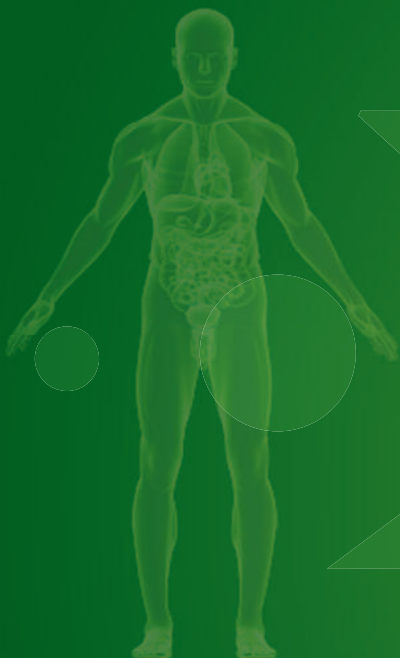




Актуальные темы:

1. Никто не живет вечно или есть ли смысл в профилактической простатэктомии?
2. Будущее в лечении эректильной дисфункции
3. Что ВАК грядущий нам готовит?
4. Национальный проект «Здоровье»: его успехи в области материнства и детства



ФГБУ "НИИ урологии"
Минздрава России



Урологическое
телевидение



ОБРАЗОВАНИЕ
в Урологии
UroEdu.ru



ИНТЕРНЕТ ФОРУМ
УРОЛОГОВ



UroWeb



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





·»» Тема номера: Никто не живет вечно? или есть ли смысл в профилактической простатэктомии?	2
·»» Будущее в лечении эректильной дисфункции. Часть 1	6
·»» Что ВАК грядущий нам готовит?	12
·»» Национальный проект «Здоровье»: его успехи в области материнства и детства	18
·»» ЭКО в России сегодня	20
Робот Da Vinci прооперировал троих детей	21
·»» Получен новый инновационный антигенный препарат.	22
·»» Нановолокна в онкологии	23
·»» Минздрав обещает освободить врачей от бумажной работы.	24
·»» Об уретероскопах и Феррари	26
·»» Особенности объемообразующих веществ (Вантрис, Дефлюкс), ботулинический токсин у детей: мнение европейского уролога	32
·»» Острая нехватка врачей в России.	38
·»» Больше врачей – хороших и разных	40
·»» Литолиз крупного камня почки препаратом Уралит.	43
·»» Роль низкодозной компьютерной томографии в диагностике мочекаменной болезни	48
·»» Медицинский понедельник 2013 год Какой интерес представляет Нобелевская премия 2013 года в медицине для урологов?	52
·»» 20 лет на страже урологического здоровья Отчет о конференции, посвященной 20-летию Республиканского урологического центра ...	55
·»» Новый урологический «закон мочеиспускания»	62

Никто не живет вечно

или есть ли смысл в профилактической простатэктомии?



Д. А. Бетрединова
М.н.с. инновационного отдела
ФГБУ «НИИ урологии»
Минздрава России



В.А. Шадеркина
руководитель
проекта «Дайджест урологии»

*Истина – это то, что
выдерживает проверку опытом.
(Эйнштейн)*

В конце апреля 2013 года в прессе появились публикации о том, что известная американская актриса Анджелина Джоли выполнила себе профилактическую двустороннюю радикальную мастэктомию с целью профилактики рака молочной железы. С тех пор в медицинской и обывательской среде не утихают споры о целесообразности таких операций. Мы постарались рассмотреть проблему превентивных органосохраняющих операций в урологии.

Причиной такого решения кинодивы стала выявленная мутация гена BRCA, а именно BRCA1 и BRCA2, которые являются главными факторами риска развития наследственного рака молочной железы и рака яичников. Если мутация этих генов выявляется в молодом возрасте, то риск рака резко возрастает в сравнении с общепопуляционным. Профилактическая мастэктомия значительно снижает риск развития РМЖ, но не избавляет от него полностью. Также считается оправданным рекомендовать профилактическую овариоэктомию всем женщинам носителям BRCA, кто завершил детородную функцию, с

последующей заместительной гормонотерапией до достижения 50 лет.

Первый опыт превентивной РПЭ

Естественно, урологи задались вопросом, а имеет ли смысл проводить профилактическую простатэктомию у пациентов с мутацией гена BRCA, ведь риск рака предстательной железы в таком случае тоже будет повышен. А уже через 6 дней в газете Sunday Times первая полоса была занята обсуждением новости о превентивной простатэктомии!

Профессор Е.Н. Имянитов, д.м.н., профессор, Отдел биологии опухолевого роста НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова (Санкт-Петербург).

"К сожалению, даже применение всех доступных способов ранней диагностики РМЖ у женщин с генетической предрасположенностью не гарантирует ни своевременного выявления рака, ни благополучного исхода заболевания. Именно поэтому в качестве одного из самых эффективных методов предупреждения РМЖ у BRCA-носительниц позиционируется профилактическая подкожная мастэктомия с последующим эндопротезированием молочных желез."

«Превентивный эффект мастэктомии исключительно высок; тем не менее, в литературе отмечены случаи возникновения РМЖ из остаточных клеток молочной железы даже у тех женщин, которые подверглись профилактической операции».

Эта простатэктомия была впервые выполнена 53-летнему жителю Лондона, который обнаружил, что является носителем мутации гена BRCA2. В его семье было несколько случаев рака молочной железы и рака предстательной железы, как сухо пишется в истории болезни: «семейный анамнез отягощен». Сам пациент женат, имеет детей.

Этот человек участвовал в клиническом исследовании, проведенном Институтом исследований рака (ICR). Кроме него в этом генетическом исследовании участвовали 20000 мужчин. Первые результаты показали, что человек с мутацией гена BRCA2 имеет 8,6-кратное увеличение риска развития рака простаты, а с мутацией BRCA1 – 3,4-кратное увеличение риска РПЖ. Весной этого года исследователи из Инсти-

тута исследований рака сообщили, что рак простаты у мужчин с мутацией гена BRCA2 является более агрессивным и более вероятно будет фатальным (J Clin Oncol. 2013;31:1748-1757).

После того как он узнал, что является носителем опасной мутации, он попросил удалить предстательную железу до появления заболевания. Изначально ученые были настроены против этой операции, так как уровень ПСА был в норме, на МРТ не было выявлено никаких патологических признаков. Однако они согласились сделать пациенту биопсию, на которой были выявлены микроскопические злокачественные изменения в ткани предстательной железы, тогда урологи согласились с пациентом на проведение радикальной простатэктомии. Обычно при нахождении такого низкого

Наиболее известным специалистом в данной области в мире является Steven Narod, который в начале 90-х годов XX века открыл, изучил и описал данную мутацию.

Самый полный анализ делают в США в лаборатории Myriad Genetics, которая имеет патент на BRCA1-2 и на диагностические системы по этому гену. Стоит этот анализ в США около \$3000. В США есть и другие лаборатории, которые исследуют BRCA, но они обнаруживают, ограниченное количество мутаций, т.к. полный анализ защищен патентом. В России сдать полный анализ весьма сложно. В настоящее время в России (Санкт-Петербурге, Москве и Томске) проводятся научные исследования, позволившие идентифицировать некоторые мутации в генах BRCA1 и BRCA2, специфичные для нашей страны.

уровня раковых клеток в современной урологии рекомендуют динамическое наблюдение.

Эту операцию выполнил Роджер Кирби, директор Центра рака простаты в Лондоне (Великобритания), за плечами которого более 2000 простатэктомий. По иронии судьбы, у него самого недавно был обнаружен РПЖ и выполнена радикальная простатэктомия.

Дамоклов меч

Разумеется, такая ситуация вызвала серьезную дискуссию в научных кругах, некоторые называли это решение эмоциональным, другие же говорили о достаточных данных биопсии, показавшей наличие злокачественных клеток. Одни врачи повторяли за доктором Кирби о психологическом Дамокловом мече, висящем над пациентом после новости о мутации, потенциально приводящей к смертельному заболеванию, другие задавались вполне логичным вопросом, а

кто за это будет платить? Еще одна группа энтузиастов восхищалась возможностями генетического тестирования, которое в будущем, возможно, полностью перекроит существующие скрининговые программы, другие же спрашивали, а где будет порог, граница, как определить, что 86-87% риск заболевания, как у Джоли – является достаточным для операции, а какой процент – еще лучше понаблюдать и подумать.

На пороге славы

Разумеется, результаты исследования из Института исследований рака достаточно ясно говорят, что рак предстательной железы у носителей мутации гена BRCA2 является гораздо более агрессивным, и, следовательно, этим пациентам следует предлагать лечение сразу же, даже на ранних стадиях. Пока исследований, подтверждающих, что раннее лечение этой группы приведет к лучшему результату, нет, но уже есть

планы их проведения. Эта команда ученых также проанализировала данные 61 носителя мутации гена BRCA2, 18 носителей мутации гена BRCA1, а также 1940 медицинских историй контрольных пациентов, которые не являются носителями этих мутаций. Оказалось, что у носителей мутаций гораздо чаще выявлялся рак предстательной железы в поздней стадии (37% у носителей и 28% у контрольной группы). Кроме того, распространенный рак выявлялся чаще у носителей (18%), чем в контрольной группе (9%). У тех же пациентов, у кого при диагностике рак был локализован, метастазы в течение 5 лет появлялись чаще опять же у носителей – 23%, в то время как в контрольной группе уровень всего 7%. Выживаемость у носителей мутации гена BRCA2 гораздо меньше, чем у тех, кого эта мутация не коснулась – 6,5 лет у первых и 12,9 лет у вторых, эта разница оказалась статистически значимой, о клинической значимости такой разницы и говорить не приходится. Выживаемость носителей мутации гена BRCA1 также меньше, чем у остальных пациентов, – 10,5 лет, однако разница не является статистически значимой.

Вопросы здравомыслящего уролога

Разумеется, у читающего эту статью здравомыслящего уролога, могут воз-

никнуть вопросы:

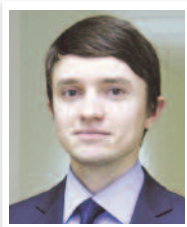
- Как обосновывают зарубежные урологи превентивную РПЭ? Ведь есть стандарты, страховые компании, этические комитеты?
- Что делать в случае возникновения осложнений после такой РПЭ? Кто платит за последующее лечение?
- Удалять ли лимфоузлы?
- А если у пациента в отдаленном периоде все же возникнет рак предстательной железы?

Конечно, пока нет достаточных клинических исследований с отдаленными результатами, ответить на них сложно или невозможно.

Взгляд в будущее

Таким образом, генетический тест может стать в будущем одним из важных элементов прогнозирования РПЖ. Естественно, после обнаружения этих результатов генетический тест имеет смысл предлагать тем людям, в семьях которых были случаи рака молочной железы или рака простаты. Вполне возможно, что в ближайшем будущем генетическое исследование будет предлагаться всем пациентам, у которых впервые выявлен РПЖ, чтобы определить агрессивность онкологического заболевания и выбрать адекватную тактику лечения. ■

Будущее в лечении эректильной дисфункции



С.С. Красняк
Уролог-андролог
ФГБУ «НИИ урологии»
Минздрава России

Эрекция – это нейрососудистый феномен, осуществляемый при наличии определенных гормонов, ключевым этапом которого является расширение артерий, питающих кавернозные тела полового члена. Как мы знаем из курса физиологии, расширение артерий происходит за счет расслабления гладкомышечных клеток.

В настоящей статье мы не будем перечислять уже известные всем методы лечения ЭД – применение ингибиторов ФДЭ-5 типа, фитопрепараты, оперативные методики – фаллопротезирование и т.д. Мы рассмотрим инновационные методы лечения ЭД, даже несмотря на то, что некоторые из них пока воспринимаются как фантастика.

Часть 1

Физиологический механизм расслабления гладких мышц основан на действии оксида азота (NO), образуемого эндотелием, или активации рецепторов, сопряженных с Gs-белками (b2-адренорецепторов, рецепторов аденозина, простаглицина и др.). Эти воздействия ускоряют синтез циклических нуклеотидов цГМФ и цАМФ, в результате происходит активация циклонуклеотид-зависимых протеинкиназы А (под действием цАМФ) и протеинкиназы G (под действием цГМФ).

Действие этих киназ приводит к рас-

слаблению гладкой мышцы несколькими способами. Активация калиевых и инактивация кальциевых каналов приводит к снижению $[Ca^{2+}]$. Снижение фосфорилирования миозина достигается за счет повышения активности фосфатазы регуляторов легких цепей миозина, или же разобщения взаимодействия миозина с актином. Активация рецепторов, сопряженных с Gi-белками (a2-адренорецепторов или Y1-рецепторов нейропептида Y), вызывает ингибирование аденилатциклазы, тормозит расслабление и пролонгирует действие просократительных агонистов.

На стыке кардиологии, пульмонологии и урологии

Ингибиторы Rho-киназы (фазудил)

Помимо уже существующих, в настоящее время исследуются новые терапевтические мишени для лечения эректильной дисфункции. Одной из таких мишеней является Rho-киназа, активация которой приводит к сокращению гладкой мускулатуры. Исследования на животных показали, что ингибирование Rho-киназы индуцирует эрекцию.

Исторически сложилось, что препараты для лечения эректильной дисфункции приходят к нам из других специальностей. Поиск новых ангиогенных препаратов привел к созданию фазудила (fasudil) – селективного ингибитора Rho киназы, сигнальной молекулы, участвующей в реализации механизма сокращения гладкомышечных клеток в ответ на такие стимуляторы как ацетилхолин, ангиотензин II, эндотелин, норадреналин, серотинин.

Фармакологический спектр действия Фазудила включает в себя эффекты различных лекарственных средств, используемых с целью улучшения артериального притока:

- статинов (повышение продукции NO),
- ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (повышение продукции NO, снижение активности ангиотензина II),

- антагонистов кальция (расслабление гладкомышечных клеток),
- b-блокаторов (снижение симпатического воздействия),
- блокаторов эндотелиновых и 5HT_{2A} рецепторов.

Зарубежные ученые представили данные о высокой эффективности ингибиторов Rho-киназ у пациентов, невосприимчивых к терапии NO. Но практически все существующие клинические исследования касаются пациентов с легочной артериальной гипертензией. Однако, хочется напомнить, что всем известный силденафил тоже пришел в урологию из пульмонологии.

Новые ингибиторы ФДЭ5 – новые надежды

Прошло 15 лет с момента открытия первого ингибитора фосфодиэстеразы 5 типа – препарата, зарегистрированного в качестве препарата для лечения эректильной дисфункции. Эти препараты стали терапией «первой линии», поскольку доказали свою эффективность и безопасность. С тех пор мировая фармацевтическая промышленность не смогла предложить нам что-то принципиально иное. Однако прогресс не стоит на месте, и в последнее время в печати появляется все больше публикаций, посвященных различным многообещающим лекарственным средствам и иным нефармакологическим методам лечения эректильной дисфункции. ■

В настоящее время фармацевтические компании продолжают исследовать молекулы из группы ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа (иФДЭ5). Наряду с всем известными силденафилом, тадалафилом, варденафилом и уденафилом появляются и другие препараты: **аванафил** (появился в 2010 году), **лоденафил**, **мироденафил**. Принципиальной разницы между препаратами нет. Есть различия в фармакокинетике – так, аванафил проявляет активность уже через 15 минут после перорального приема. Лоденафил по своей химической структуре является димером, причем фармакологическую активность проявляют и сам димер, и продукт его распада. По некоторым данным эта активность выше, чем у силденафила, однако эти данные требуют дополнительного подтверждения.

Стволовые клетки – первые исследования на людях

Но, к сожалению, существующие методы лечения эректильной дисфункции не излечивают пациента, и относительно затратны. Несмотря на то, что ингибиторы ФДЭ5 обладают явными

преимуществами, у части пациентов повреждение тканей настолько серьезное, что пероральная или местная фармакотерапия оказывается минимально эффективной или неэффективной вовсе. Поэтому, исследователи сейчас изучают стволовые клетки в качестве заменителей сегодняшней терапевтической стратегии. По сравнению с другими областями медицины, применение стволовых клеток для лечения эректильной дисфункции – это относительно новое направление.

Исторически сложилось разделение стволовых клеток на эмбриональные (ЭСК) и региональные стволовые клетки (РСК), встречающиеся во взрослом организме. Ранее считалось, что только ЭСК сохраняют способность к дифференцировке в любую клетку человеческого организма, в то время как РСК могут дифференцироваться только в клетки соответствующего зародышевого листка. Совсем недавно многочисленные исследования продемонстрировали, что региональные СК способны дифференцироваться в клетки тех тканей, которые находятся за пределами региона их происхождения.

Некоторые исследования показали, что эффективность аванафила сопоставима с силденафилом и варденафилом. А его уникальный профиль селективности позволяет добиться эрекции уже на 15 минуте после его перорального приема. Кроме того, у аванафила наблюдается низкий уровень гемодинамических эффектов, что позволяет его использовать у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями на фоне приема нитратов.



В исследованиях, посвященных лечению стволовыми клетками эректильной дисфункции, применяется множество типов клеток: стволовые клетки костного мозга, стволовые клетки из жировой или мышечной ткани. Данные типы клеток исследовались для выявления регенерации нервной, гладкомышечной ткани, а также сосудов и эндотелия. Стволовые клетки обладают потенциалом к долгосрочной пролиферации, самообновлению и дифференцировке. Также они выделяют факторы роста нейронов, что может использоваться для устранения повреждений, вызванных сахарным диабетом или тазовой хирургией. Мета-анализ исследований на животных показал высокий терапевтический потенциал костномозговых, жировых и мышечных нервных клеток.

Кроме того, несколько подтипов региональных стволовых клеток, локализованных в половом члене, а также циркулирующие эндотелиальные стволовые клетки могут использоваться для прогнозирования ЭД и сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний.

До недавнего времени все исследования с применением стволовых клеток в андрологии были выполнены на экспериментальных животных и показали убедительные доказательства эффективности некоторых популяций стволовых клеток в лечении ЭД.

Вместе с тем в 2010 году в Корее было проведено первое клиническое испытание – в котором утренняя эрекция

была восстановлена в течение одного месяца у трех пациентов и в течение 3 месяцев у шести пациентов. Тем не менее, несмотря на наличие увеличенной ригидности полового члена, ни одному пациенту не удалось достичь пентрации без приема ингибиторов ФДЭ-5 перед половым актом.

В 2011 году другое клиническое исследование было проведено во Франции с интракавернозным введением стволовых клеток костного мозга пациентам с ЭД после радикальной простатэктомии. Пересаженные стволовые клетки были аутологичны интракавернозным клетками-моноклеонам и содержали, преимущественно, эндотелиальные прогениторные клетки, мезенхимальные стволовые клетки и гемопоэтические стволовые клетки. К сожалению, результаты этого исследования до сих пор не опубликованы.

Значительная часть доклинических исследований изучает влияние стволовых клеток на эректильную дисфункцию, связанную с повреждением кавернозных нервов, которое мы наблюдаем почти исключительно после операций по поводу рака предстательной железы. Применение стволовых клеток при таком заболевании создает риск взаимодействия между стволовыми клетками и линией опухолевых клеток предстательной железы с трудно предсказуемыми последствиями этого взаимодействия в живом организме.

Поэтому, несмотря на многообещающие результаты исследования на ■

животных, применение стволовых клеток в клинической практике требует дальнейшего изучения того, как различные типы стволовых клеток и их секреторные продукты взаимодействуют с опухолевыми клетками.

Экстракорпоральная ударно-волновая терапия

Ударно-волновая терапия в урологии чаще всего применяется для разрушения конкрементов. Однако, в последнее время низкоэнергетическая ударно-волновая терапия (УВТ) применяется в качестве терапевтически и экономически эффективного метода лечения других заболеваний.

На основании более ранних исследований было установлено, что низкоэнергетическая УВТ приводит к повышению экспрессии факторов роста, ответственных за неоангиогенез, таких как эндотелиальная NO-синтаза, сосудистый эндотелиальный фактор роста (VEGF), ядерный антиген клеточной пролиферации (PCNA), что вызывает образование новых сосудов и увеличивает пролиферацию клеток, а это, в свою очередь, улучшает кровоснабжение и приводит к восстановлению патологических изменений в кавернозной ткани.

Так как одной из основных причин ЭД является сниженный артериальный приток. Применение НЭ-УВТ вполне логично и оправданно, поскольку это вызовет усиление артериального притока к кавернозным телам. В настоящее время

проведено уже несколько исследований эффективности данного метода у пациентов с ЭД. В частности, в одном из них было показано, что из 30 человек, участвовавших в исследовании, оценка по шкале IIEF-EF у 14 человек увеличилась более, чем 5 пунктов, а у 7 более, чем на 10 пунктов. Кроме того, улучшилась эндотелиальная функция по данным окклюзионной плетизмографии. Но, что более важно, у 10 человек данные положительные изменения сохранились спустя 6 месяцев после окончания исследования.

Также было проведено исследование эффективности НЭ-УВТ у пациентов, не отвечающих на терапию ФДЭ-5, то есть, тех, кому показано фаллопротезирование. Результаты исследования оказались более, чем многообещающие. После 3-месячного курса УВТ у 76% пациентов оценка по IIEF увеличилась более чем на 5 баллов. У 28% пациентов эрекция полностью восстановилась, а оставшиеся 72% пациента стали отвечать на терапию ФДЭ-5. Позднее результаты этого исследования были подтверждены в более крупном двойном-слепом, плацебо-контролируемом исследовании.

Несмотря на это, необходимо продолжение исследований, направленных на определение наилучшего протокола применения УВТ, правильного подбора пациентов и выяснения истинного механизма воздействия ударных волн на кавернозную ткань. ■

Продолжение в следующем номере.



URO+

ПОИСК

Первое мобильное приложение для урологов

*Всегда в курсе всех
урологических новостей!*



- УДОБСТВО
- БЫСТРОТА
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ



на платформе:
Mac OS, Android



Что ВАК грядущий нам готовит?



А.С. Паевский
Специальный корреспондент
«Дайджеста урологии»



В.А. Шадеркина
руководитель проекта
«Дайджест урологии»

В сентябре 2008 года издание, в редакционном совете которого автор имеет честь состоять, сделало шумную двухходовую акцию. Сначала при помощи американской компьютерной программы авторы сгенерировали наукоподобный, но абсолютно бессмысленный текст, затем при помощи компьютерного же переводчика перевели этот бред на русский, подправили слишком видные языковые огрехи, расставили ссылки на вымышленные статьи и отправили в ВАКовский журнал, оплатив публикацию.

Как ни странно, на статью «Корчеватель: Алгоритм типичной унификации точек доступа и избыточности» пришла ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ рецензия, говорившая о ВЫСОКОЙ НАУЧНОЙ ЦЕННОСТИ статьи.

Дальнейшее известно всем – вышел номер журнала со статьей, широкий резонанс в СМИ, исключение журнала из списка ВАК, а главное – началась публичная дискуссия о том, как же должен работать ВАК, какие требования нужно предъявлять к защищаемой диссертации и т.п.

Еще сильнее дискуссия разгорелась после того, как выяснилось, что некоторые диссертационные советы дают возможность защиты фальшивых, списанных диссертаций. Научные работы, в которых существует плагиат, обнаружались и у многих поли-

тиков. В 2013 году своих степеней лишились несколько докторов и кандидатов наук, а диссертационный совет МПГУ был расформирован. В добавок ко всему, у ВАК появился новый глава – Владимир Филиппов. Разумеется, теперь все ждут перемен.

Как сообщили авторам в Диссертационном совете Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины, сейчас ВАК активно мониторирует диссертационные советы, а это – признак того, что в ближайшее время грянут серьезные изменения как в правилах защиты диссертаций, так и в самих диссертационных советах.

В нескольких опрошенных автором Диссертационных советах медицинских научных учреждений нам сообщили – если вы собираетесь защищаться прямо сейчас, то можно успеть сделать это по правилам, действующим с начала 2012 года, если же защита планируется несколько позже – все изменится.

На сайте ВАК уже можно прочитать проект нового Положения о порядке присуждения ученых степеней. Пока это документ с открытой датой – но уже указан год принятия – 2013-й.

В проекте положения много интересных пунктов. К примеру, проект говорит о том, что и будущие кандидаты, и будущие доктора наук по-прежнему должны публиковать результаты работ по теме диссертаций в рецензируемых изданиях, соответствующих требованиям ВАК. Докторам наук для защиты требуется 10 публикаций, кандидатам – 2 (для представителей общественных и гуманитарных наук – 15 и 3 соответственно).



Правда, пока неясно, что будет с самим «списком ВАК». Пока в Высшей аттестационной комиссии идет выработка критериев, по которым то или иное издание будет включено (или не включено) в список рекомендованной литературы, где могут быть опубликованы результаты диссертации.

«Сейчас создана рабочая группа (отвечая на ваш вопрос) во главе с бывшим председателем ВАКа, академиком и деканом биологического факультета МГУ Михаилом Петровичем Кирпичниковым. В эту рабочую группу включено, по крайней мере, по одному представителю из всех этих восьми рабочих групп, и они разрабатывают сейчас новую концепцию — то, что мы называем списком рекомендованной литературы, где могут быть опубликованы основные результаты диссертации. Это вот так длинно называется то, что коротко называется ■

«списком ВАКа». Вот они сейчас готовят эти критерии. Потому что на самом деле из примерно четырех тысяч научных журналов у нас сейчас уже примерно 2800 журналов включены в перечень рекомендуемых ВАКом — это невозможно, это несерьезно. И поэтому этот перечень будет в несколько раз сокращен. Но критерий, отвечая на ваш вопрос, связанный с Web of Science, не может быть один. Потому что, вообще говоря, требовать по культурологии (или даже вообще по гуманитарным наукам) Web of Science — это неправильно. Даже по медицинским наукам возникают проблемы, потому что там другие журналы» — сказал глава ВАК Владимир Филиппов в онлайн-интервью читателям отдела науки интернет-издания «Газеты.Ру».

Нужно отметить и следующий момент: проект фактически исключает возможность соискательства, потому что защищать кандидатскую диссертацию по нему может либо человек, закончивший аспирантуру, либо штатный работник той организации, в которой существует диссертационный совет. Это может вполне создать проблемы, скажем, для сотрудников и аспирантов небольших институтов, которые собственного диссертационного совета не имеют.

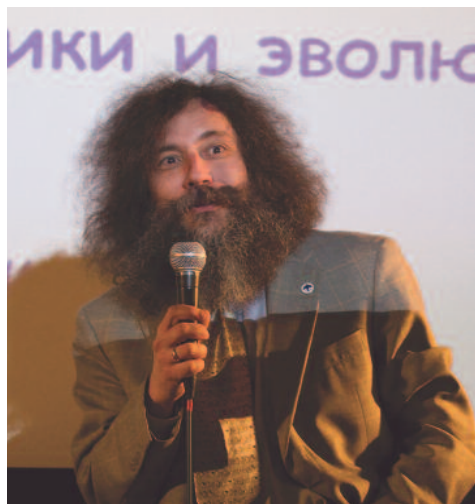
В новом проекте много сделано для

того, чтобы будущие диссертации были «чистыми». Так, есть там очень важное, которое гласит, что полный текст должен быть доступен в Интернете для всех диссертаций, за исключением работ, помеченных грифом «для служебного пользования», при этом время доступа отсчитывается от объявления о предстоящей защите и до истечения 5 месяцев после защиты кандидатской и 8 месяцев после защиты докторской.

При этом если в тексте диссертаций обнаружатся плагиат или просто цитирование без ссылки, то диссертация снимается с защиты без права повторной защиты этой работы. Если же такое вскрыется после защиты, человека могут лишить ученой степени — срок давности по таким делам увеличен до десяти лет.

Но эти новшества — не самые радикальные. Речь постепенно идет о том, чтобы передать некоторым ВУЗам и научным учреждениям право самостоятельно, без ВАКа присуждать ученые степени докторов и кандидатов наук, а также PhD. При этом речь идет не о «местных» вузовских степенях (летом 2013 года Санкт-Петербургский университет начал присуждать собственные PhD), а общероссийских.

Судя по всему, осенью-зимой систему ученых степеней в России ждет очень интересное время.



Мы попросили прокомментировать проект новых правил защиты диссертаций автора идеи «Корчевателя», доктора биологических наук, члена Общественного совета при Минобрнауки Михаила Гельфанда.

Меня в данном случае, конечно больше всего интересует возможные барьеры на пути защиты некачественных диссертаций или диссертаций, содержащих в себе плагиат. И в этом смысле в проекте есть много разумных положений.

Во-первых, увеличивается срок, на протяжении которого можно подать апелляцию на диссертацию и в течение которого человека можно лишить ученой степени. Если раньше он составлял три года, то теперь – 10 лет. Кроме этого, все апелляции будет рассматривать тот

диссертационный совет, в котором она защищалась – сам ВАК не сможет физически разобрать все диссертации. Но это и хорошо – ведь если все-таки в итоге выяснится, что диссертационный совет отклонил апелляцию по заведомо некорректной диссертации, его могут расформировать. И это будет хорошим стимулом для справедливого разбора апелляции.

Если диссертация будет признана негодной, то люди, причастные к этой диссертации – научные руководители, оппоненты, то есть те, которые должны были эту негодность по должности «поймать», они на какой-то срок лишаются возможности участвовать в защитах. Это тоже очень разумно.

Что же касается того, что можно было бы сделать в проекте положения лучше.

По моему мнению, лучше было бы почетче прописать процедуру апелляции с тем, чтобы сделать даже формально невозможной ситуацию отписки. И десятилетний срок давности – это хорошо, но его быть вообще не должно. Плагиат – он и есть плагиат.

Отдельным вопросом стоит ВАКовский список изданий. С ним проблема всегда состоит в том, что невозможно сделать одно правило на все науки. Кому-то список ВАК не нужен, потому что есть вполне адекватные международные

27 сентября Владимир Путин подписал Федеральный закон «О Российской академии наук, реорганизации государственных академий наук и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

базы изданий. Компьютерщики обычно публикуются не в журналах, а в трудах конференций – и тут нужны общепринятые списки сильных конференций, которые признаются международным научным сообществом. Что делать с гуманитариями – вообще не очень понятно, потому что нет общепризнанного способа оценки качества научной статьи. У медиков есть своя проблема – уровень нашей медицины как науки сильно отличается от зарубежной, как и сильно отличается сама система здравоохранения, поэтому наши медицинские статьи очень трудно опубликовать в сильных западных медицинских журналах.

Подведем итоги:

Постановлением Правительства РФ № 842 от 24.09.2013 г. утверждается Положение о присуждении учёных степеней, которое включает ряд новаций по отношению к действующему порядку. В

частности, регламентация основных процедур представления, защиты диссертаций на соискание учёных степеней, порядка лишения, восстановления учёных степеней, рассмотрения апелляций, порядка рассмотрения Высшей аттестационной комиссией при Минобрнауки России (далее – Комиссия) диссертаций на соискание учёной степени кандидата наук, диссертаций на соискание учёной степени доктора наук и аттестационных дел.

Представляться диссертации к защите должны только в виде специально подготовленной работы (формы научного доклада и монографии отменяются).

Постановлением вводится репутационная ответственность соискателя учёной степени за несоблюдение правил оформления ссылок на источник заимствования материалов или отдельных результатов, на работу соавторов, а

Федеральный закон принят Госдумой 18 сентября 2013 года, одобрен Советом Федерации 25 сентября 2013 года.



также за предоставление недостоверной информации об опубликованных работах, в которых изложены основные научные результаты диссертации.

Государственные (муниципальные) служащие не смогут защитить диссертации при возникновении конфликта интересов, способных повлиять на принимаемые решения по вопросам государственной научной аттестации, а также на их возможность быть официальными оппонентами в этом случае.

Документом также устанавливается порядок размещения информации, необходимой для обеспечения порядка присуждения учёных степеней, в сети Интернет, включая требования к размещению полного текста диссертации, автореферата, информации о научных руководителях (научных консультантах), председателе диссертационного совета, оппонентах, давших отзыв на диссертацию, лице, утвердившем заключение организации, где подготавливалась диссертация, лице, утвердившем отзыв ведущей организации на диссертацию, а также о ведущей организации, давшей этот отзыв.

Кроме того, увеличивается с 3 до 10 лет срок рассмотрения заявления о лишении учёной степени в случае выявления нарушения установленных критериев.

Постановлением устанавливается пе-

реходный период до 1 июля 2015 года для защиты и рассмотрения Комиссией диссертаций на соискание учёной степени кандидата наук, представленных лицами, имеющими диплом бакалавра. Это необходимо в связи с тем, что с 1 января 2014 года представление диссертаций на соискание учёной степени кандидата наук к защите разрешено только лицам, имеющим диплом специалиста или магистра.

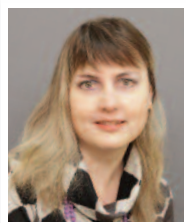
С учётом изменения подходов к представлению и защите диссертаций переходный период по рассмотрению аттестационных дел в Комиссии устанавливается до 1 января 2015 года также и для остальных лиц, которые защитили диссертации до 1 января 2014 года.

«Постановление призвано обеспечить повышение качества функционирования системы государственной научной аттестации, в том числе посредством введения механизмов репутационной ответственности соискателей учёных степеней, членов диссертационных советов, официальных оппонентов и ведущих организаций за объективность и обоснованность принимаемых решений при определении соответствия диссертаций установленным критериям, а также чёткой регламентации порядка представления к защите и защиты диссертаций», – говорится в пояснительной записке к документу. ■

Национальный проект «Здоровье»: его успехи в области материнства и детства



В.А. Шадеркина
руководитель проекта
«Дайджест урологии»



Е.В. Болотова
Журналист

Медицину, медицинских работников и Министерство здравоохранения сейчас не ругает только ленивый. Все предложения и действия Минздрава России априори воспринимаются «в штыки» почти всеми – и пациентами, и врачами. Но мало кто интересуется результатами когда-то введенных Приказов, проведенных Программ и Проектов, даже имеющих громкую приставку «национальный». Мы постараемся быть честными и представить опубликованную в официальных источниках информацию о результате одного из национальных проектов – «Здоровье» в области материнства и детства.

В настоящее время в России наблюдается достаточно низкая материнская смертность: в 2012 году она составляла 11,5 женщин на 100 тысяч детей, родившихся живыми, а число младенческой смертности в 2011 году – 7,4 случая на 1 000 родившихся.

В прошлом году многие врачи ожидали, что этот уровень поднимется на 30-35 % и более в силу введения новых подходов к ее подсчету. В реальности

этот показатель поднялся всего на 16,2%, благодаря хорошей подготовке медицинских работников и снижению смертности от других причин среди детей, не являющихся недоношенными. В целом на 2012 год младенческая смертность составила 8,6 на тысячу родившихся живыми, за шесть месяцев 2013 года – 8,3. В этом показателе теперь учитываются не только дети, родившиеся с весом от 1000 граммов, как



было все прошлые годы, но и дети, родившиеся с весом 500 граммов и более. Врачи выхаживали таких детей давно, но до 2012 года они числились только в ведомственной статистике.

В рамках национального проекта «Здоровье» было построено 23 перинатальных центра, из которых 22 – региональные, один – федеральный в Санкт-Петербурге, открытие еще одного в Москве ожидается в 2014 году.

В тех регионах, где имеются подобные центры, отмечается снижение материнской и младенческой смертности. Есть регионы, где показатели уже сейчас не отстают от развитых стран Европы: Санкт-Петербург, Владимирская, Кировская, Пензенская области, Республика Чувашия и другие.

Сегодня активно внедряется пренатальная диагностика (ПД) – когда диагнозы ставятся фактически в первые три месяца беременности. В большинстве регионов ПД обеспечивается каждой беременной женщине. Но здесь важно, чтобы она сама позаботилась о своем здоровье. Примерно только 85% женщин встает на учет по беременности до 12 недель.

В настоящее время в России у супружеских пар бесплодие наблюдается в 10-15 % случаев. Но в 2012 году частота женского бесплодия выросла на 5%, во многих ситуациях она связана с нездоровым образом жизни.

Отмечается уменьшение количества аборт: с 2008 по 2012 год оно снизилось более чем на 300 тысяч (935 тысяч против 1,236 миллиона – 49,7 и 73,1 на 100 родившихся соответственно).

Средний возраст женщин, рожавших первого ребенка, на сегодняшний день составляет 25 лет. В нашей стране продолжают развиваться программы, нацеленные на стимулирование грудного вскармливания: по статистике, около 80-90% женщин начинают кормить детей в роддоме, а к полугоду их остается всего 40%.

Не все удается и получается – остается высокий показатель по заболеваемости репродуктивной системы у подростков – на 2012 год он составлял 12%.

Надеемся, что эти начинания и их результаты не останутся без внимания как Правительства, так и нас, обычных врачей. Несомненно, они требуют дальнейшего развития. ■

В рамках национального проекта «Здоровье» было построено 23 перинатальных центра, из которых 22 – региональные, один – федеральный в Санкт-Петербурге, открытие еще одного в Москве ожидается в 2014 году.

ЭКО в России сегодня

По данным Минздрава РФ в России на 2013 год насчитывается около 120 клиник, практикующих экстракорпоральное оплодотворение. Причем только 15 из них являются федеральными, а большая часть подобных процедур проводится в частных клиниках, не входящих в этот регистр. Поэтому почти треть ЭКО проводится в частных клиниках (65%), и только 45% из этого числа составляют государственные медучреждения.

История ЭКО берет свое начало в 1977 году, когда был рожден первый ребенок, зачатый подобным способом. В СССР данная процедура была впервые проведена в 1985 году в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии имени Кулакова.

Всего в мире за 35 лет с помощью вспомогательных репродуктивных технологий родилось около пяти миллионов детей. **На сегодняшний день Россия занимает третье место по количеству ЭКО после Франции и Германии, однако в нашей стране по эффективности данная процедура намного выше среднеевропейских.**

С этого года появилась возможность сделать ЭКО с помощью полиса ОМС, который позволяет выполнить данную процедуру даже в некоторых частных клиниках. Существует и другая возможность сделать ЭКО бесплатно – это федеральная квота. Но, по данным Минздрава, на 2013 год федеральных квот было выделено только около восьми тысяч, что почти на две тысячи меньше, чем в предыдущие два года.

Многим женщинам рекомендуется заранее думать о беременности, так как после 38 лет эффективность ЭКО значительно снижается в силу наличия у женщины хронических заболеваний и различных вмешательств. По статистике, забеременеть с первого раза удастся только половине женщин (46%).

ЭКО в частных клиниках – недешевая процедура. Так, в Международном центре репродуктивной медицины в Санкт-Петербурге примерная стоимость подобной процедуры составляет около 130 тысяч рублей, а в Российско-немецком центре репродукции и клинической эмбриологии «Поколение NEXT» – около 160 тысяч рублей. Средняя стоимость ЭКО по стране составляет порядка 120-130 тысяч рублей, причем их может понадобиться несколько. В регионах она не меньше, так как стоимость расходных материалов и препаратов везде примерно одинакова.

По статистике, с 1995 по 2011 год в России было произведено более 360 тысяч ЭКО, за это время родилось около 80 тысяч детей, зачатых подобным образом. ■

Робот Da Vinci прооперировал троих детей

Все большую популярность во всем мире набирают операции, проведенные с помощью роботехники. В июле 2013 года в Израиле в рамках Международного съезда урологов по проблемам роботехники с помощью робота Da Vinci были продемонстрированы три урологические операции у детей.

Первый аппарат Da Vinci (робот-хирург) собрали в США в 2001 году для особо точных операций в кардиологии



Участвовавшие в съезде врачи детской бостонской больницы – одной из лучших медицинских учреждений в области детской урологии – прооперировали двухлетнего маль-

чика, у которого было диагностировано сужение мочеиспускательного канала. Общее время операции составило три часа. Она транслировалась в режиме онлайн в зал для участников съезда, которые имели возможность задавать вопросы оперирующим врачам.

Две другие операции по похожим проблемам мочеиспускательного канала были проведены на следующий день детям четырех и десяти лет. Все они прошли успешно, и состояние прооперированных детей отмечается как удовлетворительное.

По словам израильских урологов, операции с помощью робота Da Vinci являются менее инвазивным методом лечения урологических заболеваний и способствуют более быстрому процессу заживления и выздоровления, а также снижают количество и интенсивность болевых ощущений. ■

Получен новый инновационный антигенный препарат

Крупнейшая фармацевтическая компания BIOCAD получила лицензию на разработку, исследование и производство нового инновационного препарата для лечения онкологических заболеваний.

В состав этого препарата входит особый белок, содержащий фактор роста эндотелия сосудов, который связывается с рецепторами клеток, выстилающих сосуды человека (эндотелиоциты), и запускает неоангиогенез – активный рост новых кровеносных сосудов. Входящий в состав гелонин – растительный токсин – вызывает необратимую блокаду процессов биосинтеза белка и последующую остановку жизнедеятельности клетки. Такой комбинированный состав препарата позволяет осуществлять направленное цитотоксическое действие в отношении опухолевой сосудистой сети.



Данный препарат планируется сочетать со стандартными схемами химиотерапии метастатических форм рака.

Проведенные испытания доказывают, что у нового лекарственного средства имеется таргетное действие только в отношении кровеносных сосудов опухолевой ткани, что позволяет ему ее подавлять развитие и даже уменьшать размеры метастазов. Данный препарат не является токсичным в отношении сосудов здоровых тканей.

Исследования эффективности и безопасности нового препарата планируется продолжить. ■



Нановолокна в онкологии

Тем временем, когда верстался номер, в СМИ появились сведения о том, что группа специалистов японского Национального института материалов под руководством Мицухиро Эбара разработала сетку из нановолокна толщиной 500 нм для лечения онкологических заболеваний.

Механизм действия нановолокна состоит в том, что состоящая из него сетка, которую наносят на поверхность опухоли, может нагреваться под действием переменного магнитного поля до высокой температуры, разрушая тем самым злокачественные клетки. Для усиления эффекта на сетку дополнительно наносят специальный препарат, который также обладает разрушающим действием на опухоль.

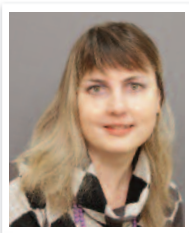
Таким образом японским ученым удалось одновременно применить несколько видов воздействия на злокачественную опухоль – химиотерапию и термотерапию. Пока метод был опробован только *in vitro*, т. е. на злокачественных клетках, выращенных в искусственной среде. В ближайшее время планируются испытания на экспериментальных животных.

Однако возникает множество вопросов, которые пока остаются без ответа: каким способом нановолокно будет наноситься на опухоль? нужно ли будет для

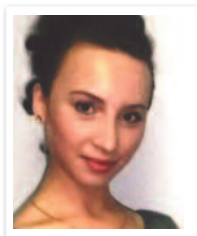
этого оперировать пациента? не подвергается ли распаду препарат, который наносится на наносетку? какое влияние этот препарат будет оказывать на весь организм и как он будет сочетаться с другими лекарственными средствами?

В России в Алтайском крае планируется создать академический институт биотехнологий. Об этом было заявлено губернатором Алтайского края Александром Карлиным 7 июля 2013 года на пленарном заседании Международного продовольственного форума, который проходил в Барнауле. Институт биотехнологий планируется создать под эгидой СО РАН. Губернатор в своем выступлении подчеркнул, насколько важен новый институт биотехнологий для развития науки и экономики региона. «...Конечно, путь от молекул и генов до реальных продуктов не может быть простым, но сообщая мы можем решить важную не только для Алтайского края задачу», – констатировал Председатель СО РАН академик Александр Асеев. ■

Минздрав обещает освободить врачей от бумажной работы



Е.В. Болотова
Журналист



В.И. Кырпа
ординатор I года обучения
ФГБУ "НИИ урологии" Минздрава России

«В скором времени врачей освободят от множества бумажной работы, а время их приема будет увеличено», – так утверждает министр здравоохранения Вероника Скворцова на сайте Минздрава РФ.



Из опыта зарубежных коллег врачам известно, что время, которое следует отводить на одного пациента, должно равняться минимум 20 минутам, а не 12-15 – как сейчас у нас, а

бумажная работа, занимающая большую часть приема, вовсе должна уйти на второй план.

Планируется, что все истории болезни станут вестись в компьютере, где будут присутствовать все необходимые бланки, в том числе и формы для заполнения рецептов. Также будут упрощены некоторые способы заполнения необходимых документов.

Минздрав утверждает, что электронное место врача уже практически готово и в скором времени будет внедряться в первые амбулаторные учреждения страны, а к концу 2013 года планируется, что таким образом будет упрощена работа 20 % российских врачей первого звена.

Разработана также электронная система помощи врачу в принятии решений, например по выбору лекарственных средств и их совместимости. Кроме того, в общем доступе будут находиться электронная медицинская библиотека и обширная база справочных материалов. На сайте Минздрава приводятся слова заместителя министра здравоохранения Романа Сафронова о том, что внедрению электронной медицинской карты должна предшествовать широкая разъяснительная работа. В процессе внедрения может потребоваться корректировка, доработка медицинских информационных систем. Но это не застывшее образование, структура электронной медицинской карты будет постоянно совершенствоваться, появятся необходимые службы информации, новые методы диагностики.

По словам министра Вероники Скворцовой, межведомственной группой практически закончено формирование методики нового нормирования труда. С октября идут два пилотных проекта: дистанционное непрерывное образование для врачей первичного звена и новые подходы к



нормированию труда в нескольких регионах.

Однако на активное внедрение электронной системы в здравоохранение поступают и жалобы от пациентов. Так, опрос на сайте Минздрава РФ показывает, что только 800 россиян из пяти тысяч проголосовавших не испытывали затруднений, пользуясь электронной за-

писью к врачу.

Четверть интернет-пользователей главной проблемой считают плохую организацию работы портала в регионах (25 %), а также отсутствие расписания часов приема врачей (20 %), получение отказа на прием у врача при наличии имеющейся записи через электронную регистрацию (15 %). ■



Об уретероскопах и Феррари



А. Патель
Врач-уролог, Лондон

Добрый день, господин Патель. Мы представляем Федеральный государственный институт урологии из Москвы и в Давосе проводим интервью с лидерами мировой урологии для того, чтобы донести самую новую информацию в области урологии для российских урологов. Расскажите несколько слов о себе, своей работе, клинике.

А. Патель: Я работаю урологом в Лондоне, где окончил медицинский институт и проходил резидентуру по хирургии и урологии. В университете Лондона получил ученую степень, затем учился в специализированном онкологическом госпитале Родд Мастер. После всего этого я учился в США, где об-

учался эндоскопии, лапароскопии, потому что в то время, в 1994 году, считал, что эндоурология и онкология должны объединиться. Потом я учился в Лос-Анжелесе два года, но после окончания стажировки не смог найти там работу и вернулся в Англию. В течение последних 15 лет я работаю в Лондоне. Сейчас я занимаюсь онкоурологией, в основном, раком простаты.

Какие на Ваш взгляд наиболее значимые достижения в эндоурологии произошли за последние пять лет?

А. Патель: Одним из наиболее значимых достижений я считаю то, что больше и больше урологов умеют и выполняют уретероскопию, особенно при



МКБ. Это привело к уменьшению частоты применения ДЛТ при камнях мочеточника. Надо понимать, что люди за несколько лет изменились, а точнее, изменился их вес в сторону увеличения, люди становятся толще, и поэтому эффективность ДЛТ снижается. Стоимость же аппаратов для выполнения ДЛТ не снижается, поэтому надо принимать во внимание все факторы, чтобы не нарушать баланс эффективности и стоимости. Уретероскопия при камнях мочеточников более эффективна, особенно у тучных пациентов.

Как Вы считаете, применение мини- и микроперк также отрицательно повлияют на частоту использования ДЛТ?

А. Патель: За последнее десятилетие произошло внедрение нескольких технологий, которые стали вытеснять ДЛТ, первое – это уретероскопия. Теперь микроперк может вытеснить не только ДЛТ, но и даже уретероскопию. В странах, где выполняют большое количество перкутанных операции при МКБ, часто такие операции выполняют вне зависимости от размера камня. Применение микроперка позволит уменьшить частоту осложнений ввиду меньшего повреждения почки по время операции, кроме того, после этой операции не требуется установка нефростомы, что поз-

воляет уменьшить болевой синдром в послеоперационном периоде. Но, с другой стороны, при микроперке достаточно сложно убрать все фрагменты камня, образовавшиеся после его дробления.

Возможно ли в настоящее время определить более четкие показания к уретероскопии и перкутанной хирургии при МКБ, или же границы меняются?

А. Патель: В настоящее время четко доказано, что при камне более 2,5 см рекомендовано выполнение перкутанной операции. На втором месте по значимости после размера камня – его плотность. Если камень очень плотный, то фрагменты получаются крупнее и нужно больше времени, чтобы сделать их раздробить на более мелкие фрагменты. При размере камня менее 1 см эффективность применения уретероскопии становится более 90%, при размере камня 1-2 см эффективность уретероскопии меньше (при выполнении одного вмешательства около 80%), при размере 2-3 см крайне высока вероятность того, что потребуется несколько операций. Но у пациентов с выраженными сопутствующими заболеваниями, с ожирением, все же безопаснее сделать 2 эндоскопических операции, а не перкутанную или открытую. ■

В одной из своих лекций Вы сказали, что в 98% случаев можете достичь камня почки при помощи ригидного уретероскопа. Что вы думаете о гибкой уретероскопии? Каково её будущее?

А. Патель: Гибкая уретероскопия является одним из наиболее значимых достижений в эндоскопии. С уменьшением размера уретероскопа эта технология становится более доступной для большего числа урологов, они могут «добраться» до почки. Но возникает вопрос – смогут ли урологи не сломать эти инструменты. Даже самые опытные урологи ломают эти инструменты. По нашим подсчетам, в среднем, уролог ломает гибкий уретероскоп через 10-15 манипуляций. Мы пытаемся научить урологов бережно обращаться с этими инструментами.

Если проводить аналогию, ригидный уретероскоп – это мой Форд, на котором я езжу каждый день, гибкий уретероскоп – это Феррари, на котором я езжу только по особым случаям. Я считаю, гибкие уретероскопы не должны быть в каждой клинике, но это зависит и от системы здравоохранения, многое зависит от финансирования. Например, когда я вернулся в Англию, в достаточно известную клинику, там не было гибкого уретероскопа, мне пришлось искать пути экономии средств, в результате мы смогли купить гибкий уретероскоп.

Кроме того, очень важно для эффективности и безопасности эндоскопических вмешательств иметь запасные инструменты, так как инструмент может сломаться во время операции. Поэтому более целесообразно иметь такие инструменты в региональных центрах, где достаточно много таких клинических случаев, т.е. достаточное количество операций, урологи могут получить большой опыт применения гибких инструментов и выполнять такие операции на максимально высоком уровне. Обучение этому методу требует времени, я проходил стажировку в США в течение 2 лет. Мне потребовалось ещё 15 лет, чтобы стать экспертом в этой области.

В отношении гибкой уретероскопии мы перешли от фиброоптики к цифровой визуализации. При цифровой уретероскопии инструменты несколько больше, чем при применении фиброволокна, но лишь немного – 8 Ch вместе 7 Ch. Производители утверждают, что такое небольшое увеличение диаметра позволит продлить срок службы инструмента, но это нужно ещё доказать с помощью исследований. Другим преимуществом является возможность дробления больших размеров камней, уменьшение физической нагрузки на хирурга. Ещё одно достижение – лазеры. Когда я начинал работать, стоимость од-



ного лазера соответствовала стоимости Феррари, сейчас лазеры – это небольшие коробки с низкой мощностью, если лазер используется только для дробления камней. Переход от пневматической литотрипсии к лазерной улучшило не только качество операций при МКБ, но и позволило проводить лечение по поводу опухолей, стриктур мочеочника.

Каково Ваше отношение к различному оборудованию, выпускаемому, например, в Китае?

А. Патель: Я не имею ничего против «сделано в Китае», но у меня нет опыта работы с китайскими компаниями, главное, чтобы инструменты должны иметь соответствующий дизайн и выполнять то, для чего были созданы. Пока я в этом не удостоверюсь, я не буду применять их у моих пациентов.

Что представляет собой путь профессионального образования эндоуролога в Великобритании?

А. Патель: В настоящее время в Великобритании не так много специализированных стажировок по эндоурологии – только 2, имеющих международную аккредитацию. В США существуют 2 типа обучения эндоурологии длительностью 1 и 2 года. Первый вариант для урологов, которые планируются заниматься эндоурологией в частной практике. Второй ва-

риант включает в себя выполнение научной работы, результаты которой будут представлены на съезде Общества Эндоурологов. В настоящее время большая часть аккредитованных курсов проходят в США, этот дисбаланс я хочу изменить и создать такие обучающие программы в Европе и Азии.

Как Вы считаете, в свете такого бурного развития эндоурологических технологий, остается ли место для открытых операции в лечении МКБ?

А. Патель: В некоторых странах выполняется достаточно много открытых оперативных вмешательств при МКБ, в основном это обусловлено экономическими проблемами и отсутствием опыта у урологов. В западных странах открытые операции свелись к минимуму. За последние 15 лет я выполнил 2 открытые операции по поводу МКБ, это были сложные коралловидные камни. Возможно, такие камни – это единственное показание к открытым операциям. Я думаю, что через поколение открытые операции исчезнут просто потому, что не останется учителей, которые будут учить открытой хирургии при МКБ.

Каково Ваше мнение в отношении выполнения ПЛН без нефростомического дренажа?

А. Патель: Люди любят нововведения.■

Они выполняют перкутанные операции, но могут добавить «трюки», чтобы выполнять эти операции ещё лучше. В перкутанной хирургии таких эффективных модификаций может быть много. Одна из них – выполнение операций в положении на спине – этот метод можно использовать при небольших размерах конкрементов, при выполнении одного доступа, это особенно эффективно у тучных пациентов. Второе – это применение кожуха, обычно мы его ставим, так как делаем достаточно большое отверстие в почке, которое в свою очередь делаем большим для того чтобы убрать большой камень. Но в последнее время мы все чаще оперируем небольшие камни, соответственно отверстие в почке становится меньше, естественной эволюцией в этом направлении является применение миниперкутанных операций. Исходно цель установки кожуха заключалась в том, чтобы снизить риск кровотечения и получить возможность повторно войти в почку при необходимости уже после операции. Но затем стало понятно, что нефростома вызывает боль, чем больше нефростома – тем более выраженный болевой синдром. С уменьшением размера доступа, уменьшался размер нефростомы, и стало понятно, что нефростома, расположенная близко к диафрагме и реберной дуге вызывает БОЛЬШОЙ болевой синдром, чем

нефростома, установленная через нижний полюс почки. Следующим шагом стало применение клея, которым заполняли нефростомический ход. Затем в США заговорили о проведении ПНЛ без нефростомического дренажа, что подразумевает собой дренирование почки при помощи внутреннего стента без наружного дренирования нефростомой. Я лично выполнил не более 5 операций ПНЛ без дренажа в почке.

Были ли Вы в России? Можете ли вы дать советы российским урологам, чтобы улучшить оказание урологической помощи в России?

А. Патель: Я никогда не был в России, знаком только с московской и петербургской урологией, об остальной стране почти ничего не знаю. Я думаю, что больше всего усилий нужно прилагать к образованию, чтобы в клиниках работали хорошо обученные специалисты. В моей клинике обучение проходит в течение 1 года, среднего врача на этот период сложно научить оперировать, но можно научить как НЕ надо делать, как НЕ навредить пациенту. Также важно научить как думать, так и принимать решения.

Это действительно ценный совет! Спасибо большое за интервью. ■

Беседу проводила Т.Н. Гарманова



ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России

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, фитизиоурологов и врачей смежных специальностей, научных работников, ординаторов, аспирантов.

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

Абстракты на английском языке в печатной версии журнала.

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

Особенности объемообразующих веществ (Вантрис, Дефлюкс), ботулинический токсин у детей: мнение европейского уролога



Рейн Нейман
Детский уролог, Нидерланды

Сотрудникам ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России представилась возможность побеседовать с одним из самых известных детских урологов в Европе – Рейном Нейманом. Мы спросили профессора о его личном опыте ведения маленьких пациентов с пузырно-мочеточниковым рефлюксом, гипоспадией, об использовании ботулинического токсина у детей и предпочтениях профессора в выборе различных объемообразующих веществ в лечении ПМР.

Каково Ваше мнение относительно эффективности скрининга в детской урологии? Например, пренатальный скрининг, скрининговые осмотры и обследования после рождения, нужно ли их проводить и если да – то в каком возрасте?

Р. Нейман: В Нидерландах каждая беременная женщина имеет право на про-

ведение двух УЗИ за время беременности – первое в 12 недель и второе в 20 недель, оно как раз и включает скрининг большей части врожденных аномалий, при обнаружении каких-либо аномалий женщин направляют на консультацию в специализированные центры. После рождения скрининга заболеваний мочеполовой системы не проводится, суще-



ствуется система осмотра детей до поступления в школу (в возрасте 4 лет) и через несколько лет после начала обучения в школе, но этим осмотром занимаются не педиатры, а медицинские работники, которые обучались именно проведению таких осмотров.

Ваше мнение о фундаментальных исследованиях в детской урологии, в частности, относительно возможной роли биомаркеров в диагностике и последующем наблюдении обструктивных уropатий у детей?

Р. Нейман: Я думаю, это будет использоваться в клинической практике, но не сейчас. За последние 30 лет мы поняли, что большая часть тех заболеваний, которые мы называли обструктивными уropатиями, не являются анатомически обструктивными, их причина – функциональная обструкция. Это ключевой пункт различий в оценке ситуации урологами и детскими хирургами, хирургов учили корректировать анатомические аномалии, урологии же всегда помнят о том, что причина многих заболеваний – функциональная, даже у взрослых пациентов. У детей это расширенная собирательная система с отсроченной эвакуацией из этой системы, которая может созреть, когда дети вырастут. Лишь небольшой части этих пациентов действительно требуется операция.

Например, у 90% детей с нормальным мочевым пузырем и мегауретером, последний разрешиться самостоятельно и не требует оперативной коррекции. Та же ситуация с пренатально выявленным гидронефрозом (обструкцией лоханочно-мочеточникового сегмента), менее чем 15% этих пациентов требуется оперативное лечение.

Что же касается биомаркеров, которые определяют в моче и которые некоторым образом отражают функцию канальцев, я думаю, что никогда не будет такой ситуации, что по одной порции мочи можно будет определить нужно оперировать ребенка или нет. Много лет назад мы провели исследование по оценке индекса резистентности при доплерографическом исследовании почек при обструктивных уropатиях, с точки зрения академичности – это было очень интересное исследование с хорошими результатами, но оно не нашло применения в практике. Я думаю, что пока такая же ситуация и в отношении биомаркеров, идет много исследований, но пока идеального биомаркера нет.

Существуют в Нидерландах национальные рекомендации по ведению пациентов с пренатально выявленным гидронефрозом или Вы пользуетесь рекомендациями Американского общества детских урологов? ■

Р. Нейман: В настоящее время мы работаем над созданием таких рекомендаций для Европейской Ассоциации Урологов. Это достаточно сложный процесс, в большинстве стран авторами таких рекомендаций являются педиатры, потому что они наблюдают этих пациентов. Однако, даже если у нас будут хорошие рекомендации для урологов, вы думаете детские хирурги или педиатры будут их читать? Я сомневаюсь. Мы проводили достаточно большое количество мастер-классов в Европе посвященных этому вопросу, где объясняли, например, что только при наличии клапана задней уретры нужно срочное оперативное вмешательство, тогда как при односторонней, даже истинно обструктивной уропатии, не нужно выполнять операцию у ребенка младше 4-6 месяцев. Мы будем работать в направлении создании таких рекомендаций.

Вопрос относительно пузырно-мочеточникового рефлюкса. Как Вы считаете, ухудшает ли ранее проведенное неудачное эндоскопическое лечение результаты последующих открытых операций?

Р. Нейман: Я думаю, что нет. Если посмотрите на страны западной Европы, количество открытых операций по реимплантации мочеточника снижается очень быстро. В моем отделении раньше

мы делали 50-60 открытых реимплантаций в год, сейчас это около 15 – 20 операций. Открытая операция после ранее выполненного эндоскопического лечения может быть несколько сложнее, но я не думаю, что сильно усложняет выполнение открытой операции.

Последнее время в литературе появляются публикации об осложнениях эндоскопического лечения ПМР, в частности обструкции дистального отдела мочеточника. Встречались ли вы лично вы лично с такими осложнениями?

Р. Нейман: В моей практике не было осложнений, которые бы потребовали оперативного лечения. Но с другой стороны нужно сказать, что вопрос осложнений после эндоскопического лечения ПМР не отражен полноценно в литературе, большинство авторов представляют только положительные результаты коррекции ПМР, но не возникшие осложнения.

Вероятность возникновения обструкции несколько выше при использовании Вантриса, чем при использовании Дефлюкса, также несколько выше при использовании Тefлона. В течение многих лет я применял Дефлюкс для лечения ПМР, я отметил, что при контрольной цистоскопии через 2-3 года Дефлюкс уже не визуализируется под устьем мочеточника. Согласно шведскому исследованию



рецидив ПМР после эндоскопической коррекции возникает в 20% случаев. Длительность сохранения Дефлюкса гораздо меньше, чем у Вантриса, если через 2-3 года после введения Дефлюкса вы обнаружите снова ПМР, это не ошибка первой операции, просто этот препарат деградирует. Мы начали применять Вантрис 2 года назад, и я заметил, что при его использовании у детей чаще возникают транзиторные явления обструкции, которые могут вызвать боль, поэтому нужно обращать на это особое внимание в послеоперационном периоде.

Эти различия обусловлены различной структурой этих препаратов. Например, Вы можете наблюдать, что при выдавливании Вантриса из шприца, он увеличивается в размере, поэтому при введении его в подслизистый слой мочевого пузыря надо это делать очень медленно, гораздо медленнее, чем при введении Дефлюкса. Вантрис расширяется даже после того, как прекращено его введение. Это мой опыт, который подтверждается данными литературы – на заре применения Вантриса его вводили в гораздо большем объеме по сравнению с последними, ещё неопубликованными работами. Я думаю, что «фишка» применения Вантриса – его надо вводить меньше, чем Дефлюкса, тогда возможно будет меньше случаев обструкции. Если вводить Вантрис в большом объеме 0,8-1

мл, то вероятность возникновения обструкции высока.

Какой минимальный возраст для проведения эндоскопической коррекции ПМР на ваш взгляд?

Р. Нейман: Минимальный возраст – 1 неделя, но чаще – 3-4 недели, но это в случае массивного рефлюкса. Я думаю лучший подход – это консервативный, в течение 1-2 лет, для оценки того, как развивается ситуация. Возраст выполнения операции определяется наличием у ребенка показаний к оперативному лечению.

Что Вы думаете относительно эффективности применения лапароскопии и робот-ассистированной хирургии у детей, если ли реальные преимущества этих методов лечения в детской урологии?

Р. Нейман: В нашем центре мы не выполняем лапароскопические операции у детей младше 1 года. Что касается робота, то ограничением для его применения является небольшое рабочее пространство у детей младшего возраста, и основным ограничителем является вес ребенка. Преимущества лапароскопических операций перед открытыми – немногочисленны. В настоящее время пиелопластика у 1-2 годовалого ребенка делается через 2 см разрез, после операции дети выписываются домой на следующий день. Я не знаю реальных преимуществ, если вы ■

сделаете эту операцию эндоскопически. Преимущества более выражены, если ребенку больше 6-ти лет. Та же ситуация и в отношении применения лапароскопии для реимплантации мочеточников при ПМР, большую часть таких детей можно вылечить при помощи эндоскопической коррекции устьев мочеточников. Конечно, если вы выполняете открытую операцию, разрез при лапароскопическом доступе несколько меньше. Одним из наиболее достоверных преимуществ – степень послеоперационной боли, которая меньше выражена при лапароскопическом доступе. Но, тем не менее, эти методы дороже открытой хирургии. Один из недостатков лапароскопии для хирурга – это неудобство положения тела во время операции, например, у меня каждый раз когда я выполняю такую операцию в течение нескольких дней болит шея. Это одна из причин, почему удобнее работать на роботе.

Как вы считаете, смогут ли урологи достигнуть единого мнения по классификации гипоспадии и оценке отдаленных результатов лечения? Как можно улучшить результаты лечения гипоспадии в будущем?

Р. Нейман: Некоторые группы исследователей предлагали различные варианты стандартизации оценки послеоперационных результатов лечения гипоспадии, но, тем не менее, стандартизации не доста-

точно, также как и недостаточно результатов отдаленных наблюдений. Когда я оцениваю результаты оперативного лечения гипоспадии уже у взрослого пациента, который был оперирован в детстве, я часто недоволен результатом. Правда, нужно отметить, что операции, которые выполнялись 15-20 лет, назад отличаются от нынешних.

Два года назад мы начали формировать единую базу данных пациентов, которым проводилось оперативное лечение по поводу гипоспадии. Но, к сожалению, для этого необходимо согласие родителей и только около 20% дают его. Мы формируем базу данных фотографий (стандартизировано) до операции, через полгода, через 5 и 10 лет после операции, также в указанные сроки пациенты, родители и врачи заполняют формы по оценке результатов операции, полученные данные оцениваются независимым специалистом. Как мы можем улучшить результаты? Пока все возможные решения – дальнейшие научные разработки.

Какие операции Вы лично предпочитаете выполнять при лечении гипоспадии?

Р. Нейман: В случае дистальной гипоспадии – это операция TIP (пластика уретры тубуляризированной рассеченной уретральной площадкой). Я не делаю операции Метью, после которой образу-



ется слишком много свищей. Каждый уролог, который выполняет 100-200 операций по коррекции гипоспадии в год, знает, какая техника операции у него получается лучше всего. Каждый пациент с гипоспадией индивидуален, если вы хотите быть экспертом в этой области, нужно иметь представление об основах выполнения большого количества различных операций при гипоспадии. Вы должны уметь изменить технику операции, даже если вы уже сделали половину операции и недовольны результатом.

Каково ваше мнение о применении α-блокаторов у пациентов с дисфункциональным мочеиспусканием?

Р. Нейман: Хороший вопрос. Я применяю α-блокаторы у пациентов с дисфункциональным мочеиспусканием, и мое мнение – они не работают. В паре исследований были представлены неоднородные результаты, мы пытались применять эти препараты у пациентов с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря, но без особого эффекта. Я больше их не применяю рутинно, только в особых случаях. В США также не была доказана эффективность применения α-блокаторов в этой группе пациентов. Это, конечно, неутешительно, потому что для лечения этого заболевания очень нужны лекарственные препараты.

В Нидерландах ботулинический ток-

син официально не разрешен к применению у детей. У взрослых пациентов он разрешен с 2012 года.

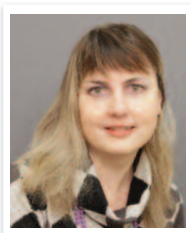
Как вы относитесь к применению ботулинического токсина у детей?

Р. Нейман: Мы используем его очень активно у взрослых и детей с резистентной к лечению нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря, при гиперактивном мочевом пузыре. К сожалению, этот препарат не одобрен для применения у детей. В Нидерландах ботулинический токсин разрешен к применению с прошлого года у взрослых пациентов. Но у детей мы уже применяем его уже в течение 4-5 лет. Но для этого нужно сообщать родителям, что этот препарат официально не разрешен к применению у детей, и получать их разрешение. Недавно мы завершили проведение исследования применения ботулинического токсина у 60 детей, у 40 из них были получены отличные результаты. Преимущество применения ботулинического токсина у детей с рефрактерным к обычному лечению гиперактивным мочевым пузырем то, что во многих случаях нужно выполнить лишь одну инъекцию препарата. Это тоже мой личный опыт, в большинстве случаев излечение детей происходит после однократного введения препарата.

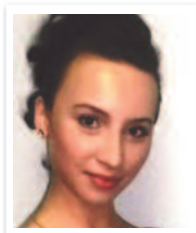
Спасибо большое за интересный разговор. ■

Беседу проводила Т.Н. Гарманова

Острая нехватка врачей в России



Е.В. Болотова
Журналист



В.В. Кырпа
ординатор I года обучения
ФГБУ "НИИ урологии" Минздрава России

По статистике Минздрава РФ, количество врачей с каждым годом уменьшается почти на 10%, из которых на заслуженный отдых уходят только 2%. По словам министра здравоохранения Вероники Скворцовой, на сегодняшний день дефицит высших медицинских кадров – почти 40 тыс. человек. Причем в большинстве своем острая нехватка медиков наблюдается именно среди врачей первичного звена.

По данным, опубликованным на сайте Минздрава, в государственной системе здравоохранения на сегодняшний день трудятся 640 тыс. специалистов высшего звена, а медицинскими вузами ежегодно выпускается почти 34 тыс. человек, из которых 24 тыс. – выпускники бюджетных отделений и 10 тыс. – коммерческих.

Примерно о том же докладывала президенту в 2012 году и бывший министр здравоохранения Татьяна Голикова. Но она утверждала, что через несколько лет количество врачей должно возрасти, так как к 2011 году количество студентов медицин-

ских вузов возросло на 21 %. За последние три года количество врачей в нашей стране увеличилось на 17,5 тыс. человек.

Среди самых востребованных врачей по статистике на 2013 год остаются стоматологи, терапевты, педиатры, офтальмологи, гинекологи и неврологи. Вероника Скворцова пояснила, что сейчас в России насчитывается около 640 тысяч врачей, из которых 50 тысяч составляют студенты, интерны, аспиранты, ординаторы. По ее словам, нынешний дефицит медицинских кадров достиг критической отметки: **дефицит врачей, хотя и сократился, но, тем не менее, составляет около**

45 тыс. человек, а дефицит средних медицинских работников – около 270 тыс. человек.

При этом сообщается, что на 1 января 2013 года в России работало порядка 743 тыс. врачей и 1 млн. 419 тыс. средних медицинских работников. Обеспеченность населения врачами за 10 лет выросла с 42,2 до 44,7 специалистов на 10 тыс. населения, а средними медицинскими работниками — снизилась с 96,9 до 90,8 специалистов на 10 тыс. населения.

На сайте Минздрава РФ приводятся некоторые цифры дефицита медицинских кадров по регионам: так, в Свердловской области нехватка врачей насчитывает три тысячи человек, в Архангельской – две ты-

сячи врачей и медсестер, в Тульской – полторы тысячи человек. В Ленинградской области чуть больше половины (64 %) медучреждений полностью укомплектовано кадрами. При этом отмечается, что врачи соседних с Москвой регионов стараются перебраться в столицу ввиду высоких зарплат.

В целях преодоления такого дефицита медицинских кадров министром Скворцовой предлагается целевой контрактный прием: трехсторонний договор, заключаемый студентом, регионом и вузом, где четко прописаны обязательства молодого врача – выпускника медицинского вуза – вернуться и работать в определенном регионе. ■



Больше врачей - хороших и разных

В сентябре 2013 года состоялся Координационный совет по послевузовскому и дополнительному профессиональному образованию специалистов здравоохранения ПФО, на котором выступила заместитель директора Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России Ирина Купеева. Она дала количественную и качественную характеристику кадрового состава системы здравоохранения, отметила нехватку врачей различных специальностей. К счастью, урологов в этом списке нет. Но проблема касается всех медицинских работников, поэтому мы предлагаем ознакомиться с основными моментами выступления И. Купеевой.

Основные моменты доклада

И.Купеевой:

• Ежегодно ВУЗы Минздрава России выпускают 23 000 специалистов, получивших высшее медицинское образование на бюджетной основе;

• к этой цифре надо прибавить выпускников, получивших образование в системе Министерства образования и науки России, т.е. общее число выпускников-бюджетников достигает отметки 30 000 человек.

• дефицит врачебных кадров, необходимых для реализации программы государственных гарантий, составляет 40 000 человек;

• дефицит врачей анестезиологов-реаниматологов составляет около 50%,

не хватает врачей-психиатров и патологоанатомов;

Министерством здравоохранения России разработан ряд мер, для уменьшения дефицита врачей, который включает:

• совершенствование планирования и использования кадровых ресурсов,

• совершенствование системы подготовки специалистов;

• формирование и расширение системы материальных и моральных стимулов медработников;

• мониторинг кадрового состава системы здравоохранения;

• формирование регистра медицинских работников с целью формирования кадрового профиля отрасли;

СОНИРИД ДУО

0,4 мг тамсулозин + 5 мг финастерид



Мужской набор

Комбинированное
лечение ДГПЖ
без лишних затрат!



ГЕДЕОН РИХТЕР

реклама

В системе здравоохранения РФ сегодня работают 2 162 тыс. медработников. Из них 639 тыс. врачей и 1 299 тыс. средних медработников системы Минздрава России, а также 104 тыс. врачей и 120 тыс. средних медработников других ведомств и организаций частной собственности. В настоящее время соотношение врач/средний медработник в РФ составляет 1/2, при этом в сельской местности это соотношение равно 1/4. В целом по стране показатель обеспеченности врачами составляет 44,7 на 10 тыс. населения, показатель обеспеченности средними медработниками составляет 90,8 на 10 тыс. населения. В сельской местности данные показатели соответственно равны 13,1 и 54,2 на 10 тыс. населения.

• введение в регистр блоков, позволяющих вести анализ в рамках целевого набора студентов – отслеживать информацию о «целевых» студентах – ка каких курсах учатся, какие регионы их направили на учебу, когда закончится их обучение и где они будут трудоустроены. «Дефицит врачебных кадров в бли-

жайшее время может быть ликвидирован достаточно спокойно», – подчеркнула Ирина Купеева, выразив уверенность в действенности предложенных мер. ■

*Материал подготовила
В.А. Шадеркина*



Литолиз крупного камня почки препаратом Уралит



В.Н. Крупин

д.м.н., профессор, заведующий
кафедрой урологии
ГБОУ ВПО Ниж ГМА Минздрава РФ



О.С. Стрельцова

к.м.н., доцент кафедры урологии
ГБОУ ВПО Ниж ГМА Минздрава РФ

Анамнез заболевания

Больную К., 1947 года рождения, с 2011 года беспокоили тупые боли в правой поясничной области. 05.05.2011 она обратилась к урологу по месту жительства, где ей был назначен один из фито-препаратов и даны рекомендации по соблюдению диеты.

Далее пациентка обследовалась в клинике «Садко», где после выполнения УЗИ 14.05.11 был установлен диагноз: *Мочекаменная болезнь. Коралловидный камень правой почки.* 02.06.11 выполнена рекомендованная урологом обзорная и экскреторная урография. Однако анализ мочи, посев мочи на флору не выполнялись.

В ноябре – декабре 2011 года боли в поясничной области усилились. Обратилась к урологу областной больницы им. Н.А. Семашко.

Сопутствующая патология: Гипертонической болезнью страдает 15 лет, сахарным диабетом II типа – 2 года. Диагноз – подагра – установлен в 2011 году. До настоящего времени был один классический эпизод обострения подагры – воспаление плюсне-фалангового сустава большого пальца правой стопы.

Объективно: Нормостенического телосложения. Питание повышенное.

Почки не пальпируются. Симптом поколачивания – отрицательный.

Обследование:

Выполнено УЗИ почек 14.05.2011 г. (рис. 1), обзорная и экскреторная урограммы – 02.06.2011 (рис. 2, 3). Функция левой почки своевременная, справа – замедленная; чашечно-лоханочная система слева не расширена, справа – каликоэктазия. ■



Рис. 1. Ультразвуковое исследование 14.05.2011 года. В верхней группе чашечек правой почки визуализируется гиперэхогенное включение 27 мм с выраженной акустической тенью, калликопиелоектазия



Рис. 2. Обзорная урограмма. В проекции правой почки на уровне L2-3 слабоконтрастная тень конкремента 27 мм в диаметре

На момент усиления болей по УЗИ 27.11.11 г. наличие конкремента правой почки подтверждено.

Анализ мочи от 30.12.11 г.: лейкоциты – сплошь в п/з; эритроциты-8-10 в п/з; pH – 7,0; бактерии+.

Диагноз: Мочекаменная болезнь. Коралловидный камень правой почки. Калькулезный пиелонефрит.

Лечение: Был назначен в/м амикацин – 7 дней, затем нолицин по 400 мг 2 раза в день 10 дней.

После курса антибактериального лечения и нормализации анализов мочи, выявлено наличие у пациентки кислой мочи (pH до 5,0).

Обоснование терапии: Учитывая наличие сопутствующей патологии – подагры, урикоземии на фоне ацидурии, отсутствие бактериурии, решено начать литолитическую терапию препаратом **Уралит**.

Параллельно назначен аллопуринол, от приема которого пациентка воздержалась.

Начат прием препарата Уралит (январь 2012 г.). Подбор дозы производили 3 раза в день согласно инструкции.

Динамическое обследование 23 марта 2012 года.

Выполнено УЗИ почек: в синусе правой почки лоцируются множественные анэхогенные образования округлой и неправильной формы, размерами 2,0-1,5 см (больше данных за синусные кисты). В нижней группе чашечек лоцируется гиперэхогенный сигнал диаметром 5 мм со слабой эхогенностью (камень), в



Рис. 3а и 3б. Экскреторные урограммы на 7 и 15 минутах

верхней группе чашечек лоцируются гиперэхогенные сигналы размерами 1,2 и 2,7 см с акустической тенью (камни). Синусные кисты левой почки.

Динамическое обследование 29 июня 2012 года.

Анализ мочи от 29.06.12: Лейкоциты – 8-10 в п/з; Эритроциты – 5-8 в п/з; рН – 5,0; бактерии+.

29.06.12 г. мочевая кислота крови – 573 мкмоль/л (N – 140-340)

Динамическое обследование 15 октября 2012 года.

15.10.2012 г. выполнено динамическое обследование:

Анализ мочи от 15.10.12 г.: Лейкоциты- 0-1 в п/з; Эритроциты-2-4 в п/з
рН – 6,5; бактерии – нет.

15.10.12 г. Мочевая кислота крови – 458 мкмоль/л (N – 140-340)

УЗИ от 15.10.12 г. – в синусе правой почки лоцируются множественные анэхогенные образования округлой и неправильной формы, размерами 2,0-1,5 см (больше данных за синусные кисты). В верхнем полюсе субкортикально лоцируется анэхогенное образование 5 мм (киста?), в верхней группе чашечек – гиперэхогенный сигнал диаметром 5 мм со слабой акустической тенью (камень?). Синусные кисты левой почки. Заключение: Синусные кисты обеих почек. Камень правой почки.

Динамическое обследование в феврале и апреле 2013 года.

Жалоб у пациентки нет. Боли в суставах не беспокоят. ■



Рис. 5. Ультразвуковое исследование 28.04.2013 года. Множественные синусные кисты почки. Конкременты не выявлены

МКБ относится к хирургическим заболеваниям, т.к. избавиться от камня в почке или в мочевых путях можно только хирургическим путем. За последние 10-15 лет все шире методом выбора лечения МКБ является дистанционная (ДЛТ) или контактная (КЛТ) литотрипсия. Однако после литотрипсии остается актуальной проблема отхождения мелких фрагментов, а также развития рецидива МКБ, т.к. у больных впервые перенесших почечную колику на фоне МКБ, через 1 год отмечается рецидив у 15% пациентов, через 5 лет – у 35%, через 10 лет – у 50%.

Данный клинический случай ярко продемонстрировал литолитические возможности препарата Уралит-У в лечении крупного камня почки с благоприятным исходом. ■

Единой концепции патогенеза МКБ до настоящего времени нет, но ведущая роль в патогенезе связана с рядом сложных физико-химических процессов, происходящих как в организме в целом, так и в мочевыводящих путях. Одной из причин является перенасыщение мочи солями в связи с избыточным их выделением при обменных нарушениях, малом диурезе, особенно если реакция мочи способствует их кристаллизации.

Лечение мочекаменной болезни +
Растворяет уратные камни + Предупреждает
нефролитиаз + Доказательства эффективности
в многочисленных РКИ + **Оригинальный**
препарат + *Немецкое качество +* **Одобен EAU®**



Полную информацию о препарате можно прочитать в инструкции по применению.

В комплекте мерная ложечка, зажим и индикаторная бумага.

Регистрационное удостоверение П №007951 от 09.06.2010

117198, г. Москва, Ленинский пр-т, 113/1, оф. 404 В. Тел.: +7 (495) 933-67-94

www.rottapharm-madaus.ru

* EAU — Европейское общество урологов



От производителя оригинального лекарственного препарата ДОНА®

Роль низкодозной компьютерной томографии в диагностике мочекаменной болезни



Р.А. Моллаев
клинический ординатор



В.М. Обидняк
клинический ординатор

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины, г. Санкт-Петербург

За последние двадцать лет существенно возросла роль компьютерной томографии в диагностике различных патологических процессов. При этом соответственно возросла и доза облучения, которая, как известно, может приводить не только к увеличению риска возникновения онкологических заболеваний, но и к изменениям генетического материала клеток.

Международная Комиссия по Радиологической защите (NCRP) установила, что эффективная доза облучения не должна превышать 50 мЗв в год и 100 мЗв в течении пяти лет. По данным NCRP от 2008г. доля компьютерной томографии (КТ) среди различных лучевых методов исследования составляет приблизительно 24%. Были проведены различные исследования отдаленных последствий после выполнения КТ. Так по данным Berrington, Arch Int (2009) в США ежегодно проводится 70 миллионов КТ исследований и рак может потенциально возникнуть в

29000 случаев, что представляет довольно серьезную угрозу.

Исследователями было подсчитано, что эффективная доза трех КТ исследований органов брюшной полости и малого таза, выполненных по стандартному протоколу, эквивалентна радиационной дозе, полученной выжившими людьми в радиусе трех километров от эпицентра взрыва атомной бомбы в Японии.

Вероятность развития негативных последствий высокой лучевой нагрузки, таких как рак или опухолевые заболевания крови у детей в 5 раз больше по

сравнению со взрослыми.

Таким образом, снижение лучевой нагрузки у детей становится особенно актуальным.

В настоящее время компьютерная томография является одним из ведущих методов визуализации различных патологических процессов в организме человека, что обусловлено высокой точностью метода в определении макроструктуры исследуемых частей тела.

У пациентов с почечной коликой нативная компьютерная томография считается наиболее оптимальным методом диагностики не только локализации камня, но и получения таких ценных для планирования лечения данных как плотность камня и расстояние от кожи до камня. Ее чувствительность и специфичность составляет 96% и 100% соответственно, что значительно выше информативности экскреторной урографии.

Данное исследование быстро предоставляет нам необходимую информацию, так как имеет сравнительно невысокую длительность процедуры. При использовании 64 срезового КТ покрытие 3х зон (грудная клетка, живот, таз) занимает не более 30 секунд.

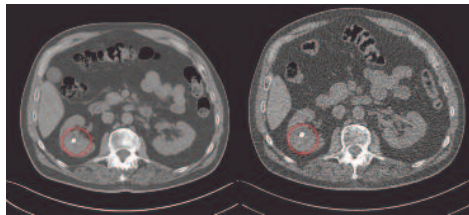
На этом диагностические возможности не исчерпываются – также мы получаем информацию о сопутствующих патологических процессах, таких как новообразование почки и др, диагностика которого на ранних стадиях чаще всего носит инцидентальный характер.

Основным недостатком КТ остается высокая эффективная доза, которая в разы вырастает при использовании контрастного усиления.

Зачастую при диагностике МКБ мы сталкиваемся с молодыми пациентами. Также мы знаем, что мочекаменная болезнь склонна к рецидивирующему течению, поэтому этим пациентам требуется повторные КТ исследования. Снижение лучевой нагрузки имеет большое значение для обеспечения высокого качества обслуживания и безопасности пациентов.

Средняя эффективная доза при КТ по стандартному протоколу составляет 4.55 мЗв, при КТ с контрастным усилением она составляет около 25-35 мЗв. Тогда как при КТ по низкодозному протоколу используется эффективная доза, равная 0.9-1.9 мЗв. (EAU Guidelines 2013)

Мочевые камни имеют большую плотность, нежели окружающие их ткани. Следовательно, уменьшая силу (mA) и напряжение (kV) тока, подаваемого на трубку компьютерного томографа, мы получим результат, ■



Слева изображение, полученное при обычном режиме; справа- при низкодозном. Визуализация камня и точность передачи размеров не отличаются.

практически не отличимый от полученного при стандартном протоколе.

Были проведены исследования, сравнивающие использования низкодозового и стандартного КТ протокола. При НДКТ специфичность и чувствительность диагностики уролитиаза составляет 95%.

То есть проведение КТ для диагностики мочекаменной болезни по стандартному протоколу нецелесообразно, так как пациент получает большую дозу облучения, чем при НДКТ. При этом диагностическая ценность не претерпевает каких-либо изменений.

На сегодняшний день имеется лишь один фактор, ограничивающий применение данного метода – это пациенты с избыточной массой тела.

Согласно данным EAU от 2013 года НДКТ эффективно у пациентов с индексом массы тела менее 30 кг/м².

В Санкт-Петербурге мы произвольно выбрали 26 клиник, имеющих в своем распоряжении аппарат МСКТ. Был произведен телефонный опрос, в ходе которого выяснилось, что только четыре из них знакомы с процедурой НДКТ. Проведение НДКТ не требует каких-либо дополнительных затрат как для клиники, которая эксплуатирует аппарат, так и для пациента. На современных компьютерных томографах ведущих мировых брендов, таких как Siemens или Philips имеется программное обеспечение, позволяющие одним кликом мышки включить низкодозный режим

(Reduce dose или Dose Right соответственно). На более старых моделях, в том числе и других фирм можно снизить ручные показатели силы тока (mA) и напряжения (kV) рентгеновской трубки и таким образом уменьшить лучевую нагрузку на пациента.

Возрастание степени воздействия естественного и техногенного ионизирующего излучения, рост числа онкологических заболеваний требует от нас искать альтернативные пути и алгоритмы для снижения лучевой нагрузки при диагностике МКБ. Хочется отметить тот факт, что имея многочисленные данные различных исследований касающихся эффективности НДКТ при диагностике мочекаменной болезни и имея возможность проведения данного исследования в России оно не получило широкого распространения. Для сравнения в США, Калифорния в 2010г. был принят законопроект, определяющий строгие показания к проведению КТ, а также выбор дозы излучения в каждом конкретном случае.

Хочется верить, что в недалеком будущем данная проблема в нашей стране будет разрешена.

В клинике ВЦЭРМ одним из главных приоритетов является высокое качество обслуживания пациентов, поэтому мы давно ввели НДКТ в золотой стандарт обследования больных с подозрением на почечную колику и мочекаменную болезнь, тем самым, избавив пациента от избыточной лучевой нагрузки. ■



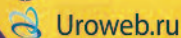
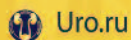
Курс по детской Урологии Европейской Ассоциации Урологов

28-30 мая 2014

**XII Образовательный курс
по детской урологии
Европейской Ассоциации Урологов
в рамках III Всероссийской школы по детской
урологии-андрологии
«Новое в детской урологии-андрологии»**

Отправить тезисы можно на электронную почту
pediatricschool@yandex.ru.
до 1 марта 2014 года

Информационные партнеры



Uro.TV

ИД «УроМедиа»

Контакты:

Шадеркина Виктория Анатольевна

Тел. +79260175214 E-mail: viktoriashade@uroweb.ru

www.uro.ru/meets/pediatric_urology_2014

Участие в школе платное

Медицинский понедельник 2013 год

Какой интерес представляет Нобелевская премия 2013 года в медицине для урологов?



А.С. Паевский
Специальный корреспондент
«Дайджеста урологии»

Каждый год в начале октября весь научный мир замирает в ожидании и начинает делать ставки. Вот уже второе столетие в октябре объявляют имена тех, кто получает самую престижную научную премию – знаменитую «нобелевку». Из всех естественных наук Альфред Нобель в своем завещании упомянул три – физику, химию и медицину вместе с физиологией. И традиционно, Нобелевская неделя начинается с медицинского понедельника. Кому же в этом году повезло получить приглашение на декабрьскую церемонию, где они получают диплом, медаль и чек на крупную сумму?

Итак, знакомьтесь, нобелевская премия по физиологии или медицине (в нашей стране принято упоминать союз «и», однако официально везде пишется «Nobel Prize in Physiology or Medicine») за 2013 год.

В этом году в выборе «или»-«или» победила классическая физиология, хотя можно не сомневаться, что работы лауреатов уже сыграли и еще сыграют важную роль и в медицине. Лауреатами стали Джеймс Ротман (США), Рэнди Шекман (США) и Томас Зюдхоф (он ро-

дился и получил степень в Германии, но с 1983 года тоже работает в США). Это сравнительно молодые – от 57 до 64 лет – и ныне активные ученые (напомним, что в прошлом году одним из лауреатов стал Джон Гёрдон, справивший в 2013-м 80-летие за работу более чем полувековой давности). Они поделят более миллиона долларов на троих за очень долгий и кропотливый труд. Каждый из этих ученых выяснял, как работает в клетках организма транспортная система – внутри клетки и между клетками.

Транспорт внутри организма

Когда на планете жизнь смогла сделать шаг от прокариот – безъядерных одноклеточных, какими, к примеру, являются археи или бактерии к эукариотам, в клетке началось «разделение труда». Появилось много органелл, которые выполняют каждая свою функцию. Но появилась и проблема, особенно усугубившаяся с появлением многоклеточных организмов – органеллы в клетках и клетки между собой должны обмениваться веществами – сигнальными молекулами, ферментами, гормонами, «топливом» и так далее.

Весь этот транспорт должен функционировать лучше «Почты России», и доставлять то, что надо, туда, куда надо и точно в срок, иначе нарушится работа организма.

Эта сложная работа делается при помощи везикул. Молекулы в клетке «упаковываются» в мембранный пузырек, снабжаются сигнальным белком – своеобразным адресом – и отправляются по назначению. Собственно, по-латыни vesicula и означает – «пузырек».

С трех сторон

Три цитолога – Ротман, Шекман и Зюдхов – подошли к изучению проблемы везикулярного транспорта в клетке каждый со своей стороны.



Рэнди Шекман (сам учившийся у нобелевского лауреата Артура Корнберга) изучал транспортную систему клетки со стороны генетики. Изучая достаточно простой организм пекарских дрожжей, ему удалось выделить целых 23 гена, отвечающих за работу везикул. Он установил и то, какие гены отвечают за транспорт внутри клетки, а какие – за ее пределы. Ключевая работа Шекмана была опубликована в 1979 году.



Джеймс Ротман же пошел другим путем – он занялся изучением молекулярного механизма внутриклеточного транспорта *in vitro*. В его совместной работе с Шекманом, опубликованной в 1992 году и в более ранних работах самого Ротмана он показал, что когда от клеточной мембраны отпочковывается везикула с «грузом», она снабжается специальным белком, одним из тех, что кодируется генами, открытыми Шекманом. Это – белок-ключ. В точке назначения ждет другой белок, «замок», который распознает «ключ» и обеспечивает слияние ■

мембран везикулы и пункта доставки.



Томас Зюдхоф же изучал один конкретный, но очень важный случай везикулярного транспорта – случай передачи нервного импульса. Как известно, от нейрона к нейрону импульс передается в синапсе при помощи веществ-нейромедиаторов, которые тоже «упаковываются» в везикулы. В случае передачи нервного импульса очень важен временной контроль слияния мембран везикулы и мишени. Было очевидно, что процесс слияния мембран запускается извне, но как? В своих работах на рубеже тысячелетий Зюдхоф показал, что этот процесс регулируется изменением концентрации ионов кальция в околосинаптическом пространстве. А до того «на страже» стоят белки комплексина или синаптотаксина, которые «не пускают» везикулы к мембране. Но – как только концентрация ионов кальция достигает нужного уровня, белки «дают добро» на слияние.

Таким образом, три лауреата внесли каждый свой фрагмент в формирование нашего понимания того, как различные вещества путешествуют по клеткам и между ними. Шекман установил, какие

гены отвечают за транспорт, Ротман – как везикулы узнают, куда им попадать, а Зюдхоф – о том, как везикулы узнают, когда им нужно доставить свой груз. Разумеется, эти работы, как и работы по изучению моторных белков, при помощи которых везикулы перемещаются от старта к финишу (авторы пока не получили Нобеля, но уже удостоены «премии Нобелевской» премией Ласкера) – это не простое академическое любопытство, хотя узнавать как устроен организм очень важно.

Эти достижения открывают широкую дорогу медикам – ведь используя естественные транспортные пути клетки можно гораздо более эффективно доставлять лекарственные препараты к цели. В первую очередь это актуально для таргетной терапии, смертельной для раковых клеток и щадящей здоровые, которая так востребована в онкологии. ■



20 лет на страже урологического здоровья

Отчет о конференции, посвященной 20-летию Республиканского урологического центра

г. Махачкала, Дагестан

30 октября 2013 года в столице Республики Дагестан в городе Махачкале прошла конференция, посвященная 20-летию Республиканского урологического центра «Состояние и пути совершенствования урологической помощи».



В Президиуме - лидеры урологии Республики Дагестан

Юбилей Республиканского урологического центра (РУЦ) стал знаковым событием для всей системы здравоохранения Республики Дагестан, так как в регионе отмечаются относительно высокие показатели урологической заболеваемости, а данное учреждение является главным профильным учреждением республики.

В работе мероприятия участвовали более 200 человек, в том числе и представители и руководство Министерства здравоохранения Республики Дагестан, руководители ведущих республиканских

и муниципальных ЛПУ, специалисты из Москвы, Санкт-Петербурга, Махачкалы и других городов.

Министр здравоохранения Республики Дагестан д.м.н. профессор Т.И. Ибрагимов в своем выступлении подчеркнул важную роль РУЦ в системе республиканского здравоохранения. В нем сосредоточен основной кадровый и научный потенциал по этой специальности. Доклад главного врача РУЦ Д.П. Гаджиева был посвящен истории создания и анализу многолетней клинической работы учреждения. Заведующий кафедрой ■



урологии Дагестанской государственной медицинской академии доктор медицинских наук, профессор М.Г. Арбулиев в своем докладе показал, какая научная и педагогическая работа проводится на базе РУЦ, который имеет богатый опыт сотрудничества с головным отраслевым учреждением Российской Федерации – НИИ урологии. В связи с этим в работе конференции активное участие приняли сотрудники НИИ урологии. В рамках программы конференции Московскими коллегами было сделано 6 сообщений по различным актуальным урологическим темам.

Главный научный сотрудник, помощник директора по научно-консультативной работе, д.м.н. Катибов М.И. рассказал о профилактике урологических заболеваний.



«Роль дистанционного образования в подготовке урологов в Российской Федерации» – с такой актуальной темой выступил перед коллегами урологами зав. отделом постдипломного образования НИИ урологии, д.м.н. Казаченко А.В.

В своем выступлении он поделился опытом проведения курсов дистанционного образования, который накоплен в НИИ урологии за 2012-2013 гг:

За 2012-2013 гг. под эгидой НИИ урологии:

- проведено 12 курсов (циклов)
- сделаны видеозаписи 175 лекций
- 67 преподавателей-лекторов из 15 учреждений, их которых:
 - профессоров – 17
 - докторов медицинских наук – 19
 - кандидатов медицинских наук – 21



- **всего на курсы по всем циклам зарегистрировано 1798 специалистов (98% из них урологи)**

- **количество специалистов, полностью прошедших курсы – 573**

- **на этапе подготовки и создания – 9 курсов.**

Результатами использования Роватинекса при мочекаменной болезни поделился д.м.н., старший научный сотрудник НИИ урологии Яровой С.К.

Эффективность препарата «Роватинекс» для лечения мочекаменной болезни всесторонне доказана. За период с 1954 (год регистрации препарата для клинического применения) по 2011 гг. общее число участников испытаний препарата приближается к 2000 человек.

Два рандомизированных плацебо-контролируемых исследования свидетельствуют о достоверно более высокой вероятности самостоятельного отхождения конкрементов, локализующихся в мочеточнике при применении Роватинекса, составляющей соответственно 78% и 67,9%; в группах, получавших плацебо – соответственно 52% и 50% (Mukamel E. et al., 1992; Romics I. et al, 2010).

Prisop C. et al (2004) продемонстрировали преимущества комбинированного назначения Роватинекса и селективных α_1 -адреноблокаторов (тамсулозина) при локализации камня в интрамуральном отделе мочеточника.

По данным НИИ урологии вероятность самостоятельного отхождения камня мочеточника вне зависимости от его локализации на фоне приема Роватинекса составляет 73%. При нахождении камня в нижней трети мочеточника вероятность его отхождения на фоне назначения Роватинекса возрастает до 83%. При традиционной терапии самостоятельно отходят 32% конкрементов мочеточника и 51% камней при локализации в нижней его трети (Сивков А.В. и соавт., 2011).

Для мочегонных фитопрепаратов характерен антисептический эффект, которым в полной мере обладает Роватинекс. Включение данного препарата в схему комплексной терапии хронического калькулезного пиелонефрита позволило сократить сроки достижения ремиссии в среднем в 1,4 раза по сравнению с контрольной группой (Азизов А.П., 2011).

Благодаря практически полному отсутствию токсичности и побочных действий Роватинекс может назначаться не только взрослым пациентам, но и детям с 6 лет. Недавно завершившееся исследование эффективности этого препарата в детской урологической практике подтвердило отличную переносимость даже полугодовых курсов Роватинекса детьми, которым проводилось длительное стентирование мочеточника в связи с гидронефрозом. На фоне приема препарата ■ не отмечалось ни одного случая потери



функции дренажа по причине его инкрустации (Гуденко Ю.А., Казанская И.В. и др. 2013).

Докладчик считает, что, учитывая хорошую доказательную базу, препарат целесообразно включать в формулярные перечни урологических клиник, особенно занимающихся дистанционной ударно-волновой литотрипсией, а также стационаров, оказывающих урологическую помощь детям.

При комплексной терапии хронического обструктивного пиелонефрита Роватинекс выступает в качестве диуретика, обладающего антисептическим действием, способного потенцировать эффекты антибактериальных средств и сокращать сроки достижения ремиссии.

В связи с практически полным отсут-

ствием побочных действий и токсичности Роватинекс может назначаться на длительный срок при стентировании мочеточника для предотвращения инкрустации дренажа.

С темой неосложненных инфекций нижних мочевых путей у женщин, алгоритмами их диагностики и лечения урологов ознакомил старший научный сотрудник НИИ урологии, к.м.н. П.Л. Хазан. Зам. главного врача по медицинской части НИИ урологии, к.м.н. Р.Р. Фатихов прочитал доклад «Современные подходы к лечению крупных и коралло-видных камней почек».

Большой интерес присутствующих вызвал второй доклад д.м.н., старшего научного сотрудника НИИ урологии С.К. Яровой по эмпирической терапии



осложненных форм пиелонефрита. До настоящего времени лечение пиелонефрита остается одной из основных проблем в урологии. Особую группу составляют осложненные формы пиелонефрита, возникающие на фоне тяжелых соматических заболеваний (почечная недостаточность, декомпенсированный сахарный диабет, ВИЧ-инфекция и другие иммунодефицитные состояния).

При лечении пиелонефрита на фоне почечной недостаточности отдается предпочтение препаратам печеночного или двойного пути выведения (цефоперазон, пefлоксацин) и максимально ограничивается использование нефротоксических лекарственных средств (аминогликозиды, гликопептиды). Уменьшение дозировок остальных антибактериальных препаратов необходимо при скорости фильтрации 40 мл/мин и ниже. При терминальной почечной недостаточности дозировки цефалоспоринов и фторхинолонов, имеющих почечный путь выведения, должны быть уменьшены в 4 раза, аминопенициллинов, в том числе и ингибиторзащищенных – на 2/3.

При лечении пиелонефрита на фоне декомпенсированного сахарного диабета в виду высокой вероятности грамположительной инфекции (стафилококк, энтерококк) в качестве препарата первого ряда выступает ингибиторзащищенный

аминопенициллин. Резервом являются ципрофлоксацин и цефтазидим.

Выбор лекарственных средств для эмпирической терапии пиелонефрита на фоне иммунодефицита напрямую зависит от выраженности последнего. Если у пациента не наблюдается крайне тяжелого, мало совместимого с жизнью иммунодефицита, всевозможных экзотических возбудителей можно не учитывать. Даже у больных после трансплантации почки, получающих двух-трехкомпонентную иммуносупрессивную терапию, основными возбудителями неспецифических инфекционно-воспалительных заболеваний, в том числе и пиелонефрита трансплантата те же самые грамотрицательные палочки, что и у пациентов с условно нормальным иммунитетом. Поэтому эмпирическая антибактериальная терапия проводится по базовым методикам – стартовая терапия неантисинегнойными цефалоспоридами III поколения или фторхинолонами II поколения, в качестве резерва – цефтазидим и карбапенемы.

При пиелонефрите на фоне нейтропении (например, обусловленной массивной химиотерапией опухолей) подбор препаратов очень сложен из-за слишком широкого круга возбудителей. Принципиально важна возможность наличия госпитальных полирезистентных штаммов. Обычно сразу назначается ■

цефтазидим или карбапенем в сочетании с ванкомицином. Так как в условиях нейтропении существует реальная опасность глубоких микозов или даже грибкового сепсиса, есть смысл схему терапии превентивно дополнить флюконазолом.

Антибактериальная терапия пиелонефрита на фоне ВИЧ-инфекции во многом определяется стадией фонового заболевания. При условно сохранном иммунитете или умеренно выраженном иммунодефиците (II – IIIa стадии) эмпирическая терапия проводится по базовым методикам. При пиелонефрите на фоне более поздних стадий ВИЧ-инфекции необходимо предусматривать возможность атипичных и редких возбудителей, что вынуждает рекомендовать комбинированные схемы с максимально широким спектром антимикробной активности и обладать широким спектром действия: ципрофлоксацин или пefлоксацин + нитроимидазол или инги-

биторзащищенный аминопенициллин + аминогликозид. В качестве резерва выступают: цефоперазон/сульбактам, цефтазидим, карбапенемы, ванкомицин.

После окончания научной части программы конференции состоялась рабочая встреча делегации НИИ урологии и главного врача РУЦ, к.м.н. Гаджиева Д.П., в ходе которой были достигнуты соглашения о продолжении дальнейшего сотрудничества между НИИ урологии и РУЦ, по различным региональным программам.

На следующий день после окончания конференции была организована экскурсия по горным районам Дагестана, в ходе которой сотрудники НИИ урологии и гости из других регионов России получили уникальную возможность ознакомления с культурой, этносом и богатой природой этого красивейшего уголка нашей страны. ■

*Отчет подготовили М.И. Катибов,
В.А. Шадеркина*



Выводит песок и мелкие конкременты при мочекаменной болезни за счет спазмолитического, диуретического, противовоспалительного и противомикробного действия натуральных терпенов

Доказанный литокинетический эффект

При уролитолизе Роватинекс увеличивает долю пациентов с полным освобождением от камней в 2,8 раза*

Традиционная терапия

Терапия + Роватинекс



*Н.К. Дзеранов, А.В. Сивков и соавт. "Результаты применения препарата Роватинекс у больных уролитоизмом". Журнал "Экспериментальная и клиническая урология" (№4' 2011)

Роватинекс назначается взрослым и детям с 6 лет

Фитопрепарат с литолитическим, спазмолитическим, антибактериальным и диуретическим действием. Капсулы кишечнорастворимые сферические желатиновые, желтого цвета. Содержание в одной капсуле: анетол (4 мг), борнеол (10 мг), камфен (15 мг), альфа- бета-пинен (31 мг), фенхон (4 мг), цинеол (3 мг). Вспомогательные вещества: масло оливковое.

Показания к применению препарата Роватинекс:

- мочекаменная болезнь (нефролитиаз, уролитиаз)
- профилактика образования камней в почках и мочевыводящих путях



Подробнее на www.rowatinex.ru

Производитель: Рова Фармасьютикалс Лтд, Ирландия
Официальный дистрибьютор - ЗАО "Мединторг"
+7 (495) 921-25-15 | www.medintorg.ru



МЕДИНТОРГ
акционерное общество

Новый урологический «закон мочеиспускания»



С. В. Шабанова
Журналист

У человека, слона и маленькой мышки-полевки есть одна общая черта. Нет, не потому, что они млекопитающие. И не потому, что теплокровные. Просто всем животным, включая двуногих прямоходящих, требуется примерно одно и то же время на посещение туалета.



Нелегким трудом подсчета продолжительности мочеиспускания занялись ученые из Технологического университета штата Джорджия, США. Для этого они вооружились высокоскоростными камерами (как оказалось, гидродинамические исследования без них проходят не так весело – если верить недавно проведенным другой группой работам по изучению попадания струи мочи в унитаз) и отправились в зоопарк города Атланта.

Вторжение в интимную жизнь обитателей зоосада, заключающееся в съемке и

подсчете объема выделенной мочи закончилось выведением “Закона мочеиспускания”. Оказалось, что все зверушки – от мало до велика – опорожняют мочевой пузырь в среднем за 21 секунду. Ну, плюс-минус еще 13, в зависимости от длины уретры. Объем мочевого пузыря у изучаемых животных варьировался в 1000 раз – от 100 миллилитров до 100 литров, а при этом скорость потока мочи не зависела ни от объема мочевого пузыря, ни от частоты мочеиспускания, ни от положения мочеиспускательного канала относительно центра Земли.

Ученые из Джорджии искренне считают, что получили крайне важные результаты, которые помогут как медикам, так и изобретателям в области гидродинамических систем, которые обзаведутся новым эталоном времени слива жидкости, разработанным самой природой. Не считая плюс-минус 13 секунд. ■

УРОЛОГИЯ



*Не терпый ритм в профессии!
Не терпый ритм в профессии!*



Дистанционные образовательные курсы в урологии

UroEdu.ru

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
 - Кырпа Виктория Ивановна
 - Гарманова Татьяна Николаевна
 - Коршунов Максим Николаевич
- » Дизайн и верстка Белова Оксана Анатольевна
- » Корректор Болотова Елена Владимировна

Тираж 5000 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.



Омник Окас для лечения СНМП/ДГПЖ*

Когда поход
в туалет может стать
ночным кошмаром

RUS/ГОС/03.201.34-FRE/100/04

Для специалистов здравоохранения



Представительство компании "Астеллас Фарма Юроп Б.В."
109147, Москва, ул. Марксистская, д. 16
Тел.: (495) 737-07-55 Факс: (495) 737-07-57

 **Омник Окас**
тамсулозин

Заряд силы на следующий день

*Инструкция по медицинскому применению препарата Омник ОКАС

Регистрационное удостоверение: № ЛС 000849 от 24.02.2011



Издательский дом «УроМедиа»