай Федорович**. От общественности Форум поддержали представители Общероссийского народного фронта, Фонда социально-культурных инициатив. Представители бизнес-сообщества вместе с врачами обсудили перспективы развития мобильных технологий в области охраны



Вольфганг Вайднер - глава департамента детской урологии и андрологии университета и. Юстуса Либиха, председатель ESAU

репродуктивного здоровья.

Несмотря на отпускной сезон, Форум посетило 550 человек, и еще более 700 следили за докладами, благодаря онлайн-трансляции через интернет на сайте урологического телевидения **Uro.TV**.

Мы представляем описание наиболее интересных докладов, прозвучавших на Форуме. ■

Международный Форум «Новые горизонты репродуктивного здоровья» является примером беспрецедентного объединения людей самых разных профессий и взглядов с одной благородной целью – сохранить и преумножить репродуктивное здоровье населения Российской Федерации.

(акад. Н.Ф. Герасименко)

Концепция охраны репродуктивного здоровья и активного социального долголетия



О.И. Аполихин
д.м.н., профессор, директор
НИИ урологии и
интервенционной радиологии
им. Н.А. Лопаткина

С концепцией охраны репродуктивного здоровья и активного социального долголетия выступил главный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью д.м.н., профессор, директор НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина Олег Иванович Аполихин.

«Сегодня в России живет 143 миллиона человек. По оценкам экспертов, при инерционном сценарии – при сохранении существующих и отсутствии новых мер – к 2050 году оно составит порядка 107 миллионов человек. Если же нам удастся сформулировать и реализовать эффективную, комплексную стратегию народосбережения – население России увеличится до 154 миллионов человек», – сказал в своем выступлении О.И. Аполихин. В настоящее время в России существует угроза репродуктивному потенциалу страны – высокое число аборт, распространенность ИППП в репродуктивном возрасте, сверхсмертность мужчин в репродуктивном и трудоспособном возрасте. Эти проблемы

профессор предлагает решить интенсивными (профилактика – инвестиции в здоровье) и экстенсивными (лечить больных) путями. Интересным является внедрение «Сертификата молодоженов», подразумевающего бесплатное профилактическое обследование и организацию лечения молодоженов в «Центрах репродуктивного здоровья». Эти центры, кроме профилактического обследования пациентов, будут заниматься санпросвет работой и скринингом социально значимых заболеваний, могущих повлиять на репродуктивное здоровье. В своем докладе Олег Иванович сделал акцент на необходимость государственной поддержки всех начинаний в области сохранения репродуктивного потенциала России. ■



*Первая скрипка
в дистанционном
образовании!*

Непрерывное профессиональное
образование в урологии – UroEdu.ru



- Лекции ведущих российских и зарубежных лидеров
- Отсутствие затрат на проезд, проживание во время курса
- Возможность получить продолженное образование в любое удобное время, в удобном месте
- Получение документов установленного образца

Демографическая «яма» 90-х гг. Воспроизводство



С.И. Рыбальченко
к.э.н., генеральный директор
Института научно-общественной
экспертизы

Проблема преодоления демографической «ямы» 90-х годов зловеще нависает над Россией, – отметил в своем докладе Рыбальченко Сергей Игоревич – к.э.н., генеральный директор Института научно-общественной экспертизы.



Воспроизводство человеческих, трудовых ресурсов в стране сегодня не покрывается миграцией. Население сокращается, все больше становится доля нетрудоспособных граждан. Рост расходов на здравоохранение провоцирует сокращение ресурсов развития, дефицит кадров – потерю ведущих позиций в области техники и инноваций. Старение кадров, снижение обороноспособности, опустение

крупных территорий на Дальнем Востоке и в Сибири – объективная и нерадостная реальность нашей страны.

Если сегодня не предпринять никаких мер, то число жителей России в возрасте 20-39 лет снизится к 2032 году до 29 млн (против 47 млн в 2012 году). Через 20 лет в стране останется на 40% меньше молодых людей, а через 35 общая численность населения РФ составит 116 млн человек, при-



чем это будут люди старшего возраста, в основном, нетрудоспособные.

Мы видим, что сегодня для государства жизненно важно внимание вопроса воспроизводства как репродуктивного, так и трудового потенциала. Для этого потребуется комплекс здоровье-сберегающих и социальных мер. И если о первых уже достаточно много сказано, то вторые могут требовать разъяснения.

К примеру, в их число должны войти поддержка беременных и молодых матерей, попавших в трудную ситуацию, субсидированный найм жилья для многодетных и молодых семей, продолжение программы материнского капитала после 2017 года (действующий срок ее окончания) и другие меры по устранению бедности семей в связи с рождением ребенка.

Отдельного внимания потребует сохранение численности трудоспособного населения, и здесь немалая часть ответственности ложится на работодателей.

Уже запущенные программы по охране здоровья сотрудников на крупных предприятиях показывают впечатляющие результаты. Так, в ФБК «Уралсиб» 38% стали физически более активными, а 9% бросили курить. У «КНАУФ СНГ» увеличилось количество сотрудниц в декретном отпуске, а также на 22% сократилось количество заболеваний верхних дыхательных путей, а на «Северстали» заболеваемость работников снизилась на 27,1%.

Что может предложить работодатель сотруднику в части охраны здоровья? К примеру, премии бросившим курить, по-

ощрение физической активности, правильное питание на рабочем месте, регулярные медосмотры, направленные на раннюю диагностику заболеваний.

Сегодня необходимо приблизить охрану здоровья к месту работы и проживания. Сейчас работодатели и местные сообщества, к сожалению, не задействованы в этой сфере как равные участники. Весьма полезно было бы ввести на региональном и местном уровне специальные программы ЗОЖ для работников среднего и малого бизнеса. Для этого потребуется правильная мотивация руководства организаций и местных органов власти.

На крупных предприятиях доля затрат на программы охраны здоровья тоже явно недостаточна: расходы на это должны составлять порядка 30–40% от общего бюджета на социальную политику против 2–3%, закладываемых в большинстве мест сейчас. Кроме того, желательно обеспечить возврат средств из ФОМС работодателям и региональным бюджетам на программы профилактики заболеваний, в том числе связанных с репродуктивным здоровьем.

В части поддержки рождаемости также требуются комплексные решения: профилактика аборт, развитие системы ухода за детьми до 3-х лет, поддержка ответственного отцовства, помощь молодым и многодетным семьям.

В общем же **новый комплекс мер демографической политики должен быть принят в ближайший год-два, если мы хотим успеть повлиять на ситуацию.** ■

Репродуктивное здоровье населения Российской Федерации и пути его оптимизации

Легко определить компоненты, из которых складывается репродуктивное благополучие человека: безопасная половая жизнь, способность к зачатию, вынашиванию и рождению здорового младенца, отсутствие заболеваний в этой сфере, начиная с детства, сохранение возможности воспроизводства на всем протяжении репродуктивного возраста, благоприятное прохождение через менопаузу, а также предшествующий ей и последующий периоды.

Определить критерии нормы легко, однако бороться с отклонениями – тяжелая работа, требующая слаженных усилий специалистов на многих уровнях, – считает Михайлова Юлия Васильевна – д.м.н., профессор, Первый заместитель директора ФГБУ «ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. Сегодня в России проблема репродуктивного здоровья населения, к сожалению, стоит достаточно остро.

Например, к серьезным последствиям приводит несвоевременная диагностика и коррекция ряда мужских заболеваний, таких как варикоцеле, крипторхизм, гипогонадизм, пахово-мошоночные грыжи и функциональные задержки полового развития. Если осмотр и лечение откладываются, может развиваться целый спектр осложнений, начиная с эректильных и репродуктивных нарушений и заканчивая онкологическими заболеваниями. Следствием пороков развития также могут стать психические отклонения. Частные случаи осложнений формируют общую картину: снижение прироста населения и рост распространенности мужского бесплодия ведут к подрыву экономи-

ческого и оборонного потенциала России.

Женщины России также не отличаются крепким здоровьем. Ряд показателей свидетельствует о снижении соматического и репродуктивного состояния женского населения. Так, количество венозных осложнений у беременных выросло 2014 году на 2,6% по сравнению с предыдущим, 2013 годом. Тяжелые формы гестоза при беременности стали встречаться на 8% чаще, соответственно. Кровотечения в связи с нарушениями свертываемости крови у рожениц происходили на 28,6% чаще.

Тревогу вызывают и показатели здоровья у новорожденных. В 2014 году, по сравнению с 2013, у них диагностировано больше респираторных расстройств, чаще регистрировались дистресс, врожденная пневмония и неонатальная желтуха.

Качественный уровень оказания акушерской помощи вызывает серьезное беспокойство: целый список фактов говорит о его снижении. В частности, за предыдущий год возросло количество случаев тяжелой преэклампсии и эклампсии в стационаре, акушерской эмболии, разрывов промежности III и IV степени.



Отдельных усилий требует охрана репродуктивного здоровья детей и подростков. Одной из главных целей здесь можно считать развитие схемы трёхуровневого их обеспечения медицинской помощью. Система включает в себя профилактические осмотры в детских учреждениях на первом этапе, лечебно-профилактическое обслуживание в гинекологических кабинетах детских поликлиник – на втором, стационарную специализированную лечебно-диагностическую и ургентную помощь – на третьем. Однако усилий только со стороны здравоохранительной системы недостаточно. Для поддержания репродуктивного здоровья подростка в равной степени необходимы правильный подход со стороны семьи и образовательных учреждений.

Много работы еще предстоит проделать для снижения уровня репродуктивных потерь в России. К ним относят потери как плода, так и матери (в том числе, за установленный срок после родоразрешения). В этой области, несмотря на общее улучшение статистических показателей, предстоит решить ряд знаковых проблем. Первая из них – недостаточное использование целевого подхода и методов решения проблем. Здесь нужно, в первую очередь, разработать подробный план по снижению репродуктивных потерь и приступить к его реализации. Также необходима разработка нормативно-правовой базы в этой области: в первую очередь, документов, регламентирующих деятельность службы родовспоможения. Еще одно слабое место – качество информационного обеспечения медицинской дея-

тельности в сфере репродукции. Здесь в качестве первой меры нужно ввести показатели репродуктивных потерь в общую оценку деятельности здравоохранения. Следующим пунктом идет разработка программно-информационного обеспечения организации медицинской помощи женщины и контроля над ней.

Высокая доля организационно-тактических дефектов оказания медицинской помощи, особенно на I и II уровнях, также может быть скорректирована. В первую очередь нужно озадачиться созданием системы мониторинга женщин группы риска репродуктивных потерь, прогнозирования риска материнской и перинатальной смертности.

Важно разработать систему мониторинга в соответствии со списком разумных критериев. Необходимо наличие нормативно-правовой базы, единых стандартов и интегрированных показателей, программных и телекоммуникационных средств. В этом же комплексе мер идет создание системы оперативного слежения за состоянием здоровья и демографической ситуацией, а также единой автоматизированной системы обработки информации на всех уровнях мониторинга. Кроме того, в процессах сбора и обработки информации потребуются сотрудничество всех задействованных ведомств (ЛПУ, ЗАГС, Росстат и т.д.).

Кадровые проблемы службы охраны материнства и детства могут быть облегчены подготовкой и переподготовкой специалистов разного уровня для работы по профилактике репродуктивных потерь. ■

Диспансеризация, как инструмент сохранения здоровья трудоспособного населения



Мехман Ниязи оглы Мамедов
д.м.н., профессор
ФГБУ «ГНИЦ профилактической
медицины»

Представитель ФГБУ «ГНИЦ профилактической медицины» Минздрава России (Москва) д.м.н., проф., руководитель лаборатории прогнозирования и коррекции риска хронических неинфекционных заболеваний отдела эпидемиологии неинфекционных заболеваний Мехман Ниязи оглы Мамедов представил вниманию участников доклад «Диспансеризация, как инструмент сохранения здоровья трудоспособного населения».

Сегодня демографическая ситуация в России характеризуется высокой преждевременной смертностью, превышающей аналогичные показатели экономически развитых стран Европы в 4-7 раз, и короткой ожидаемой продолжительностью жизни (в среднем мужчины на 15 лет, а женщины на 8 живут меньше, чем в других странах). Причинами смертности в 76% случаев всех смертей населения страны являются хронические неинфекционные заболевания.

В 2013 г. в учреждениях системы первичной медико-санитарной помощи была внедрена обновленная программа масштабной диспансеризации взрослого населения, направленная на ускорение темпа начавшегося снижения

смертности населения РФ, в том числе от хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ). В 2013 году диспансеризацию прошли 20,5 млн человек (отклик на предложение обследования составил 89,6%). При этом фактическая доля граждан, нуждающихся в углубленном профилактическом консультировании, составляет 66,8%. У людей, прошедших диспансеризацию, были выявлены многочисленные факторы риска – курение 17,3%, нерациональное питание 24,3%, злоупотребление алкоголем 1,8%, избыточная масса тела 16,6%, низкая физическая активность 19,6%. Организаторами были сделаны выводы по улучшению качества диспансеризации и достижению ее конечных целей. К ним относятся:



- Организация (оснащение, кадровое и ресурсное обеспечение) отделений медицинской профилактики в поликлиниках, обслуживающих более 20 тыс. населения;

- Расширение практики применения мобильных медицинских комплексов и выездных врачебных бригад для проведения диспансеризации в территориях с низкой плотностью населения;

- Совершенствование учетно-отчетной документации, коррекция перечня методов обследования и повышение их целевого применения, развитие информатизации процесса диспансеризации для уменьшения трудоемкости документооборота, снижения субъективизма и повышения качества получаемых данных;

- Совершенствование маршрутизации пациентов при проведении обследований на каждом этапе диспансеризации,

- Постоянное повышение уровня квалификации участковых терапевтов, медицинских работников кабинетов/отделений медицинской профилактики и центров здоровья

- Обеспечение в каждой медицинской организации, под руководство заместителей главных врачей по лечебной работе, контроля качества проведения диспансеризации, правильности диагностики, выполнения методик исследования, оценки рисков, постановки на диспансерный учет и его качества, минимизации ошибок и неточностей в заполнении медицинской документации;

- Разработка и внедрение в каждый медицинский организации на регулярной основе системы контроля качества диспансерного наблюдения в соответствии с действующими приказами Минздрава России. ■

Рак и беременность. Стратегии лечения



Р.Г. Шмаков
д.м.н., глав. врач ФГБУ
«НЦАГиП им. В.И. Кулакова»

Ежегодная онкологическая заболеваемость во время беременности варьирует год от года. На данный момент наблюдается некоторый спад по уровню онкологических заболеваний, выявленных в период беременности и лактации, после резкого всплеска, наблюдавшегося в 90-х годах, отметил д.м.н., главный врач ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России Шмаков Роман Георгиевич.

Среди онкологических заболеваний с наибольшей частотой заболеваемости у беременных – лимфома, рак шейки матки и рак молочной железы, при этом риск выявления последнего значительно выше после 35 лет.

Принимая решение о сохранении беременности, нужно иметь в виду факторы, связанные со здоровьем как самой женщины, так и плода. Со стороны матери оценивается степень тяжести и прогноз заболевания. Со стороны плода – уровень здоровья (кардиотоксичность, риски бесплодия и неврологических заболеваний), пороки развития и онкологическая заболеваемость.

По итогам опроса врачей в 14 странах Европы, 44% порекомендовали бы прерывание беременности при сочета-

нии с онкозаболеванием, 58% могли бы рассмотреть вызывание преждевременных родов с последующим лечением, и 37% не стали бы проводить во время беременности химио- и лучевую терапию.

Таким образом, в исходах преобладает прерывание беременности. К примеру, в Дании число искусственных абортов у пациентов с раком молочной железы составило 82%.

Факторы, которые необходимо принимать во внимание при диагностике, – стадия беременности, жизнеспособность плода, желание женщины сохранить беременность, стадия и гистологический тип опухоли, а также вид предпринимаемого противоопухолевого лечения. По итогам их рассмотрения принимается решение о дальнейших действиях. Ими могут стать пре-

рывание беременности, отсрочка в лечении или оперативное вмешательство во время беременности (чаще всего эти стратегии выбираются при диагностировании болезни в последнем триместре), химиотерапия и лучевая терапия (в ряде случаев применяются при выявлении в первых двух триместрах).

Обычно тактика ведения беременности при сочетании с онкологическим заболеванием строится из нескольких этапов. Первый из них – обсуждение проблемы с пациенткой, психологическое консультирование и выбор дальнейших шагов. При этом женщина обязательно должна быть проинфор-

мирована о проблемах и рисках противоопухолевого лечения во время беременности. Если выбор сделан в пользу его проведения, далее до и после проведения каждого из этапов лечения проводятся мониторинг и оценка показателей периферической крови, биохимического профиля, системы гемостаза, контроль состояния плода (УЗИ, доплерометрия, КТГ). Следующая ступень – профилактика осложнений лечения. При этом следует учитывать, что анемия легкой и средней степени не требует медикаментозной коррекции, но при тяжелой степени показана трансфузия эритроцитарной массы. На последнем этапе идет подготовка ■



непосредственно к родоразрешению. Последний курс ПХТ проводится, при необходимости, не позднее, чем за 3 недели до предполагаемых родов, на сроке 36–37 недель. Сам срок родоразрешения должен определяться совместно с онкологами. Оптимально – после 34 недели беременности. Далее приступают к подавлению лактации, может быть показана антикоагулянтная терапия НМГ.

Диагностические мероприятия при беременности требуют особой осмотрительности. Пункции и последующие биопсии лимфатических узлов проводятся под местной анестезией, безопасной для плода. При необходимости проведения рентгенографии легких должен использоваться специальный свинцовый фартук для защиты плода. КТ грудной клетки выполняется с дозой ниже пороговой для повреждающего воздействия на плод.

Ведение беременности в области клинико-лабораторного контроля включает в себя регулярное проведение общего и биохимического анализа крови, коагулограммы, а также контроль за биоценозом влагалища. Функциональные методы оценки включают в себя проведение УЗИ, КГТ и доплетрии.

При выборе времени родоразрешения необходимо держаться как можно ближе к доношенному сроку (37 недель и более). Исключения делаются в случае

быстрого ухудшения состояния матери, а также при необходимости проведения лучевой терапии в 3 триместре. Также нужно помнить о необходимости трехнедельного интервала между последним курсом химиотерапии и родами. В числе прочих факторов при выборе времени должны учитываться проблемы, связанные с подавлением гемопоэза (кровотечения, инфекции, анемия) как у матери, так и у ребенка. Помимо этого, важным фактором является уровень накопления препарата у плода.

Критически важным является и выбор способа родоразрешения. Каждый из вариантов имеет свои плюсы и минусы. Однако в пользу самопроизвольных (естественных) родов выступают меньший уровень кровопотери, снижение риска инфекционных осложнений, меньшее количество койко-дней и благоприятный репродуктивный прогноз. В свою очередь, кесарево сечение может выполняться по акушерским показаниям, при раке шейки матки или вульвы (в первом случае показанием выступает риск метастазирования при эпизиотомии, во втором – риск травматизации). Шеечная внутриэпителиальная неоплазия (CIN) не является показанием для проведения кесарева. При этом в каждом отдельном случае решение о способе родоразрешения должно приниматься в зависимости от индивидуальных показаний. ■

Вспомогательные репродуктивные технологии. Новые возможности



М.А. Курцер
член-корреспондент РАН,
д.м.н., профессор,
председатель Совета
директоров ГК «Мать и Дитя»

Курцер Марк Аркадьевич, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, председатель Совета директоров ГК «Мать и Дитя», в своем докладе отметил, что вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) в России используются все более широко: с 2000 по 2012 год число циклов ВРТ в России выросло с 5070 до 62760. Также с 2002 по 2014 доля родов после ЭКО в общем количестве возросла от 0,296% до 1,86% (всего 2370 родов с ЭКО в 2014 году).

Пациентов, требующих применения вспомогательных репродуктивных технологий, можно разделить на две группы: «классическую» (это пациенты с бесплодием) и фертильную. У первой причинами выступают абсолютные факторы бесплодия, неэффективность лечения другими методами, поздний репродуктивный возраст и неполнота семьи. У второй – генетические заболевания (хромосомные и моногенные), носительство транслокаций, приобретенная патология (Rh-сенсбилизация), донация гемопоэтических клеток (PGD – HLA matching) и восстановление репродуктивной функции после лечения онкологических заболеваний. На последнем ниже докладчик остановился более подробно.

Предотвратить невынашивание беременности или появление на свет ребенка с унаследованной патологией помогает PGD – предимплантационная генетическая ди-

агностика. Это вспомогательная репродуктивная технология, при которой эмбрионы после оплодотворения методом ЭКО оставляют развиваться на несколько дней. После этого из каждого эмбриона извлекаются по 1–2 клетки. Их ДНК или хромосомы проверяют на наличие патологий, после чего 1–2 эмбриона без выявленных нарушений имплантируют в матку.

Показаниями для проведения PGD могут являться поздний репродуктивный возраст и желание повысить вероятность достижения беременности, повторяющиеся неудачные попытки ЭКО, привычное невынашивание беременности невыясненной этиологии, моногенные заболевания, транслокации, резус-конфликт, в также выбор пола ребенка по медицинским показаниям.

Методы PDG различаются по выбору материалов для исследования. На 0–1 день от забора материала может проводиться ■

биопсия полярных телец, на 3 день – биопсия blastomera, а на 5–6 дни – исследование клеток трофэктодермы. Последнее обладает рядом преимуществ. Среди них большее количество клеток для анализа, меньший уровень травматизации эмбриона, работа с заведомо развивающимися эмбрионами (то есть меньшее количество эмбрионов на биопсию) и снижение риска некорректного анализа вследствие мозаицизма клеток. Также в пользу этого метода выступают уменьшение количества случаев эмбриона «без сигнала» и «генетически стабильное» состояние эмбриона, означающее более своевременную диагностику хромосомных аномалий. Как показало исследование Антонио Капальбо и соавторов, опубликованное в 2012 году, при таком способе исследования корректируются до 20% аномалий, диагностированных в полярном тельце и на третьей сутки развития).

Итак, биопсия трофэктодермы – эффективная и относительно малотравматичная методика получения генетического материала эмбриона. Диагностика при ее помощи дает на сегодня самую полную и достоверную информацию о генетическом статусе эмбриона, вместе с тем в каждом отдельном случае необходим гибкий подход, зависящий от стадии развития blastocyst, локализации внутриклеточной массы и особенностей доступа к клеткам трофэктодермы.

За последние 5 лет в России проведено 906 программ ЭКО с применением преимплантационных генетических диагностики

и скрининга. Из них 734 программы PGS у бесплодных пациентов, результатом которых стали 230 беременностей (31,5% в процентном соотношении) и 172 программы PGD у фертильной группы с результатом в 62 беременности (37%).

У группы фертильных пациенток с моногенными мутациями с период с 2008 по 2013 годы наступило 49 беременностей в результате применения PGD. Родилось 55 здоровых детей: 40 из них – без патологических мутаций по диагностированным заболеваниям, а 15 являются носителями при аутосомно-рецессивном типе наследования.

Отдельного внимания заслуживает применение вспомогательных репродуктивных технологий у пациенток с онкологическими заболеваниями. Химиотерапевтическое лечение, радиотерапия и их сочетание снижают овариальный резерв больной. Также большое значение имеет возраст пациентки.

На фоне этого одними из главных задач современной онкогинекологии становятся применение органосохраняющих методик лечения у пациенток фертильного возраста и обеспечение возможности сохранения, а также отсроченной реализации репродуктивной функции с применением ВРТ.

Для реализации этих целей необходим междисциплинарный подход на разных этапах, начиная с ранней диагностики заболевания для сохранения жизни, здоровья и социальной активности. Далее следуют консультация репродуктолога, забор биологического материала и выбор стратегии лечения онкозаболевания. По



достижении стойкой ремиссии возможна реализация репродуктивной функции с применением ВРТ. Их выбор зависит от вида и стадии болезни.

При наличии условий и времени для применения ВРТ, как правило, проводится замораживание (витрификация) эмбрионов – у взрослых пациентов и при наличии партнера – или ооцитов – без партнера и при очень молодом возрасте. В обоих случаях требуется индукция овуляции. Если условий и времени нет, может применяться криоконсервация овариальной ткани для последующей трансплантации. Как правило, это делается перед проведением химио- и лучевой терапии с прогнозируемым повреждением яичников.

Существует два метода замораживания: медленное замораживание с использованием низких концентраций криопротектора со скоростью охлаждения менее 1°C в секунду и витрификация, при которой, напротив, применяются высококонцентрированные растворы криопротекторов, а скорость составляет $25000^{\circ}\text{C}/\text{сек}$. Последняя обладает рядом преимуществ (в частности, почти стопроцентная выживаемость эмбрионов и высокая частота имплантации).

В Перинатальном медицинском центре г. Москвы с 2009 по 2014 год ВРТ применялись у 27 пациенток, перенесших органосохраняющее лечение онкологических заболеваний. Витрификация применялась в 18 случаях (6 – витрификация ооцитов и 12 – эмбрионов). После переноса разморо-

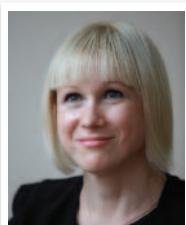
женных эмбрионов родилось трое здоровых детей, также наблюдается 7 прогрессирующих беременностей (одна из них – у суррогатной матери).

У пациенток пубертатного возраста или не имеющих времени для получения зрелых ооцитов может отдаваться предпочтение замораживанию овариальной ткани. Это позволяет сохранить кортикальный слой яичника перед началом лечения. Выживаемость примордиальных и первичных фолликулов кортикального слоя после медленного замораживания составляет 70–90%, а после витрификации – 90–95%.

Отметим, что у пациентов мужского пола перед проведением химиотерапии и оперативного лечения онкозаболеваний также может применяться криоконсервация спермы. Кроме того, она проводится при нестабильных параметрах спермограммы и у пациентов с гипогонадотропным гипогонадизмом после прекращения стимуляции гонадотропинами. Также криоконсервация может выполняться помимо медицинских причин: у мужчин профессиональной группы риска (военно-служащие, пожарные и т.д.) и для отсроченного использования по желанию пациента.

Сегодня вспомогательные репродуктивные технологии дают надежду на продолжение рода множеству пациентов по всему миру, ранее лишенных такой возможности. Их развитие и внедрение в практику – одна из самых серьезных и перспективных целей современной репродуктивной медицины. ■

Репродуктивные права граждан России: стоит ли опираться на европейский опыт



Ю.В. Павлова
к.ю.н., доцент
кафедры мед. права
ГБОУ ВПО
«Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова»

Взгляды человечества на вопросы размножения и осознанного родительства формировались веками, не всегда при общем согласии, со множеством личных трагедий и глобальных споров. Поворотными моментами, во многом определившими сегодняшние взгляды мирового сообщества, стали несколько международных встреч и соглашений XX века. Доклад, посвященный анализу европейского опыта репродуктивных прав, был представлен к.ю.н., доцентом кафедры медицинского права ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России Павловой Юлией Владимировной

Так, Международная конференция по правам человека в Тегеране (23 мая 1968 года) впервые закрепила неотъемлемое право родителей свободно и с чувством ответственности определять число детей и сроки их рождения (право на свободный репродуктивный выбор). Также важными вехами стали конференции в Бухаресте (1974 год), Мехико (1985 год) и Каире (1994 год), дополнившие список прав человека в области родительства.

Таким образом, сформировалась общепризнанная на сегодня система репродуктивных прав человека. Она включает в себя права на свободный

репродуктивный выбор; на свободное получение информации в части планирования семьи; на услуги по охране репродуктивного здоровья; на пользование научными достижениями в этой области; на донорство и хранение половых клеток; на защиту своих репродуктивных прав и, наконец, на невмешательство в частную жизнь.

Присоединившись к ряду соглашений, в том числе, конвенции ООН по народонаселению и развитию, принятой в Каире (1994 год), Россия взяла на себя международное обязательство обеспечивать право каждой женщины на свободный репродуктивный выбор.



Сегодня на территории РФ права граждан в сфере репродукции определяются рядом законодательных актов, среди которых Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», содержащий отдельную главу «Охрана здоровья матери и ребенка, вопросы семьи и репродуктивного здоровья». Порядок оказания медицинских услуг беременным (включая случаи патологии у матери или ребенка и прерывание беременности) определяется приказом Минздрава РФ от 1 ноября 2012 года «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

За последние несколько лет в России рассматривался ряд инициатив, призванных ограничить права женщин на проведение аборта. Среди них предложение давать право на прерывание беременности только с согласия супруга, возможность сделать аборт только по медицинским показаниям и по решению врачебной комиссии, исключение абортов из числа услуг, покрываемых ОМС (то есть перевод в категорию платных).

Практика законодательного ограничения – вернее, полного запрета абортов – уже была принята в нашей стране. Постановление ЦИК от 27 июня 1936 года привело, однако, к поистине

катастрофическим результатам. Запрет на прерывание беременности не повлиял на снижение рождаемости, зато привел к криминализации абортов и учащению случаев детоубийства. Все вместе это вынудило власти вновь легализовать аборты.

Помимо собственного плачевного опыта, Россия может оглянуться на практику Ирландии, где по сей день в силе закон, строго ограничивающий аборты: прерывание беременности там может проводиться только для спасения жизни матери. В результате ирландки вынуждены ездить в соседнюю Великобританию для прохождения абортивных процедур. По результатам социологических исследований, ежедневно такие путешествия предпринимают в среднем 12 женщин. Известны случаи, когда пациентки просто умирали в ирландских больницах, не сумев доказать, что беременность угрожает их здоровью, или же просто решались на суицид. Вдобавок, такое положение дел ставит в привилегированную позицию жительниц Ирландии с более высоким уровнем дохода.

В 2010 году произошло судебное разбирательство, известное как «А. В. и С. против Ирландии». Три женщины, ранее выезжавшие за пределы страны для проведения абортов, подали иски в Европейский суд по правам человека. ■

Суд, в частности, постановил, что ирландское законодательство наносит удар по справедливому равновесию между правами на уважение личной жизни женщин и правом нерожденного ребенка на жизнь. Государству было строго рекомендовано внести поправки в законодательство.

Российский Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан» от 21 ноября 2011 года закрепляет право женщин самостоятельно решать вопрос о материнстве. При этом ряд правовых норм направлен на то, чтобы дать беременной возможность определиться в пользу рождения ребенка. В частности, введен «период ожидания»: прерывание беременности может быть проведено не ранее, чем через 48 часов после обращения в медицинское учреждение. Кроме того, согласно приказу Минздрава России, женщина должна быть проинформирована о возможных осложнениях и последствиях аборта на всех этапах оказания медицинской помощи.

Сегодня при обращении по вопросу искусственного прерывания беременности женщина направляется в кабинет медико-социальной помощи для психологической консультации. Также приказом Минздрава от 1 ноября 2012 года определены правила организации ра-

боты центров медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Кроме того, ст. 6.32 КоАП РФ впервые определены меры административной ответственности за нарушение требований законодательства в сфере охраны здоровья при проведении аборта.

На сегодня наиболее разумным решением для России видится развитие мер по обеспечению добровольного отказа от прерывания беременности. В их числе можно рассматривать консультации психологов и специалистов социальной поддержки. Здесь может пригодиться голландский опыт: обязательное консультирование психолога, педиатра акушера и терапевта приводит там к тому, что 4 из 5 беременных меняют свое решение.

Кроме того, нельзя переоценить важность социального обеспечения и сопровождения будущей матери и ребенка. В крайнем случае должен рассматриваться вопрос о рождении ребенка с последующим его усыновлением бездетной парой. Рассматривая вопрос о снижении количества абортов, необходимо помнить, что нежелательная беременность – явление не биологическое, а социальное, и комплексно подходить к ней с соответствующей точки зрения. ■

Наши ВОЗМОЖНОСТИ

Лаборатория патологической анатомии



Лаборатория патологической анатомии **более 20 лет** работает в области морфологической диагностики различных патологических процессов, в том числе и находящихся в области интересов урологии.

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).

Методы молекулярно-генетических исследований

Цель:

- определение **генетической предрасположенности к мужскому бесплодию** - анализ микроделций 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.

Перспективы лаборатории

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

Сохранение фертильности при недостаточности яичников. Новые возможности



Д.М. Денисенко
акушер-гинеколог,
репродуктолог
Перинатальный
медицинский центр,
н.с. ФНКЦ ДГОИ
им. Д. Рогачева

Клинические причины женского бесплодия многообразны. В качестве факторов, провоцирующих преждевременное старение яичников, могут выступать аутоиммунные повреждения, генетические факторы, оперативные вмешательства на яичниках и лечение онкологических заболеваний.

С развитием медицинских технологий все больше больных с онкологией, ранее неизлечимых, выживают и получают второй шанс: в том числе, на продолжение рода. Сегодня для сохранения фертильности у онкобольных активно внедряются вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ), о которых рассказала в своем докладе Денисенко Маргарита Владимировна – акушер-гинеколог, репродуктолог (Перинатальный медицинский центр, н.с. ФНКЦ ДГОИ им. Д.Рогачева).

В первую очередь, к ним относится витрификация (замораживание на высокой скорости) ооцитов, эмбрионов и яичниковой ткани. Эта методика позволяет отложить реализацию репродуктивной функции до периода после достижения стойкой ремиссии.

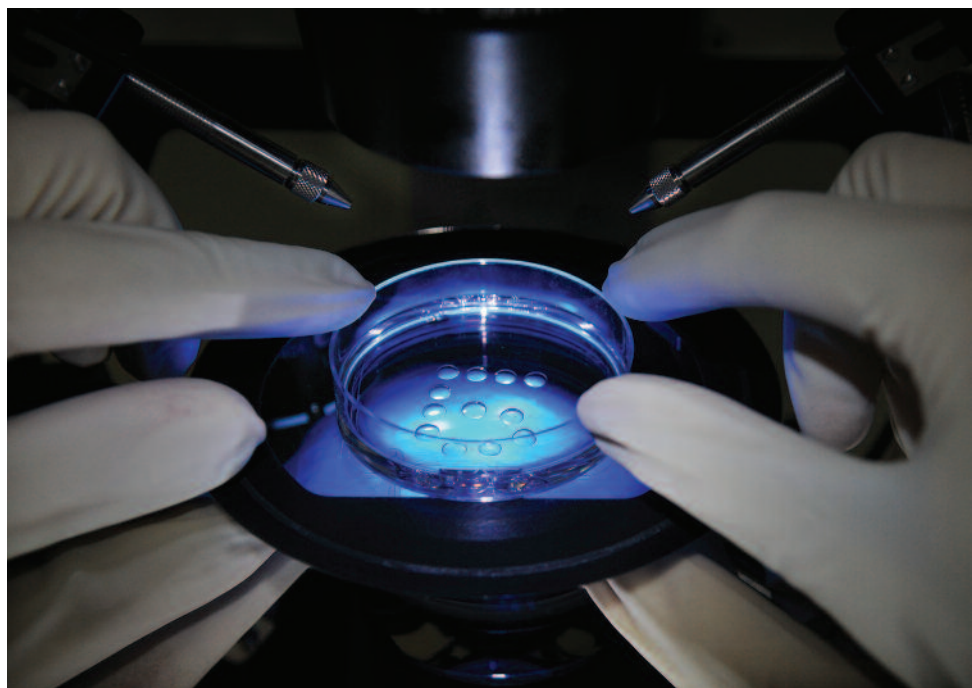
Однако исследования методик ВРТ продвигаются еще дальше. Технология будущего в этой области – in vitro follicular maturation (IVM), длительное культивирование фолликулов вне организма. Существует успешный опыт криоконсервации человеческой овариаль-

ной ткани, содержащей незрелые примордиальные фолликулы. Вслед за этим может применяться реимплантация овариальной ткани (с целью индуцировать работу овариальной функции). В случае же с IVM ооциты из свежей или замороженной и вслед за этим расконсервированной овариальной ткани выращиваются in vitro и затем подвергаются, также in vitro, фертилизации. Проведение IVM примордиальных фолликулов у молодых онкологических пациентов поможет избежать обратной передачи рака от овариальных трансплантантов.

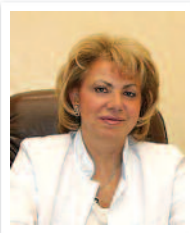
Продукция фертильных ооцитов и живого потомства таким способом уже достигнута у мышей. Применялось длительное культивирование ооцитов в примордиальных фолликулах из свежей и криоконсервированной овариальной ткани.

На сегодня в этой области, однако, остается еще множество нерешенных вопросов. В частности, требуются работы в части оптимизации культурной среды для достаточной совместимости с физиологическими факторами *in vivo*. Кроме того, необходимы исследования в части поддержания межклеточных

связей и контактов внутри культуры. Другое направление работы – оценка эпигенетического статуса, генетического здоровья и фертильности взрослых ооцитов, полученных *in vitro*. У крупных млекопитающих и человека полное выращивание и созревание ооцитов *in vitro* возможно только при формировании многоуровневой стратегии, максимально воспроизводящей яичник *in vivo*. Финальным критерием успеха у человека станет способность выращенных таким образом ооцитов к фертилизации и производству здорового потомства. ■



Инфекции, передаваемые половым путем, и их влияние на репродукцию



А.А. Кубанова
д.м.н., профессор,
директор ФГБУ
«Государственный научный
центр дерматовенерологии
и косметологии»

В число пяти основных причин, по которым взрослые люди обращаются за медицинской помощью, входят сегодня инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) – отметила в докладе д.м.н., профессор, директор ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации Кубанова Анна Алексеевна.

Более миллиона человек в мире заражаются ими ежедневно. Ситуацию осложняет то, что большая часть этих инфекций протекает бессимптомно, однако серьезно повышает общие риски для здоровья носителя и его половых партнеров. Например, некоторые ИППП повышают риск заражения ВИЧ в три и более раз.

Вследствие заболеваний, передающихся половым путем, возникают тяжелые осложнения, способные привести к репродуктивным проблемам. Так, причиной около 30–40% случаев женского бесплодия является постинфекционная патология маточных труб. Частое следствие инфекций – воспалительные заболевания органов малого

таза. Они развиваются у 40% женщин с нелеченой гонококковой или хламидийной инфекцией и также очень опасны.

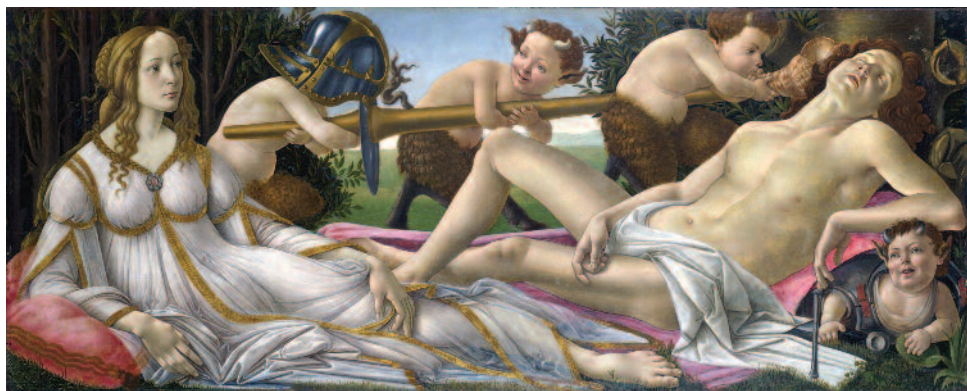
Даже при успешном вынашивании беременности передача инфекции от матери ребенку угрожает недоношенностью, мертворождением и смертью новорожденного. Другие возможные последствия – сепсис, пневмония, неонатальный конъюнктивит и пороки развития. К примеру, у женщин с ранним сифилисом 25% беременностей заканчиваются мертворождением, а 14% – смертью новорожденного. Также до 35% беременностей заканчиваются самопроизвольными абортми при наличии гонококковой инфекции. Еще

10% случаев – перинатальные смертельные исходы. Помимо этого, у 30–50% новорожденных с нелеченой хламидийной и гонококковой инфекцией наблюдается поражение конъюнктивы и роговицы, грозящее слепотой.

Серьезную проблему представляет собой вирус папилломы человека (ВПЧ). Чаще всего папилломовирусная инфекция выявляется у молодых людей, живущих активной половой жизнью. По данным ВОЗ, 50–80% населения инфицировано ВПЧ, но только 1–2% имеют клинические проявления. Главная опас-

период с 2000 по 2020 год количество случаев рака шейки матки может увеличиться на 40%. Ситуация осложняется тем, что субклинические и латентные формы ВПЧ, как правило, не регистрируются.

Несмотря на то, что в целом по России наблюдается заметное снижение венерической заболеваемости (так, заболеваемость взрослого населения сифилисом всех форм снизилась с 1999 по 2010 год более чем в 4 раза), ИППП продолжают оставаться серьезной проблемой для здоровья страны.



ность ВПЧ – его этиологическая роль в развитии рака шейки матки. Высокоонкогенные штаммы вируса (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59) серьезно повышают риск развития онкологической патологии. Согласно прогнозу, составленному International Agency for Research on Cancer, по этой причине в

Ряд организационных и профилактических мер был заложен в Федеральной целевой программе «Инфекции, передаваемые половым путем» на 2002–2010 годы. К примеру, материальное укрепление и переоснащение дерматовенерологических учреждений, стандартизация методов идентификации ■

возбудителей гонококковой инфекции и сифилиса, внедрение системы контроля качества диагностических лабораторий. Также программой были предложены меры повышения уровня сексуальной грамотности подростков, организация в дерматовенерологических диспансерах центров профилактики и лечения ИППП для молодежи и совершенствование системы эпиднадзора над группами повышенного риска. Кроме того, была предложена система мониторинга антибиотикорезистентности гонококка на территории РФ с изучением микробиологических показателей, генотипирования и определения маркеров резистентности возбудителя молекулярно-генетическими методами.

Несмотря на уже предпринятые действия, сегодня необходим комплекс мер по предупреждению распространения ИППП на государственном уровне. В него нужно будет включить, как минимум, следующие шаги:

- Эпидемиологический надзор за распространением ИППП
- Содействие раннему обращению за медицинской помощью
- Включение мер профилактики ИППП во все программы первичной медико-санитарной помощи
- Повышение доступности оказания медицинской помощи лицам из групп

повышенного риска: подросткам, жителям эпидемиологически неблагополучных регионов

- Разработку и внедрение высокочувствительных и специфических диагностических тест-систем
- Проведение мониторинга резистентности возбудителей ИППП и урогенитальных инфекций к антибиотикам
- Внедрение в практику национальных клинических рекомендаций по ведению больных ИППП.

При борьбе с такой серьезной угрозой необходимы сотрудничество и междисциплинарный подход. Предстоит совместная работа по направлениям информационной, лечебно-диагностической и профилактической деятельности. Так, для разработки программ по профилактике ИППП понадобится не только участие специалистов-урологов, гинекологов и андрологов, но также помощь волонтеров в распространении информационных материалов, профессиональные психологические консультации и привлечение специалистов социальной защиты. В разработке клинических рекомендаций по сифилису, урогенитальному кандидозу и ряду других заболеваний принимали участие специалисты смежных областей, и совместная работа принесла хорошие результаты. ■

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 целенаправленное противорецидивное лечение МКБ, ее эффективная метафилактика.



Онкоурология:

- Определение онкомаркеров рака предстательной железы (PSA, хромогранин А)
- Определение онкомаркеров рака мочевого пузыря (BTA, 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.

Состояние здоровья детей в России



А.А. Баранов
академик РАН, д.м.н., профессор,
директор ФГБНУ «Научный центр
здоровья детей»

Сохранение здоровья подрастающего поколения – вопрос, больной для России, требующий к себе серьезного отношения и комплексного подхода. Это теме был посвящен доклад Баранова Александра Александровича – д.м.н., профессора, Академика РАН, Директора ФГБНУ «Научный центр здоровья детей».

Сегодня на территории страны 35–36% детей рождаются с патологиями или заболевают во младенчестве. Частота встречаемости отдельных отклонений заметно увеличилась: стало больше врожденных аномалий, чаще встречается синдром респираторных расстройств и т.д.

Также вносит свою негативную лепту количество психических расстройств и расстройств поведения у детей и подростков. С 2003 по 2014 гг. их количество возросло на 13,7% в группе от 15 до 17 лет. У детей до 14 лет, однако, в тот же период они стали выявляться на 20,4% реже.

Особо остро стоит проблема репродуктивного здоровья молодежи. Только за последние 5 лет частота гинекологических и андрологических болезней у

детей всех возрастов увеличилась в полтора раза, при этом больше половины подростков имеют болезни, способные в дальнейшем ограничить репродуктивные возможности. Опять же, за пятилетний срок распространенность нарушений менструации у девочек до 14 лет возросла в 1,8 раза, а среди 15–17-летних – в 1,5 раза, вкуче с увеличением частотности гинекологических заболеваний в 1,8 раза для этой группы. В целом на 2014 год частота патологии среди девочек до 14 лет составила 1866,7, а среди 15–17-летних – 14088,5 на 100 тыс. человек соответствующего возраста.

Проблему обостряет тот факт, что далеко не все девушки, страдающие от различного рода нарушений, получают надлежащий осмотр. На данный момент



среди подростков с нарушениями менструации до 14 лет уровень охвата диспансерным наблюдением составляет 33,5%, а среди девушек 15–17 лет – 32,1%.

У юношей дела обстоят не менее печально. Для молодого мужского населения уровень потребности в андрологической помощи сегодня составляет 37–39%. В числе распространенных патологий выделяются болезни крайней плоти, венооокклюзивная болезнь, заболевания придатков яичка, монорхоз, гипогонадизм и варикоцеле.

Среди факторов, негативно влияющих на репродуктивную функцию, можно выделить раннее начало половой жизни, недостаток полового воспитания, распространенность инфекций, передаваемых половым путем, и ВИЧ, ранние беременности и вредные привычки.

Здесь, как и в других случаях, мы видим, что многие болезни берут свое начало в семье и общественном окружении. Репродуктивное здоровье молодежи страдает от дурных условий обучения и воспитания в образовательных ■

учреждениях; от плохого питания дома и в школе; от низкой физической активности и высокого уровня стресса. Свою плачевную роль играет также низкий социально-экономический и культурный уровень значительного числа семей. Подростки страдают от отсутствия разъяснений и родительской поддержки, будучи вынуждены проводить большую часть времени в стенах учебного учреждения.

Особо острый фактор риска – растущая распространенность употребления психоактивных веществ. Детей, страдающих зависимостью от ПАВ, с каждым годом становится больше, а их возраст снижается. В этом случае также важную роль играет социальный статус семьи.

Для демографической и общественной ситуации в России все эти факторы не сулят ничего хорошего. Дело не только в снижении рождаемости. Помимо ухудшения репродуктивной функции, человек, больной с отрочества, имеет ряд серьезных социальных проблем. Среди них ограничение возможности получения образования и дальнейшего свободного трудоустройства, снижение социальной и психологической адаптации. Кроме того, обороноспособность государства страдает от снижения уровня годности юношей к военной службе.

Как мы видим, сегодня для поддержания общественной стабильности и улучшения демографической картины России необходимо решить целый спектр непростых задач. В числе главных направлений работы можно назвать развитие андрологической службы и повышение уровня квалификации специалистов, работающих в области урологии-андрологии. Здесь будет крайне полезна разработка целевых программ в области андрологии с концентрацией ресурсов на приоритетных направлениях: разумеется, для этого понадобятся соответствующие финансовые вложения.

Кроме того, необходимо вывести на качественно новый уровень мероприятия по диспансеризации детей и подростков. Регулярные профилактические осмотры позволят значительно улучшить выявляемость проблем, угрожающих репродуктивному благополучию молодежи.

Большой объем работ предстоит в области улучшения качества медицинской помощи мальчикам с заболеваниями мочевыводящей системы. Для правильной организации процесса необходимо развитие статистической отчетности, позволяющей определить уровень и масштабы проблем, связанных с мужским репродуктивным здоровьем. ■

Издательский дом «УроМедиа»

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

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ

УРОЛОГИЯ

ECUro.ru



www.ecuro.ru

Аккредитация ВАК
№ 22/49 от 25.05.12

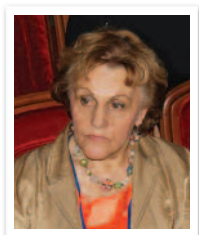
Профессиональное издание для урологов, онкологов, урогинекологов, андрологов, детских урологов, фтизиоурологов и врачей смежных специальностей, научных работников, ординаторов, аспирантов.

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.

Предложения по охране репродуктивного здоровья мальчиков и подростков



И.В. Казанская

д.м.н., профессор, Председатель
правления Межрегиональной
общественной организации
детских урологов-андрологов

Казанская Ирина Валерьевна, д.м.н., профессор, Председатель правления Межрегиональной общественной организации детских урологов-андрологов свой доклад посвятила предложениям по охране репродуктивного здоровья мальчиков и подростков.

Подход к лечению бесплодия в России претерпевает серьезные изменения: если 20 лет назад основные усилия концентрировались на лечении женщины, то сегодня все большее внимание уделяется проблемам мужской репродукции и обследованию пары. В связи с этим актуальной проблемой является репродуктивное здоровье мальчиков и юношей-подростков: более чем 60% случаев мужского бесплодия несут свои истоки из детства.

В России внимание к вопросу проявилось в нескольких приказах Минздрава, регламентирующих работу в этой области. В 2003–2004 гг. была утверждена специальность «детский уролог-

андролог». Вслед за этим прошли несколько специализированных съездов, было создано профильное межрегиональное общество. В программы постдипломного образования и повышения квалификации для врачей были включены вопросы относительно репродуктивного здоровья детей. Кроме того, вышел приказ Минздрава о диспансеризации 14-летних мальчиков с обязательным проведением УЗИ-диагностики органов репродуктивной системы.

Результаты диспансеризации позволяют отслеживать общую картину, и она неутешительна. Так, при проведении диспансеризации мальчиков и подростков на базе одной из Московских поликлиник в 2011–2013 гг. были получены

и проанализированы результаты УЗИ среди осмотренных 590 детей и подростков в возрасте 10–15 лет. Эхографические признаки отклонений от нормы в андрологической сфере выявлены в 57% случаев.

Всего при обследовании был выявлен 171 случай варикоцеле (из них 50% – II степени, 40% – I степени и субклиническая форма, а 10% – III степени), также 236 случаев сперматоцеле, 11 – гидроцеле, 23 случая орхопатии, 12 – микролитиаза и 33 заболевания предстательной железы.

При обращении за медицинской помощью ребенка или подростка с проблемами репродуктивной сферы обычно задействуются анамнестический, клинический и диагностический блоки. Пациент может выражать жалобы на боль и дискомфорт в области яичек, в паховых областях, тяжесть и боль в нижних конечностях: в покое, во время и после физических нагрузок. На этапе сбора анамнеза нужно поинтересоваться наличием патологии органов репродуктивной и сердечно-сосудистой систем у родственников (включая варикозную болезнь нижних конечностей), степенью физической активности пациента, предшествовавшими травмами органов репродуктивной системы и операциями на них, сопутствующими заболеваниями мочевыводящей системы.

В работе клинического блока учитываются тип телосложения подростка, состояние полового развития с оценкой эректильной и копулятивной функций (с 15 лет), состояние яичек, придатков и вен гроздевидного скопления, грудных желез, наличие дополнительных образований придатков и яичек.

При диагностике предпринимаются УЗИ органов репродуктивной системы, определение уровня Ингибина В и спектра половых гормонов, при необходимости проводятся генетические исследования: кариотипирование, исследование локуса AZF, ЭМИС и другие. По достижении 16 лет, с согласия родителей и пациента делается спермиологическое исследование.

По результатам оценки спермограмм обследованных подростков с варикоцеле, в 99% случаев наблюдалась астенозооспермия, в 92% – патоспермия, в 66% – тератозооспермия, в 46% – гипоспермия и в 23% – олигоспермия. При этом изменения сперматогенеза не зависели от степени варикоцеле.

Очень важно вовремя выявить критерии риска репродуктивной недостаточности. К ним относятся выраженные нарушения показателей кровотока в сосудах яичек и простаты, наличие орхопатии более 10%, дополнительные образования в яичках и придатках. ■

Помимо этого, должны внимательно рассматриваться травмы и воспалительные заболевания органов репродуктивной системы в анамнезе, а также наследственная отягощенность по заболеваниям в этой области.

При сочетании более трех упомянутых факторов рассматривается высокий уровень риска репродуктивной недостаточности. При наличии менее, чем трех факторов говорят об умеренном уровне. После его установления принимается тактика ведения подростка. Пациент определяется в группу наблюдения, группу наблюдения и обследования, либо на оперативное лечение (в приведенном выше случае хирургическое вмешательство понадобилось 34% обследованных).

Помимо непосредственно проблем репродукции, отягощающим фактором при андрологических заболеваниях может быть психовегетативное состояние пациента. В РНИМУ имени Н.И. Пирогова было предпринято исследование этого вопроса. Изучались признаки соматической отягощенности, состояние вегетативной нервной системы (ВНС) и психологические особенности личности у подростков с андрологическими нарушениями. В УЗИ-скрининге приняли участие 390 человек, 168 прошли оценку соматической патологии и 53 – проверку ВНС и психологического статуса.

При психологическом тестировании мальчиков с андрологической патологией акцентуированные черты личности выявлены у 74% из них (в среднем по популяции этот показатель составляет 20%). У 71% отмечены изменения настроения, при этом 34% показал склонность к депрессии, а 37% – неоправданно повышенный настрой. Однако 23% пациентов не показали изменений в психологическом статусе.

Помимо этого, отмечена связь между андрологическими венозными нарушениями и нейроциркуляторной астенией. При обследовании подростков с нарушением реактивности вегетативной нервной системы половина пациентов с декомпенсацией ВНС имела также венозные патологии. При этом почти все случаи измененных венозных сосудов репродуктивных органов наблюдались у детей с астенией.

Полученные данные говорят о том, что патология репродуктивной сферы у мальчиков и юношей сочетается с другими расстройствами: нарушениями в соматической и психовегетативных сферах. Это позволяет при оценке андрологических проблем выйти за рамки морфологических характеристик в сторону функциональности, расширив тем самым сферу терапевтического подхода.

Итак, мы видим, что андрологическая патология – не отдельно стоящая

проблема, но частное проявление системной патологии у детей с ограниченными возможностями здоровья. В связи с этим необходимо формирование «репродуктивной настороженности», повышенного внимания к проблеме со стороны педиатров первичного звена и врачей школьной медицины.

Также при разработке концепции охраны репродуктивного здоровья граждан полезно будет включить ряд мер относительно здоровья детей:

1. Сформировать репродуктивный прогноз по каждой территории Российской Федерации с учетом здоровья мальчиков и подростков.

2. Восстановить службу главных специалистов детских урологов-андрологов в территориях с высоким риском для репродуктивного здоровья детей.

3. Создать междисциплинарную постоянно действующую рабочую группу специалистов-экспертов по разделу «педиатрическая андрология» при главном специалисте по репродуктивному здоровью Минздрава РФ.

4. Разработать клинические возрастные показания для исследования сперматогенеза у подростков.

5. Определить объем методов первичной профилактики репродуктивной недостаточности у мальчиков и подростков для педиатров первичного звена, врачей школьной медицины, детских

урологов-андрологов амбулаторного звена, используя резервы кабинетов здоровья и стационаров одного дня.

6. Открыть кабинеты мониторинга репродуктивного здоровья мальчиков и подростков в поликлиниках 2-го уровня или в КДЦ.

7. Установить, что оперативные вмешательства на органах репродуктивной системы у мальчиков должны проводиться детским урологом-андрологом, имеющим первую или высшую категории по детской урологии-андрологии или урологии, с использованием современных высокотехнологичных методов лечения (с целью минимизации постстимулярных причин бесплодия).

8. Включить в программу диспансеризации мальчиков 14-ти лет обязательными: УЗИ исследование простаты и спектра половых гормонов (ЛГ, ФСГ, тестостерон, пролактин).

9. Разработать методические рекомендации по проведению диспансеризации мальчиков-подростков.

10. При решении задач по повышению квалификации специалистов разработать дополнительный образовательный модуль «Репродуктивное здоровье детей и подростков».

11. Считать важным и необходимым психологическое сопровождение мальчиков с врожденной патологией органов репродуктивной системы до 18 лет. ■

Ранняя диагностика и лечение патологии мочеполовой сферы у детей как профилактика нарушений репродуктивного здоровья



С.П. Яцик
д.м.н., профессор, зав. отделением
репродуктивного здоровья ФГБНУ
«Научный центр здоровья детей»

Проблемы репродукции у детей все чаще встречаются во врачебной практике – отметил Яцик Сергей Павлович – д.м.н., профессор, зав. отделением репродуктивного здоровья ФГБНУ "Научный центр здоровья детей". За десять лет доля здоровых девочек снизилась с 28,6 до 6,3%. Сегодня практически каждая восьмая страдает каким-то заболеванием или нарушением полового развития.

Среди патологий у девочек и девушек до 18 лет в 52% случаев являются воспалительные заболевания половых органов, в 41% – нарушения менструального цикла, а в 65% – неспецифические хронические вульвовагиниты.

Последние представляют собой излечимую, но крайне неприятную для пациентки проблему. В острой стадии неспецифический вульвовагинит проявляется гиперемией вульвы без четких границ, отеком малых половых губ и девственной плевы, желтоватым налетом. В хронической стадии появляются следы расчесывания и мелкие корочки, вульва светло-розовая. При лечении применяется санация влагалища анти-

септиками, такими как фурациллин, мирамистин, альбуцид и другие, также хорошо помогают растительные отвары. Для облегчения состояния пациентки обычно достаточно недели процедур.

У мужчин в 64% случаев проблемы с репродукцией также идут родом из детства. Среди врожденных причин мужской infertility выделяются крипторхизм и монорхизм, болезни вагинального отростка, наследственные синдромы и нарушения формирования пола. Также играют свою роль детские болезни: орхиты и эпидидимиты, варикоцеле, кистозные поражения, эктокопосисы и гипогонадизм.

Риски большинства этих заболеваний удастся преодолеть при своевре-

менной диагностике и правильном лечении. К примеру, гидроцеле (или водянка) часто требует только динамического наблюдения за ребенком до достижения 1,5–2 лет. Гидроцеле представляет собой аномалию заращения вагинального отростка брюшины. За этот срок облитерация отростка может произойти сама по себе, и такого исхода стоит подождать, если отсутствует серьезный косметический дефект, а пациент не испытывает неудобств. Во всех остальных случаях и по достижении двухлетнего возраста предпринимается оперативное лечение.

Родственный дефект – пахово-мошоночная грыжа – обычно выявляется в первые месяцы жизни ребенка. Причина ее возникновения – незаращение вагинального отростка брюшины, при этом правосторонняя грыжа встречается в 3 раза чаще левосторонней. Особенно опасно ущемление грыжи, которое происходит ориентировочно у 20% больных. Грыжа всегда требует хирургического лечения по достижении пациентом достаточного возраста.

Довольно редкая и серьезная патология – крипторхизм. Он встречается в 0,5–4% случаев и представляет собой аномалию развития, когда яичко останавливается на пути миграции из брюшины в паховую область и уклоняется от предназначенного места в мошонке. Без проведенного вовремя лечения угрожает бесплодием, импотенцией и гипогонадизмом.

Крипторхизм подразделяется на истинный и ложный. В первом случае диагностируется задержка яичка в брюшной полости или паховом канале, возможно только оперативное его низведение в мошонку. Во втором яичко может отсутствовать в мошонке при осмотре, но в расслабленном состоянии и при воздействии тепла возвращается туда. Отдельно рассматривается эктопия яичка: когда оно нормально опускается через наружное паховое кольцо, но позже смещается и находится в необычном месте.

Лечение крипторхизма может быть консервативным (применяются витамины и гормональные препараты, стимулирующие опущение яичка в мошонку), хирургическим или комбинированным.

В результате дефицита мужских половых гормонов, генетических и хромосомных мутаций может развиваться гипоспадия. Это врожденное недоразвитие уретры с замещением недостающего отрезка плотной соединительной тканью, дистопией меатуса и вентральным изгибом кавернозных тел. Лечение может быть только оперативным: принимается пластика уретры и glandулопластика. При благоприятном течении послеоперационного периода пациент может быть выписан домой уже на десятый день.

Правильному лечению поддаются даже весьма непростые патологии. В качестве примера приведем случай ■

девочки в возрасте 1 года 5 месяцев, поступившей в ФГБНУ «Научный центр здоровья детей» со следующим диагнозом: Сочетанный порок развития мочеполовой системы – дистопия и дисплазия влагалища и матки с атрезией нижней трети влагалища. Везико-вагинальный свищ, уринокольпос, уринометра. Состояние после выведения вагиноабдоминастомы. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс 3 степени слева. Коррегированный двухсторонний мегауретер, состояние после реимплантации обоих мочеточников с двух сторон. Вторичный хронический обструктивный пиелонефрит – латентное течение.

По месту жительства пациентке в возрасте 23 дней было проведено полное клинко-инструментальные обследования. Диагноз – двухсторонний рефлюксирующий мегауретер, гидрокольпос 6×5 см.

В 1 месяц – лапаротомия и дренирование влагалища размером 10×12 см. Удалено 100 мл гноеподобной жидкости, выведена вагиностома. В 8 месяцев, в связи с сохранением пузырно-мочеточникового рефлюкса 4 степени с двух сторон, проведена пластика левого мочеточника по антирефлюксной методике. По вагиностоме отмечалось выделение до 50 мл жидкости, похожей на мочу. В 1 год пациентке была проведена операция по Коэну справа, по вагиностоме к этому времени отходило до 400

мл светлой желтоватой жидкости, диагностирована лейкоцитурия.

При поступлении в ФГБНУ НЦЗД микционная цистография показала наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса 3–4 степени слева. Выработан алгоритм оперативного вмешательства:

- Смотровая цистоскопия с визуализацией свища.

- Эндолуминальная коррекция рефлюкса слева объемообразующим веществом «Вантрис».

- Закрытие влагалищно-брюшностеночного свища с лапароскопической ассистенцией

- Пластика нижней трети влагалища с формированием преддверия.

Таким образом, в серии последовательного одномоментного вмешательства удалось добиться разобщения влагалищно-переднестеночного и влагалищно-пузырного свищей. Проведено формирование нижней трети влагалища и его преддверия в анатомически правильном расположении. Также проведена эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса.

Как мы видим, лечение девочки в НЦЗД принесло заметные результаты. Для педиатра, детского хирурга, андролога или гинеколога крайне важно вовремя диагностировать репродуктивную патологию и увидеть, когда необходимо направление пациента в специализированную клинику. ■

Развитие биомедицинских инноваций как приоритет государственной политики в области активного долголетия



Д.А. Халтурина
Председатель Правления
РОО «Совет по общественному
здоровью и проблемам
демографии»,
член Экспертного совета
при Правительстве РФ

Достижения медицинской науки последних двух столетий позволили не только победить множество ранее смертельных заболеваний, но и продлить срок жизни человека. Итогом этого стала тенденция, заметная сегодня во всех развитых странах: мир стареет. С увеличением доли пожилого населения меняется структура заболеваемости: инфекционные болезни вытесняются заболеваниями, связанными со старением. Доклад о приоритетах государственной политики в области долголетия прочитала Халтурина Дарья Андреевна – Председатель Правления РОО «Совет по общественному здоровью и проблемам демографии», член Экспертного совета при Правительстве Российской Федерации.

В числе таковых паркинсонизм, почечная недостаточность, онкозаболевания, инфаркты и инсульты, болезнь Альцгеймера, остеопороз, и это далеко не полный список. Ситуацию осложняют негативные общественные факторы, такие как потеря работоспособности и социальная дезадаптация.

Однако сегодня мы уже можем противопоставить возрастным изменениям ряд медицинских находок. Так, установлены некоторые базовые причины процесса старения. Среди них накопление токсичного внеклеточного и внутриклеточного мусора, атрофия клеток и тка-

ней, а также появление в организме бес- смертных клеток с измененными свойствами (таких как сенесцентные и старые иммунные клетки).

Если понятен механизм, значит, можно найти способы влияния на него. В числе известных человечеству видов «оружия» против старости важное место занимают геропротекторы – вещества, позволяющие бороться с физическими проявлениями процесса старения. Сегодня исследования в этой области приобретают все более широкий оборот. Тем не менее, на пути ученых-новаторов встают неожиданные проблемы, ■

связанные не столько с наукой, сколько с реакцией общества. Принято считать, что старение непобедимо, неизлечимо и неотвратимо. Скепсис, проявляемый самими разными социальными кругами в отношении исследователей, мешает получить достаточную финансовую, законодательную и общественную поддержку. Кроме того, действующие ныне системы здравоохранения создавались в условиях, когда об эффективной борьбе со старением рано было говорить всерьез и, таким образом, сами являются устаревшими, мало ориентированными на проблему.

Итог очевиден: «лекарства от старости» остаются недоступными для пространства через аптечные сети. Между тем, многие из них доказали в клинических исследованиях способность не только бороться с болезнями, вызываемыми возрастными факторами, но и продлевать срок жизни в целом. Некоторые являются зарегистрированными лекарственными препаратами. К примеру, в тестах на мышах Акарбоза и Метформин, назначаемые диабетикам, показали увеличение средней продолжительности жизни на 22% и 37% соответственно по сравнению с контрольной группой, Никардипин и Нитрендипин – средства против артериальной гипертензии – на 23% и 24% продлили средний срок жизни нематод, а противосудорож-

ное вещество Ламотригин на 17% повысило долголетие дрозофил.

Помимо уже перечисленных заболеваний, старению сопутствует еще один серьезный «побочный эффект»: возрастное снижение фертильности. Однако в этой области тоже есть свои достижения. Еще в 70-х годах прошлого века В.Н. Анисимов и соавторы провели ряд экспериментов по продлению жизни над крысами. Помимо прочего, удалось установить, что самки в возрасте 16–18 месяцев, получавшие вещество эпиталамин (пептид эпифиза), имели нарушения эстральной функции – циклической функции яичников – только в 7% случаев. У их ровесниц из контрольной группы этот показатель составил 38%.

Разумеется, в области медицины антистарения существует еще много нерешенных вопросов. Разработка безопасных и надежных геропротекторов для внедрения на широкий рынок потребует дальнейших серьезных исследований. Однако уже сегодня выработаны критерии тестирования геропротекторных препаратов и технологий. В их числе снижение уровня смертности среди пожилых пациентов, понижение количества возрастзависимых патологий, а также так называемый Frailty Index – шкала, коррелирующая с общим уровнем здоровья и самочувствия пациентов старше 50-ти лет. ■

Межрегиональная общественная организация

www.forumurology.ru



Интернет форум урологов



75% пациентов не доверилось бы диагнозу, поставленному с помощью телемедицины

Согласно опросу компании TechnologyAdvice Research, в котором участвовали 504 человека из разных районов США, примерно 75% пациентов не доверяют диагнозу, который поставлен с помощью телемедицины или доверяют ему меньше, чем выводу, к которому пришел врач при личном визите.



Согласно опросу компании TechnologyAdvice Research, в котором участвовали 504 человека из разных районов США, примерно 75% пациентов не доверяют диагнозу, который поставлен с помощью телемедицины или доверяют ему меньше, чем выводу, к которому пришел врач при личном визите.

Отчет свидетельствует о том, что,

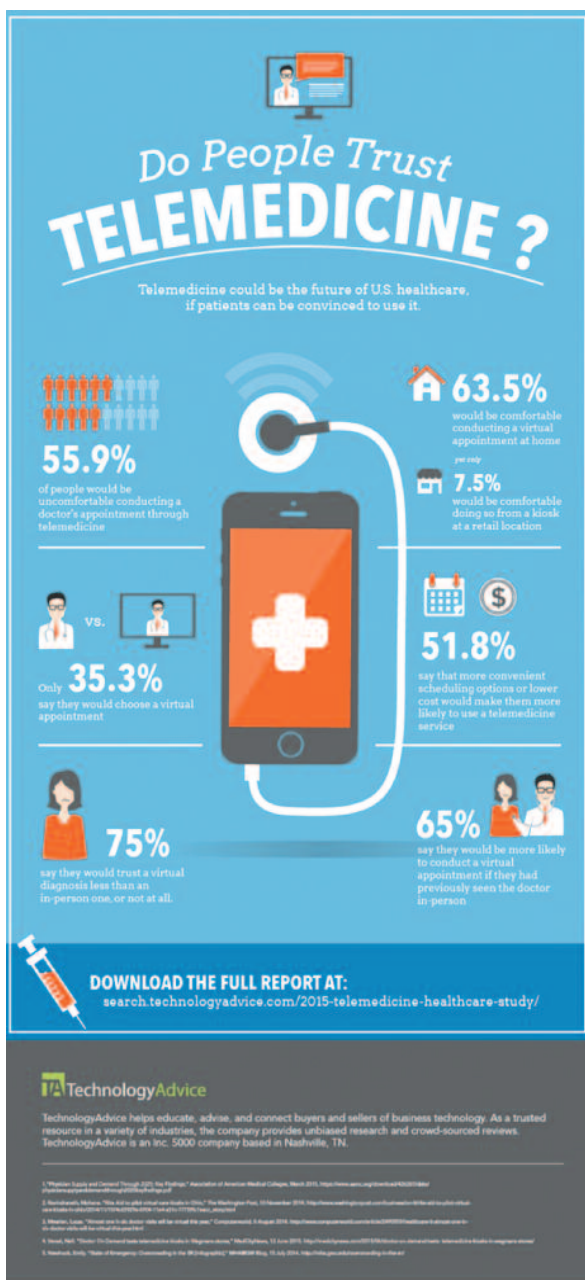
хотя распространение телемедицины способно существенно облегчить доступ людям к базовым медицинским услугам, люди все равно критически относятся к качеству диагноза, который ставит «удаленный врач». Более 65% опрошенных заявили, что вряд ли выберут виртуальный визит, имея другие варианты, и только 35,4% заявили об обратное.

Причем менее скептически к этой технологии относятся молодые пациенты. Только 17% пациентов в возрасте 18 – 24 года и 24% в возрасте 25 – 44 года заявили, что не доверяют телемедицинскому диагнозу.

Причем интересно, что 65% респондентов сказали, что они гораздо более охотно использовали бы виртуальный визит к врачу, если бы они ранее видели этого врача лично.

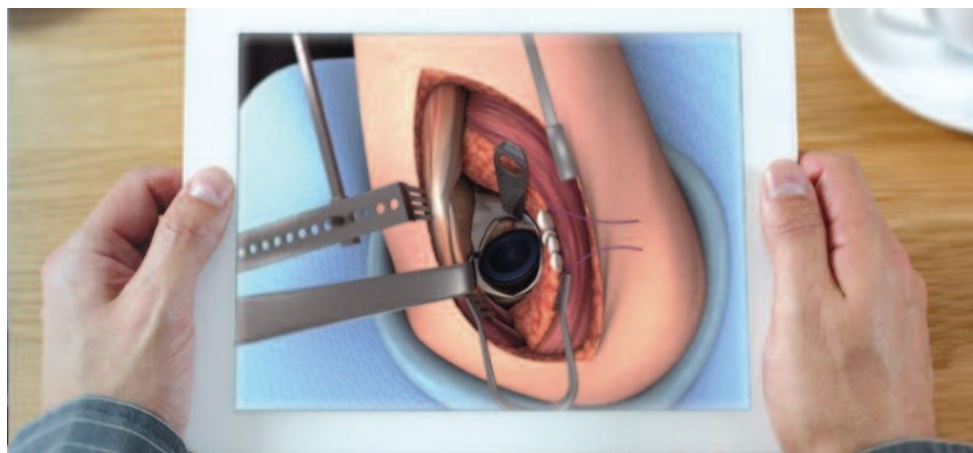
Исследователи отмечают, что повышение информированности пациентов о преимуществах телемедицины способно существенно повысить уровень принятия этой технологии. 70% участников опроса сообщили, что, по крайней мере, один из следующих факторов заставил бы их воспользоваться услугами виртуального врача – удобная форма выбора времени консультации, снижение стоимости обращения к врачу, меньшие потери времени и возможность общения с врачом у себя дома. ■

Источник Evercare.ru



Touch Surgery: приложение для отработки навыков хирургии

За 18 месяцев после своего появления на рынке приложение Touch Surgery стало крупнейшим всемирным сообществом хирургов, репетирующих и моделирующих операции на виртуальных образах. Созданное при участии ведущих практикующих хирургов приложение позволяет врачам (и пациентам, если необходимо) шаг за шагом пройти через процесс оперативного вмешательства на виртуальном пациенте и осознанно принять решение.



Своим успехом программная платформа обязана широкомасштабному сотрудничеству опытных хирургов из Стэнфордского, Йельского, Нью-Йоркского университетов, Дартмутского колледжа, Имперского колледжа в Лондоне, Университета Вандербильта, Сингапурского национального глазного центра и других организаций, которые поддерживали реали-

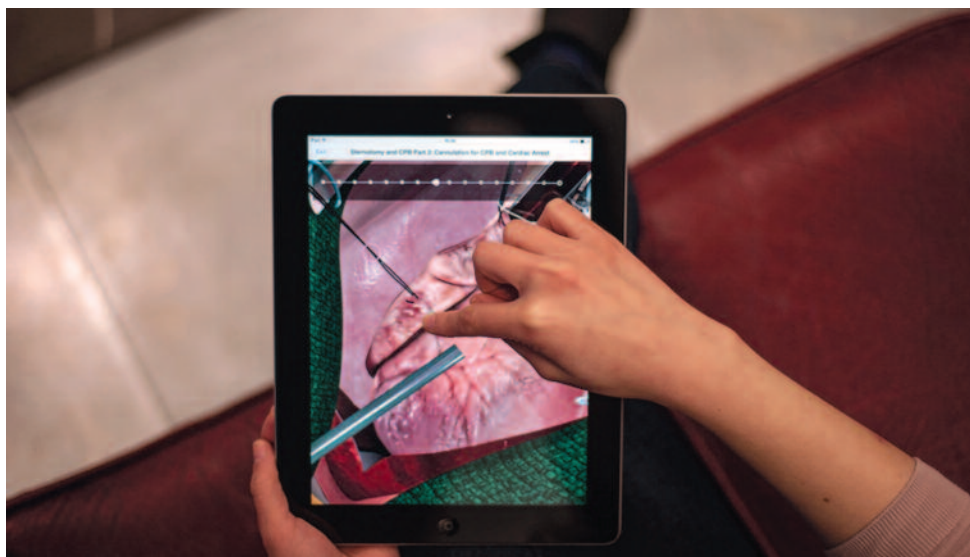
зованную в Touch Surgery идею распространения передовой хирургической практики с целью повышения уровня безопасности пациентов и достижения лучших медицинских результатов.

Как известно в профессиональных кругах, безопасность операции в 75% зависит от знаний о том, как и что делать, и в 25% – от технического уровня хирурга. Touch Surgery создавалась,

принимая во внимание этот факт и подчеркивая важность ума и знаний хирурга, а не только его рук, для проведения эффективной и безопасной операции. Приложение использует когнитивный анализ задач, проверенное средство обучения сложным процедурам, направленное на то, чтобы позволить хирургам или преподавателям закрепить знания, практиковать принятие решений и делать ошибки только в безопасной среде. Функционал приложения предоставляет пользователю обратную связь в реальном времени, идентифицирует места, на которые необходимо обратить внимание, и позволяет разработать свои собственные пути тренировки хирургии для того, чтобы сократить время обучения до выработки экспертных навыков.

По словам Джона Паро, хирурга из Медицинского центра Станфордского университета и соавтора двух виртуальных хирургических операций в Touch Surgery, «сейчас хирурги имеют массу доступной информации – статьи, изображения, видео YouTube. Все это прекрасно, но проблема заключается в том, чтобы все это переработать, чтобы получить сухой остаток в виде того, что действительно вам нужно. И в этом основное достоинство Touch Surgery – вы можете видеть какие шаги необходимо осуществить и как это сделать, учитывая, что вы, возможно, никогда с этим не сталкивались».

Приложение разработано специально для использования на мобильных устройствах и сегодня доступно в версиях для iOS и Android. ■



Чем отличается оценка врачей от рейтинга ресторанов и магазинов?

В российском врачебном сообществе сейчас обсуждается идея московских властей создать электронный сервис, где можно будет оценивать работу врачей и поликлиник.

«Реализовав такой сервис, в перспективе мы имели бы возможность связать его с системой материального поощрения врача в зависимости от того, что по поводу его работы думают пациенты», – сказал руководитель департамента здравоохранения столицы Алексей Хрипун. Если такой сервис будет разрабатываться, приведет ли это к реальному улучшению здравоохранения в городе или все закончится как всегда? И что представляет собой подобная оценка?

Давайте вкратце познакомимся с существующим опытом. Не совсем то, что хотят создать московские чиновники от медицины, но принцип получения оценки похож.

Сайт Yelp, который известен своими обзорами и рейтингами ресторанов и магазинов, на этом не остановился и с некоторых пор подключил возможность оценки медицинских клиник, учреждений и врачей. В принципе, это достаточно сомнительная идея в том виде, как это организовано. Ведь известно, что

люди не склонны делиться своими оценками учреждений, где их все устроило, полагая, что так и должно быть. А вот высказать свое недовольство, а то и злобу, мы всегда горазды.

Например, наиболее «популярная» в Yelp сеть недорогих стоматологических клиник Western Dental получила более 3000 отзывов, в большей части которых во всех вариантах фигурировало слово «ужасно». В итоге эти клиники получили рейтинг 1,8 (максимально возможная оценка – 5). Недоброжелательно высказывались и о сети тестовых лабораторий Quest Diagnostic, отмечая некомпетентность и грубость обслуживающего персонала (рейтинг 2,7). На их счету чуть более 2500 оценок.

И если внимательно изучить подобные отзывы, можно понять, что основные претензии не к врачам и их профессионализму, а к подсобному персоналу и офису, которые могут очень сильно подпортить репутацию даже очень сильному врачу или клинике. Пользователи оценивают медицинские

организации примерно так же, как рестораны – на базе того, как они себя чувствовали, когда были в лечебном учреждении. Вместо того, чтобы высказать недовольство качеством лечения или неправильным диагнозом (такое, к сожалению, бывает), люди гораздо с большей вероятностью выскажутся о длительности ожидания, сложности записи на прием, о неправильно выписанном счете или непрофессионализме девушек на ресепшн.

Тем не менее, в этом рейтинге Yelp можно вычлениить и отзывы о врачах. Врачи в Yelp имеют худший результат среди медицинских специалистов всех профилей, имея средний показатель, равный 3,6. Иглотерапевты, мануальные терапевты и массажисты оценены значительно выше, их рейтинг в среднем составляет от 4,5 до 5 (по пятибалльной шкале).

Отметим, что последние очень активно работают с клиентами, побуждая

их делать позитивные отклики, врачам же этим заниматься просто некогда, кроме того, они часто считают это ниже своего достоинства. Кроме того, визит к врачу – это всегда более сложный процесс, чем посещение массажиста или иглотерапевта, ожидания от которых просты и измеряемые параметры тоже. Я говорю сейчас о врачах профессионалах, а не о тех «людях в белых халатах», которые стараются как можно быстрее избавиться от пациента и, по возможности, не дотрагиваясь до них.

Для понимания репрезентативности таких оценок напомним, что, например, компания Quest Diagnostics имеет около 2200 тестовых центров по всей стране и обслуживает она около 51 млн. человек ежегодно.

Аналогичный ресурс Healthgrades не предоставляет возможность посетителям оставлять свои комментарии, их оценка является результатом ответов ■

Наибольшее количество отзывов Наиболее популярные организации

Категория	Обзоры	Средний рейтинг	Организация	Обзоры	Средний рейтинг
Врачи	286033	3,6	Western Dental	3026	1,8
Стоматологи	285516	4,1	Quest Diagnostics	2531	2,7
Окулисты	121590	4,0	Planned Parenthood	1998	3,5
Мануальные терапевты	108229	4,6	America's Best Contacts & Eyeglasses	1817	2,7
Массажисты	80944	4,5	Elements Massage	1780	4,2

Источник: Yelp, ProPublica

на стандартные вопросы. Впрочем, и здесь врачей оценивают ниже, чем стоматологов и других медицинских специалистов. Кстати, разработчики ресурса недовольны своей методикой рейтингования и вскоре на сайте появятся другие вопросы, которые будут зависеть от того, о враче какой специализации идет речь, что поможет получать более полезные отзывы, не так искаженные эмоциями.

Чтобы несколько смягчить влияние подобных односторонних оценок, сделать рейтинги более профессиональными, Yelp недавно заключил соглашение с ProPublica, в результате которых на страницах медицинских провайдеров в Yelp появится информация из интерактивной медицинской базы данных ProPublica. Т.е. пользователи сайта в дополнение к отзывам простых людей об их опыте посещения клиник, больниц, домов престарелых, смогут получить и объективное сравнение принципов и методов работы таких учреждений с их конкурентами.

В свою очередь, ProPublica также получит доступ к 1,3 миллионов мнений отдельных людей о медицинских клиниках и прочих учреждениях.

Хотя медицинские организации стараются не замечать подобные ресурсы и рейтинги, такие обзоры становятся все более популярными и заставляют потребителей, а пациенты постепенно становятся именно «потребителями медицин-

ских услуг», сомневаться в стандартном утверждении, что «доктор знает лучше». Хотя Yelp ведет подобные рейтинги с 2004 года, больше половины обзоров относятся к последним двум годам.

Ни один из рейтинговых ресурсов в США не получил положительной оценки врачей. Американская медицинская ассоциация рекомендует пациентам поговорить с врачом, если у них есть сомнения, а не анонимно публиковать свои комментарии, насыщенные разными «недоброкачественными» словами. И при поиске врачей к таким отзывам также стоит относиться скептически. Ведь выбор врача – это более сложная процедура, чем выбор хорошего ресторана, и пациент должен использовать все источники информации, когда он принимает такое важное решение.

Понятно, что врачебное сообщество преследует свои корпоративные интересы, но в том, что они говорят, много правды. А истина, как всегда, где-то там, посередине.

Что касается Москвы, то, по моему мнению, если такой сервис и будет создан, то со временем превратится в нечто похожее на жалобную книгу, которая, если не ошибаюсь, до сих висит где-то в магазинах. И использоваться будет с той же эффективностью. ■

*Материал подготовил
специальный корреспондент
«Дайджеста урологии» С. Головин*



Профессиональная образовательная программа «Андрология»



Межрегиональная общественная
организация
«Интернет форум урологов»



НИИ урологии
им. Н.А.Лопаткина



Гиссенский университет
имени Юстуса Либиха,
Гиссен, Германия

Научные руководители курса



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



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

Представляют совместную образовательную программу «Андрология»

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



UroEdu.ru

Стань настоящим андрологом!

«ЭТТА»: Анализатор мочи клинического уровня в любом доме

Сдача анализа мочи обычно связана с некоторыми неудобствами, затратами денег и времени, необходимостью повторного визита к врачу. Теперь эта проблема будет решаться проще – российская компания Etta выводит на рынок портативный анализатор мочи, который можно использовать как в медицинских учреждениях и для выездных исследований, так и в домашних условиях.

В клинической практике анализ мочи является самым распространенным методом диагностики и контроля урологических и общесоматических заболеваний. Теперь с помощью нового компактного устройства, не выходя из ванной комнаты, можно получить данные 11 измерений показателей здоровья, которые наиболее часто требуются для постановки диагноза.

Персональный мочевой анализатор "ЭТТА АМП-01" предназначен для использования врачами в урологии, гинекологии и нефрологии, а также позволяет сделать услуги врачей-специалистов более доступными для пациентов. Он обеспечивает проведение анализа мочи по 11 параметрам с использованием тест-полосок, что является одним из наиболее удобных и эффективных экспресс-методов выполнения подобных тестов. Устройство позволяет получить качественные или полу-



Анализатор мочи персональный «АМП-01»

представляет собой переносной компактный прибор для in vitro

Экспресс-анализ мочи:

- > В медицинских учреждениях
- > Для проведения выездных исследований
- > В домашних условиях



Портативный анализатор мочи «ЭТТА АМП-01» на тест-полосках это переносной компактный прибор. Используется при проведении экспресс-анализа проб мочи. Построен на современных фотоэлектрических и микропроцессорных технологиях.

> Преимущества:

- Простота эксплуатации
- Быстрота исполнения анализа
- Надежность
- Точность результатов

> Условия применения:

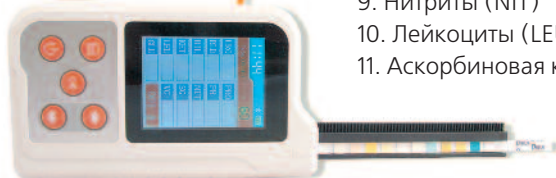
в медицинских учреждениях, для проведения выездных обследований, для частного применения в домашних условиях

Исследование является качественным или полуколичественным. Преимущественной областью использования прибора в медицине является урология, гинекология, нефрология.

11 исследуемых параметров

> ИССЛЕДУЕМЫЕ ПАРАМЕТРЫ

1. Глюкоза (GLU)
2. Билирубин (BIL)
3. Относительная плотность (SG)
4. pH (PH)
5. Кетоновые тела (KET)
6. Скрытая кровь (BLD)
7. Белок (PRO)
8. Уробилиноген (URO)
9. Нитриты (NIT)
10. Лейкоциты (LEU)
11. Аскорбиновая кислота (VC)



MTS RUS LTE 13:36 90 %

Назад РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА

ДАННЫЕ АНАЛИЗАТОРА МОЧИ 013 F

Название	Значение
URO (Уробилиноген)	Norm (<16 Мкмоль/л)
BLD (Кровь в моче)	- (ОТР.)
BIL (Билирубин)	-
KET (Кетоновые тела)	- (0 ммоль/л)
LEU (Лейкоциты)	-
GLU (Глюкоза)	4+ (55 ммоль/л)
PRO (Белок)	-
PH (PH мочи)	5
NIT (Нитриты)	1+ (ПОЛ.)
SG (Относительная плотность)	>=1.030
VC (Кислота аскорбиновая)	-

09 апр. 2015 в 14:46

количественные результаты, которые можно сразу же отправить для консультирования врачу-специалисту. Точность проведения измерений не отличается от параметров стандартных клинических тестов.

Для проведения теста необходимо окунуть тестовую полоску в емкость с мочой, вставить ее в кассету-приемник и нажать на кнопку. Результат анализа будет готов через 1 минуту.

Встроенный в систему алгоритм позволяет получить параметры, характеризующие состояние почек и сердца, возможность возникновения диабета, инфекций мочевыводящих путей и т.п.

Новый прибор работает совместно с мобильным приложением NetHealth, которое можно бесплатно скачать в Apple Store и Google Play. С помощью это приложения пациент может загрузить результаты в свой "Личный кабинет" на сайте NetHealth.ru или отправить врачу для консультирования.

Вес устройства – 180 г, размеры – как у «толстого» смартфона (126 x 73,5 x 30 мм). Аккумулятор обеспечивает проведение 250 тестов без необходимости подзарядки.

Начало продаж планируется на середину – конец сентября 2015 года, а стоимость устройства составит примерно 400 – 500 долларов.

Более подробно о характеристиках устройства можно узнать на сайте компании Etta. ■

MTS RUS LTE 13:36 90 %

МЕДИЦИНСКИЕ АНАЛИЗАТОРЫ

09 апр. 2015 в 14:46

Данные анализатора мочи 013 F

Название	Значение
URO	Norm (<16 Мкмоль/л)
BLD	- (ОТР.)
BIL	-
KET	- (0 ммоль/л)
LEU	-
GLU	4+ (55 ммоль/л)
PRO	-
PH	5
NIT	1+ (ПОЛ.)
SG	>=1.030
VC	-

09 апр. 2015 в 10:41

Данные анализатора мочи 010 A

Название	Значение
URO	Norm (<16 Мкмоль/л)
BLD	- (ОТР.)
BIL	-
KET	1+ (1.5 ммоль/л)
LEU	-
GLU	-
PRO	-
PH	5
NIT	- (ОТР.)
SG	1.025
VC	-

09 апр. 2015 в 10:40

У БАД для повышения потенции отзывали регистрацию

Как стало известно «ФВ», Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) отзывала государственную регистрацию «фальсифицированных биологически активных добавок, содержащих незаявленные при государственной регистрации фармацевтические субстанции».

Согласно соответствующему приказу (имеется в распоряжении у «ФВ»), регистрация была отозвана у двух БАД одного производителя: «Тонгкат Али Платинум Форте» и «Тонгкат Али Платинум» (производитель Polens (M) SDN. BHD., Малайзия). Информация о прекращении действия свидетельств будет внесена в реестр свидетельств о госрегистрации.

Руководитель отдела аптечной дистрибуции ООО «Тэском Фарма» (дистрибьютор «Тонгкат Али Платинум») Евгений Ферштер сообщил «ФВ», что видел приказ Роспотребнадзора, при этом официально он к ним не поступал. Сотрудники «Тэском Фарма» нашли его на сайте ТУ Роспотребнадзора по Московской области. Сейчас в компании пытаются выйти на связь с ведомством.

Как писал «ФВ» ранее, в начале весны 2015 г. СПФО совместно с НП «Объединение производителей биологически активных добавок к пище» и Аптечной гильдией провели мониторинг наиболее популярных БАД, способствующих повышению

потенции. В нескольких аптеках Москвы на ул. Мясницкой («Горздрав», «Аптечная сеть 36,6» и «Столичные аптеки») в присутствии нотариуса закупили восемь наименований продукции: «Сеалекс Форте», «Али Капс», «Тонгкат Али Платинум», «Лаверон», «Органзекс», «Вука-Вука», «Фужуньбао» и «Саймы».

В 25 образцах из 29 были выявлены незадекларированные синтетические компоненты рецептурных ЛС. В частности, тадалафил и силденафил. В некоторых БАД химические компоненты содержались в желатиновых капсулах. Только в образцах одного препарата – «Вука-Вука» – не было обнаружено незадекларированных веществ.

Позже Следственный комитет РФ возбудил в отношении производителей и распространителей биологически активных добавок, содержащих в своем составе компоненты рецептурных лекарств, уголовное дело.

Информации об отзыве лицензий у других препаратов нет. ■

Источник <http://www.pharmvestnik.ru/>

FDA присвоило статус «прорыв в терапии» экспериментальному препарату для лечения метастатического рака мочевого пузыря

Новый экспериментальный препарат для иммунотерапии рака мочевого пузыря под названием MPDL3280A может способствовать нахождению и уничтожению раковых клеток. К такому выводу пришли британские ученые из Лондонского университета. Результаты исследований были опубликованы в журнале Nature.

Группой исследователей под руководством доктора Тома Поулза были проведены клинические исследования данного препарата. MPDL3280A имеет в своем составе антитела, блокирующие PD-L1 – белок, помогающий раковым клеткам уходить от обнаружения иммунной системой. На первом этапе клинических исследований внимание ученых было сосредоточено не столько на эффективности препарата, сколько на его безопасности. В исследовании принимали участие 68 пациентов с поздними стадиями рака мочевого пузыря, который не реагировал на стандартные методы лечения, в том числе и химиотерапию. При этом 30 участников исследования имели PD-L1-положительную форму заболевания.

В ходе эксперимента все исследуемые получали экспериментальную им-

мунотерапию препаратом MPDL3280A. После шести недель лечения повторное обследование показало, что у 43 % PD-L1-положительных пациентов был достигнут значительный регресс раковой опухоли мочевого пузыря, через 12 недель терапии данная цифра выросла до 52 %, а у двух больных (7%) раковая опухоль полностью исчезла. Среди PD-L1-отрицательных пациентов положительный эффект был получен у 11 %. К тому же достаточно обнадеживающими были данные и по безопасности препарата: у большинства пациентов среди побочных эффектов наблюдались только усталость и потеря аппетита.

По словам доктора Поулза, в клинических исследованиях получены поразительные результаты, говорящие о чрезвычайно высокой эффективности нового препарата. Они настолько хороши, что FDA предоставило данному



препарату статус «прорыв в терапии». Этот статус позволяет ускорить дальнейшее изучение и регистрацию препарата. Также доктор Поулз подчеркнул, что если эти результаты подтвердятся в более крупных исследованиях, то препарат может в довольно короткие сроки выйти на фармацевтический рынок и принести надежду тысячам людей, страдающих метастатическим раком мочевого пузыря.

Статистические данные показывают, что в США рак мочевого пузыря

является четвертой по распространенности формой рака среди мужчин: вероятность его развития у среднестатистического мужчины составляет 1:26, у женщины – 1:90. Между тем в Великобритании, где проводилось исследование, данное заболевание стоит на седьмом месте по частоте встречаемости, каждый десятый случай рака мочевого пузыря обнаруживается на стадии обширных метастазов, что значительно затрудняет его лечение и ухудшает прогноз. ■

Обнаружен вирус, вызывающий мужское бесплодие

Самой распространенной причиной бесплодия у мужчин являются инфекции мочеполового тракта, при этом перечень вирусов, вызывающих данное заболевание, продолжает пополняться. Одним из таких вирусов является цитомегаловирус из группы герпес-вирусов. К такому выводу пришли ученые из НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского.

В исследовании российских ученых принимали участие 232 мужчины с разными типами нарушения фертильности, а также мужчины, имеющие хроническое воспаление без нарушения способности к зачатию. Исследователями был проведен анализ наличия вирусов Эпштейна-Барра, цитомегаловируса и вируса герпеса VI типа (ВГЧ-6) в сперматозоидах участников. В результате ученые пришли к выводу, что отсутствует связь между вирусом Эпштейна-Барра, воспалением и бесплодием. Обнаружено, что ВГЧ-6 вызывает воспаление, но не бесплодие.

Цитомегаловирус в большей степени был выявлен у бесплодных мужчин с воспалительными заболеваниями. Этот вирус повреждает эпидермис яичка и предстательную железу, а также стимулирует активность фагоци-

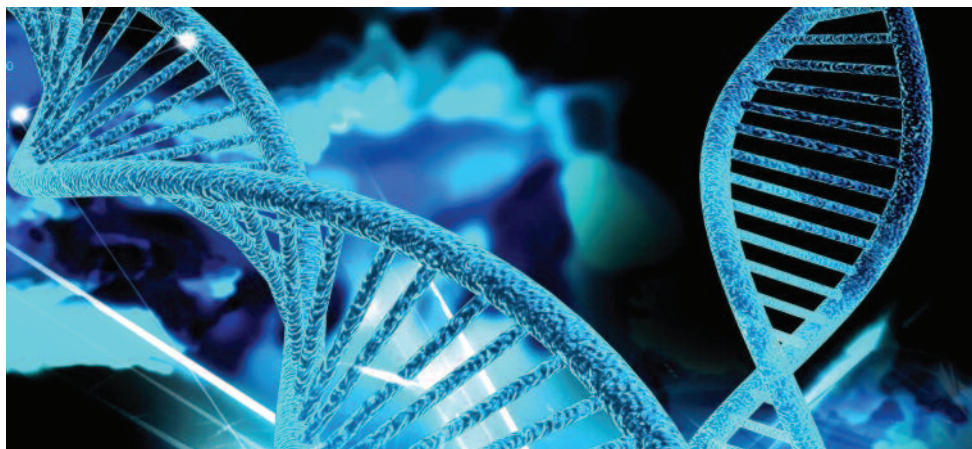
тов, что влияет на количество и качество сперматозоидов. В ходе исследований выяснилось, что именно этот вирус заражает сперматозоиды.

Ученые НИИ вирусологии надеются, что результаты данного исследования помогут усовершенствовать методики обследования и лечения пациентов с бесплодием. ■



Наличие дефектного гена отрицательно сказывается на мужской фертильности

Мутация генов может привести к уменьшению производства спермы и вследствие этого к ранней потере фертильности у мужчин. К такому выводу пришли исследователи из Университета Брауна (США).



В результате исследований на мышах американские ученые выяснили, что мутация гена, производящего белок TAF4b у самцов, приводит к преждевременному истощению их плодовитости. Она вызывает дефицит числа клеток-предшественников в зачаточном состоянии у мышей мужского пола, находящихся в репродуктивном возрасте. Так, пораженные мыши вначале могут быть очень плодовиты, но быстро истощают ограниченные запасы спермы. Специалисты отмечают, что процесс сокращения количества сперматозоидов у

мышей аналогичен подобному снижению фертильности у мужчин.

Белок TAF4b влияет на регуляцию генов, а его отсутствие оказывает глубокое воздействие на репродуктивную систему. В предыдущей работе исследовательская группа доказала, что самки мышей без белка TAF4b оказываются совершенно бесплодными и что их яичники преждевременно стареют. Ранние исследования уже представили доказательства того, что белок TAF4b также оказывает влияние на количество сперматозоидов. ■

Мужское здоровье по-прежнему имеет тенденцию к ухудшению

В последние двадцать лет у мужчин всего мира идет устойчивое снижение уровня тестостерона в сыворотке крови. Об этом заявил основатель Европейской школы урологии, профессор Университета Нидерландов Франс Дебрюен в ходе выступления перед российскими урологами в рамках Международной школы последипломного образования по мужскому здоровью, проходившей в Москве.

Так, впервые в России, в шести регионах было проведено анонимное исследование, в ходе которого было опрошено значительное количество мужчин с целью определения их сексуального поведения. Результаты анализа показали, что 30% респондентов имеют артериальную гипертонию, но лечение получают лишь 15% и только 5% измеряют артериальное давление дома. Ожирением страдают 15% опрошенных, а 20% респондентов жаловались на немотивированную усталость, 30% – на хронический стресс. Ученые также отмечают наличие большого количества вредных привычек – практически у каждого второго мужчины: 50% опрошенных курят, причем 70% из них – до десяти сигарет в день, более 50% злоупотребляют спиртными напитками.

При этом, как показал опрос, более 80% российских мужчин, которые страдают эректильной дисфункцией, не обращаются к андрологам в силу заня-

тости. В результате это приводит к тому, что уже в 57 лет они прекращают половую активность, причем 85% из них не имеют половых контактов не потому, что «пассивна партнерша», а «по собственному нежеланию».

Также в ходе международной учебы Европейской школы урологии специалисты урологических клиник и отделений заполняли анкеты с целью определения видов обследования больных, количества потраченного времени на лечение и видов лекарств. Так, по словам Франса Дебрюена, мужское здоровье – это область, которая станет важнейшей на ближайшие 10-15 лет. Уже сегодня 80% мужчин имеют различные патологии. Через 25 лет проблема еще больше обострится, а к 2040 году в популяции населения мира людей старше 65 лет будет уже 21% – 2 миллиарда человек (это сегодняшние подростки и молодые люди до 30 лет). И половиной из них должны будут заниматься урологи и андрологи. ■



II научно-практическая конференция «Мочекаменная болезнь: современные аспекты амбулаторной практики»

11 декабря 2015

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина
Москва, ул. 3-я Парковая дом 51, корп. 4

Участие бесплатно



Председатель конференции: О.И. Аполихин
доктор медицинских наук, профессор, главный специалист
Минздрава России по репродуктивному здоровью, директор
НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина

Организаторы:

- ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр имени П.А. Герцена» Минздрава РФ
- НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена» Минздрава России
- МООУ «Интернет форум урологов»

Тематики программы:

- Современные методы диагностики МКБ
- Современные возможности диагностики литогенных нарушений
- Новые горизонты в амбулаторной практике лечения МКБ
- Роль метаболического синдрома как фактора риска МКБ
- Роль инфекции в МКБ Роль пищевого рациона в развитии МКБ
- Современные методы оценки риска развития МКБ
- Современные алгоритмы консервативного ведения пациентов с МКБ
- Факторы риска рецидива МКБ: современный подход к оценке
- Современные принципы метафилактики МКБ
- Современные формы дистанционного мониторинга за больными с МКБ
- Конференция посвящена современным взглядам на аспекты консервативного лечения и предупреждения развития мочекаменной болезни.
- Своим опытом поделятся специалисты в области мочекаменной болезни ведущих научных и лечебных учреждений.

Контакты:

Просьянников Михаил Юрьевич

Телефон: **+7(965)113-17-91**

Е-mail: **prosyannikov@gmail.com**

Жидкая биопсия - новый метод диагностики рака простаты

Жидкая биопсия может выявить рак предстательной железы без изучения тканей органа посредством определения внеклеточных опухолевых ДНК в крови пациентов. К такому выводу пришли исследователи из Университета Вандербильта (штат Нашвилл, США).

Разработанный американскими учеными метод жидкой биопсии дает возможность отличить рак без предварительных знаний о генетических особенностях опухолей. Так, результаты экспериментов показали, что данный метод работает в три раза эффективнее ПСА-теста.

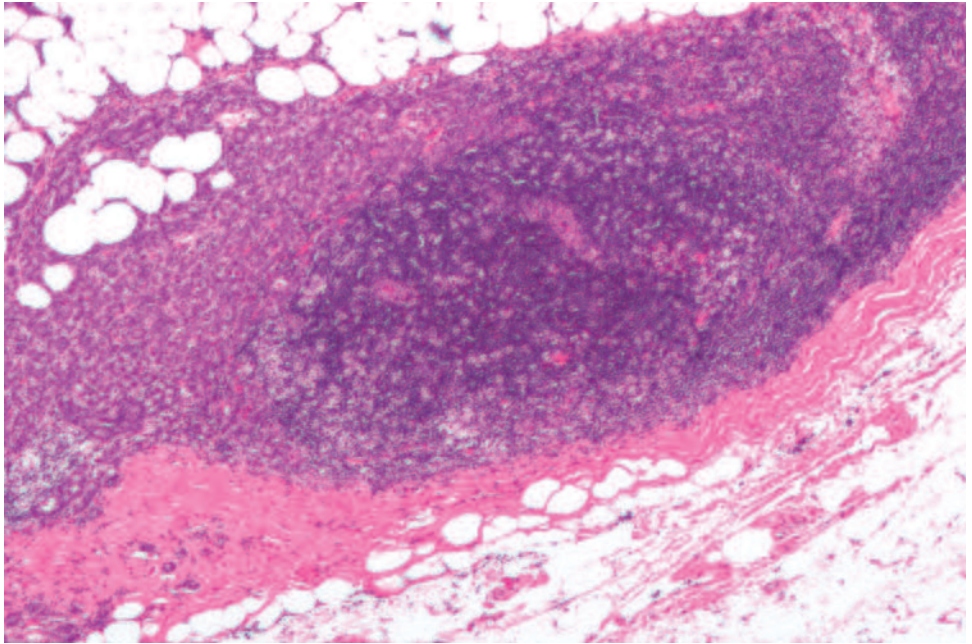
В исследовании принимали участие 200 мужчин с раком предстательной железы и более 200 мужчин, у которых ранее не было обнаружено злокачественных опухолей простаты. Ученые предварительно определили уровни ПСА участников и собрали образцы тканей предстательной железы. Новая методика с 84%-й точностью отличала раковые клетки от нормальных, и с 91%-й точностью определила рак по сравнению с гиперплазией простаты и простатитом.

Данный метод основан на количественном выявлении хромосомной не-

стабильности рака путем изменений, которые происходят в определенный отрезок времени, в связи с чем исключает необходимость взятия образца тканей. Ежегодно умирающие клетки, в том числе клетки опухолей, оставляют ДНК-следы в крови человека. Но только особая технология секвенирования смогла количественно оценить отличие генома раковых от здоровых клеток, определяя миллионы образцов внеклеточных ДНК, представленных в кровотоке.

Исследователям удалось выявить 20 отличительных признаков хромосомной нестабильности, которые заключались в дублировании или отсутствии сегментов ДНК, и они составили всего 0,5% от всего генома, который представлен хромосомами.

Исследователи из Университета Вандербильта под руководством профессора Вильяма Митчелла смогли добиться



результата за счет анализа всего генома, что и позволило усовершенствовать мониторинг, так как раковые клетки постоянно отдают части ДНК кровотоку. Традиционное использование ограниченных образцов мутаций сужает поиск и позволяет раковым клеткам оставаться незамеченными.

При анализе генома целиком ученым удалось обнаружить те некодируемые области, которые становятся источниками хромосомных признаков для диагностики рака предстательной железы. Остальные 19 признаков касались генов, участвующих в процессе контроля репликации клеток и имеющих непосред-

ственное отношение к раку.

Внеклеточные ДНК недолго остаются в крови, в связи с чем разработанная американскими специалистами методика секвенирования поможет определить следы остатка крупных опухолей сразу же после окончания курса химиотерапии. Ученые отмечают, что основное преимущество жидкой биопсии – количественное измерение реакции рака на лечение, что позволит повысить эффективность терапии, и надеются, что данное открытие улучшит диагностику рака и позволит легко отслеживать результаты назначенного лечения. ■

Ботокс эффективен при лечении гиперактивного мочевого пузыря

Лечение гиперактивного мочевого пузыря ботоксом также эффективно, как прием необходимых лекарств. К такому выводу пришли исследователи из Университета Лойолы (Чикаго, США). Результаты исследований были опубликованы в The New England Journal of Medicine.

Как показывает статистика, около 15,7 % женщин страдают от недержания мочи, причем у женщин по сравнению с мужчинами в два раза выше вероятность развития цистита. Помимо этого, женщины, которые страдают от недостатка контроля над мочевым пузырем, имеют более высокий риск развития депрессии.

По словам ведущего автора исследования Линды Брабейкер, до данного исследования ученые резервировали ботокс для женщин, которые не реагировали на традиционные лекарственные препараты. Это исследование дает возможность использовать его в качестве терапии выбора.

Ученые анализировали состояние женщин, страдающих недержанием мочи, некоторые из них получали пероральные препараты в течение полугода. Остальным была сделана инъекция ботокса и предложено плацебо – таблетки, которые необходимо было принимать через день.

На начало исследования у участников в среднем наблюдалось до пяти слу-

чаев недержания мочи ежедневно, а в течение последующих шести месяцев были снижены до 3,4 у принимавших пероральные препараты и до 3,3 – в группе ботокса. Полное прекращение приступов наблюдалось у 13 % женщин, принимавших антихолинергические препараты, и у 27 % получивших ботулотоксин. При этом отмечалось улучшение качества жизни у женщин в обеих группах.

Среди побочных эффектов 46 % пациентов в группе с антихолинергическими лекарствами сообщили о сухости во рту, эта цифра среди получивших токсин составила 31 %. Однако, с другой стороны, инфекции мочевыводящих путей были зафиксированы среди 28 % женщин в группе ботокса по сравнению с 15 % в группе антихолинергических препаратов.

Исследователи выражают надежду, что данные результаты помогут врачам перестроить подход к вариантам лечения недержания мочи и рекомендовать терапию, учитывая индивидуальные потребности пациента. ■



Уважаемые коллеги!

Мы рады представить вашему вниманию курс дистанционного обучения по детской урологии. Заболевания мочеполовой сферы - одни из наиболее часто встречаемых в детском возрасте и знания о них необходимы не только детским урологам, но и детским хирургам, педиатрам, «взрослым» урологам. Здоровье детей – это здоровье будущего поколения!

В этот курс включены лекции практически по всем разделам детской урологии. Он будет полезен врачам как первично оказывающим медицинскую помощь детям с заболеваниями мочеполовой системы, так и специалистам в данной области.

Курс разработан и реализуется благодаря совместным усилиями членов Межрегиональной общественной организации детских урологов-андрологов, членов правления Европейского общества детских урологов (ESPU), НИИ урологии и интервенционной радиологии им.Н.А.Лопаткина - филиал ФГБУ "НМИРЦ" Минздрава России и Межрегиональной общественной организации «Интернет форум урологов».

Для участия в курсе необходима регистрация на **UroEdu.ru**. По окончании каждой лекции курсант должен ответить на тестовые вопросы и получить доступ к следующей лекции.

Курс состоит из 11 учебных модулей, каждый из которых в своем составе имеет несколько лекций.

Курс будет проводится на интернет ресурсе **UroEdu.ru**

Найден способ преодоления резистентности к химиопрепаратам при агрессивных формах рака предстательной железы

Учеными разработана новая перспективная методика для контроля агрессивных и резистентных к лечению форм рака предстательной железы. Им удалось выявить два гена, которые одновременно сверхэкспрессируют при агрессивных формах рака предстательной железы, устойчивых к андроген-таргетным препаратам вроде энзалутамида и абиратерона ацетата. Результаты исследования были опубликованы в журнале Oncotarget.

Исследовательская группа под руководством доцента Ли Эл-лиса в ранних исследованиях выявила, что гены *Top2a* и *Ezh2* участвуют в формировании агрессивных форм рака предстательной железы. Результаты последнего исследования показали, что эти два гена гиперэкспрессируют одновременно, кроме того, они играют важную роль в регуляции генов внутри клеток.

По словам профессора Ли Эл-лиса, в двух независимых доклинических исследованиях, связанных с устойчивыми к андроген-таргетным препаратам формами рака простаты, данная методика продемонстрировала высокую степень терапевтической эффективности. Она основана на подавлении генов *Top2a* и *Ezh2*. Это исследование углубило знания



об этиологии агрессивных форм рака предстательной железы, которые должны привести к разработке новых биомаркеров и терапевтических мишеней.

Также исследователи выражают надежду, что результаты данных доклинических исследований заложат основу для клинических испытаний у больных раком простаты, устойчивых к энзалутамиду и абиратерону ацетату. ■

Выявлена причина «неэффективности» препарата «Элигард» при лечении рака предстательной железы

Производитель лекарства, которое применяется в России при лечении рака предстательной железы, сообщил о случаях медицинских ошибок при его использовании – медики неправильно готовили раствор препарата для подкожного введения.

В данном случае это касается препарата «Элигард», производимого голландской фармацевтической фирмой «Астеллас Фарма Юроп Б.В.». Данный препарат используется для лечения гормонозависимого распространенного рака простаты.

По словам представителей фирмы «Астеллас Фарма Юроп Б.В.», данное лекарство не давало результатов при лечении из-за медицинских ошибок. Проанализировав данные, специалисты выяснили, что причина клинической неэффективности – в неправильном приготовлении раствора для подкожного введения.

В связи с этим голландские фармацевты напоминают медикам о том, что надо четко следовать инструкциям к применению средства. В частности, готовить раствор можно только после того, как упаковка лекарственного препарата

согреется до комнатной температуры. В ближайшем будущем с целью упрощения процесса приготовления раствора и введения препарата производители собираются модифицировать шприц и изменить режим хранения препарата так, чтобы его можно было хранить при комнатной температуре. Но пока в случае подозрений на ошибку при введении препарата, необходимо тщательно контролировать уровень тестостерона или ПСА. ■



Белок GPR158 - вероятная мишень для новых препаратов от рака предстательной железы

Недавно открытый белок из семейства белков клеточной поверхности под названием G-белки в паре с рецептором (GPCRs) способствует росту клеток рака предстательной железы. К такому выводу пришли американские исследователи из Университета Южной Калифорнии.



Согласно статистике, рак простаты – второй по распространенности вид рака среди американских мужчин. По прогнозам, в 2015 году в США будет отмечено свыше 27 тысяч смертельных случаев по этой причине. В течение жизни этот диагноз будет поставлен каждому седьмому мужчине.

По словам руководителя группы исследователей, доктора Нитина Патела, когда опухоль рака предстательной железы находится на ранней стадии, ее рост зависит от гормонов-андрогенов. В итоге она прогрессирует в кастрационно-рези-

стентный рак простаты, который также резистентен к препаратам, блокирующим андрогеновые рецепторы.

Ученым из Университета Южной Калифорнии удалось обнаружить, что белок GPR158 стимулируется андрогенами, которые, в свою очередь, повышают экспрессию андрогеновых рецепторов, приводя в итоге к росту опухоли. Также исследователи обнаружили, что белок GPR158 связан с нейроэндокринным трансдифференцированием клеток эпителия опухоли предстательной железы, которое играет критически важную роль в развитии резистентности к современным андрогеновым рецептор-таргетным методам лечения. Как показали результаты исследования, пациенты с раком простаты с повышенной экспрессией белка GPR158 подверглись рецидиву рака простаты.

Ученые считают, что белок GPR158 – это возможная мишень для разработки таргетных препаратов для лечения рака предстательной железы. ■

Семейный анамнез рака предстательной железы у мужчин повышает риск развития рака молочной железы у женщин

Рак предстательной железы у мужчин в семейном анамнезе может быть связан с повышенным риском развития рака молочной железы у их близких родственников. К такому выводу пришли исследователи из Университета Уэйна (Детройт, США). Результаты исследований были опубликованы в журнале Сапсер.

Исследователями были изучены медицинские данные более 78 тысяч женщин, у которых к началу исследования, продолжавшегося от 11 до 16 лет, не было рака молочной железы. Тем не менее к концу исследований данное заболевание было выявлено у более чем 3,5 тысяч участниц.

Семейная история рака предстательной железы (у отцов, родных братьев или сыновей) увеличивала риск развития рака молочной железы у женщин после 50 лет на 14% (скорректированное отношение рисков (COP) 1,14; 95% доверительный интервал (ДИ), 1,02-1,26). При анализе данных о состоянии здоровья ближайших родственников и родственниц участниц исследования было выявлено, что наличие среди них мужчин, страдавших раком простаты, и женщин, страдавших раком молочной железы, было связано с увеличением риска развития рака молочной железы у участниц ис-

следования на 78 % (COP 1,78; 95% ДИ, 1,45-2,19). Риск развития рака молочной железы при наличии в семейном анамнезе обоих видов рака был выше у афроамериканок (COP 2,34; 95% ДИ, 1,09-5,02), чем у белых женщин (COP 1,66; 95% ДИ, 1,33-2,08).

По словам ведущего автора исследования Дженнифер Биби-Диммер (Jennifer Beebe-Dimmer), необходимо тщательное изучение семейного анамнеза всех случаев рака среди близких родственников, чтобы оценить риск развития злокачественных новообразований. ■





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

Редакция дайджеста:

- »» Главный редактор Аполихин Олег Иванович, д.м.н., профессор
- »» Зам. гл. редактора Сивков Андрей Владимирович, к.м.н.
- »» Руководитель проекта Шадеркина Виктория Анатольевна
- »» Шеф-редактор Шадеркин Игорь Аркадьевич
- »» Специальные корреспонденты:
 - Паевский Алексей Сергеевич
 - 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

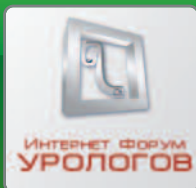
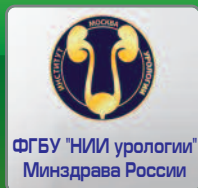
ПИ № ФС77-54663 от 09.07.2013

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.



Издательский дом «УроМедиа»