

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ:

Достижения
русской
урологии на
момент 2015 года

9 место в мире
по демографии

Урологический
импрессионизм

Мини,
ультра-мини, микро
нефролитотрипсии



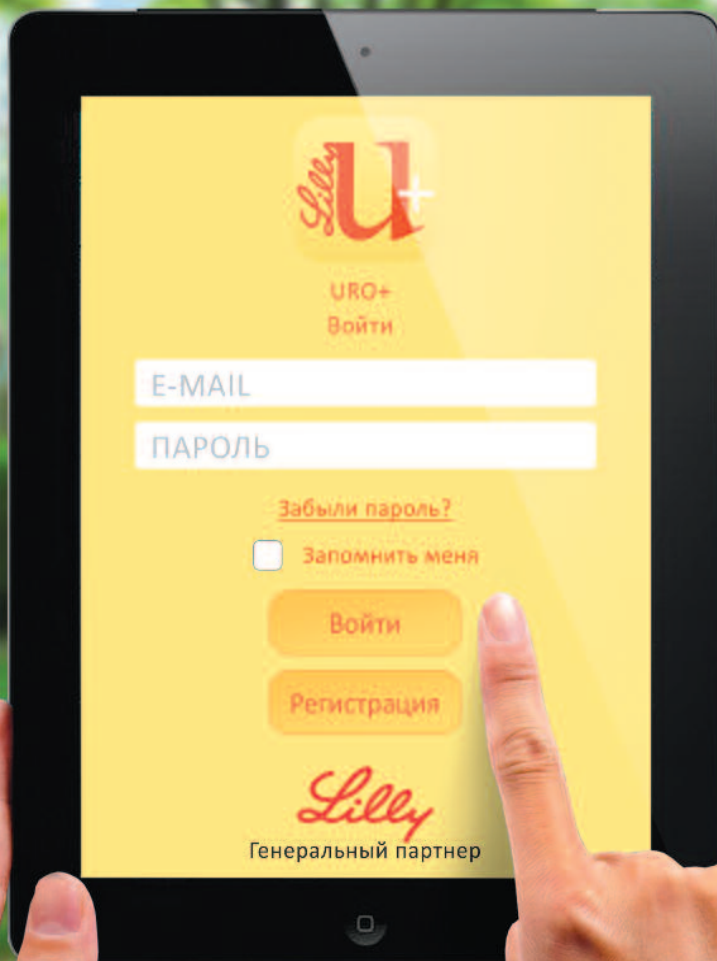
ТЕМА НОМЕРА:

Интегральная теория в хирургии тазового дна: от анатомии к функции



Мобильное приложение для урологов

*Всегда в курсе всех
урологических новостей!*



App Store



Google play



·» Тема номера: Интегральная теория в хирургии тазового дна: от анатомии к функции	2
·» XV Конгресс РОУ «Урология в XXI веке»:	
·» Достижения российской урологии на момент 2015 года.....	7
·» 3D-принтинг в мире и России.....	22
·» Фунт профилактики стоит пуда лечения	28
·» 9 место в мире по демографии	32
·» Урологический импрессионизм	36
·» Все внимание – на детей	42
·» Восстановление эректильной функции после радикальной простатэктомии: мнение эксперта	46
·» Отчет о VIII научно-практической конференции урологов восточной Сибири с международным участием «Актуальные вопросы урологии»	52
·» Мини, ультра-мини, микро нефролитотрипсии.....	56
·» II научно-практическая конференция «Мочекаменная болезнь: современные аспекты амбулаторной практики»	59
·» Форум ОНФ:	
·» Острые вопросы российской медицины	60
·» Мнение Президента: ликвидация бесплатных медицинских услуг незаконна	62
·» Новые принципы рекламы лекарств	63
·» Новые медики взамен сокращенных	64
·» V Юбилейная Всероссийская школа по детской урологии-андрологии	66
·» Производитель БАД для повышения потенции отозвал свой продукт из обращения.....	68
·» Кто на свете всех милее?.....	70

Интегральная теория в хирургии тазового дна: от анатомии к функции

Санкт-Петербург, 11 - 12 сентября 2015 года



Д.Д. Шкарупа
врач-уролог, д.м.н.
заместитель директора
Университетской
клиники СПбГУ

Не вызывает никаких сомнений тот факт, что единственным способом достичь наивысших результатов в современной хирургии является суперспециализация. Уже давно минули те годы, когда уролог мог на высоком для своего времени уровне заниматься и мочекаменной болезнью, и гиперплазией простаты, и онкологией, и урогинекологией. Объем знаний по каждому направлению сегодня колоссален и требует постоянного обновления. При этом и число ежегодно выполняемых узконаправленных операций в руках специалиста должно измеряться сотнями. Только такой подход может обеспечить высокий уровень эффективности и безопасности для пациентов.

Семинар, который был проведен на 11-12 сентября 2015 года под эгидой Северо-западного центра пельвиоперинеологии (СЗЦПП), Университетской клиники СПбГУ и Международного общества пельвиоперинекологии (ISPP) был посвящен реконструктивной хирургии тазового дна. Главным отличием мероприятия от аналогичных был выбранный угол зрения на проблему. Максимальное внимание было уделено не описанию конкретных хирургических технологий определенного производителя материалов (на чем зачастую все и заканчива-

ется), а вопросам анатомии, физиологии и патофизиологии, диагностике, профилактике и устранению осложнений, а также принципам организации лечения пациентов согласно действующему в РФ законодательству.

У коллектива нашей клиники, где выполняется более 500 реконструктивных операций на тазовом дне ежегодно, есть четкое понимание того, что «любительский» подход в этой области категорически недопустим. Зачастую недостаточное внимание к нюансам или попросту отсутствие необходимых знаний приводят к досадным осложне-



ниям и побочным эффектам. В рамках проведенного семинара мы постарались максимально полно ознакомить слушателей со всеми тонкостями хирургического лечения пролапса тазовых органов (ПТО) и стрессового недержания мочи (СНМ).

Выдающийся ученый современности, один из отцов-основателей протезной хирургии тазового дна, Питер Петрос (Австралия) прочитал часовую лекцию, посвященную Интегральной теории функционирования тазового дна – концепции, объясняющей связь между анатомическими дефектами связочно-фасциального аппарата тазового дна и функ-

циональными расстройствами, приводящими к жалобам пациенток. Он также провел мастер-класс по предоперационному осмотру пациенток и принял участие в живой хирургии.

В лекциях, посвященных хирургии стрессового недержания мочи (Гаджиев Нариман Казиханович) и пролапсу тазовых органов (Шкарупа Дмитрий Дмитриевич) были максимально полно освещены самые современные взгляды на проблему, а также многочисленные нюансы и тонкости, позволяющие избежать осложнений.

Важной особенностью теоретической части семинара было то, что ■

регламент докладов был достаточным – не менее 45 минут. А число вопросов в дискуссии – не лимитированным. Это позволило аудитории в свободной и не-принужденной форме получить ответы на все имеющиеся вопросы.

Уникальной частью семинара стала дискуссия, посвященная организационным вопросам оказания высокотехнологичной помощи в РФ (в том числе, возможностям организации «потока» пациентов с патологий тазового дна, законодательным аспектам, принципам работы в системе ОМС).

Во второй день семинара была проведена трансляция из операционной пяти реконструктивных вмешательств на тазовом дне (хирурги: Шкарупа Дмитрий Дмитриевич, Кубин Никита Дмитриевич, Питер Петрос). При этом, как и в первый день, была обеспечена возможность интерактивного общения практически без ограничений.

На этапе организации семинара нами предполагалось, что число участников ограничится не более чем 50 заинтересованными специалистами, в конечном же итоге участие приняли более 120 урологов, гинекологов и проктологов со всей страны. Мультидисциплинарный состав аудитории и свобода от регламента создали условия для интересных дискуссий, посвященных онкологическим аспектам сохранения

матки при лечении ПТО, урогенитальному эндометриозу, проктологическим расстройствам и др.

Всем участникам семинара была презентована переведенная на русский язык книга Питера Петроса «Женское тазовое дно», которая на сегодняшний день является единственным в РФ руководством по фундаментальным аспектам анатомии и физиологии тазового дна и Интегральной теории в хирургии ПТО и СНМ.

Приятной особенностью семинара было то, что его спонсорами выступили отечественный производитель материалов для хирургической реконструкции тазового дна ООО «Линтекс» и эксклюзивный дистрибьютор продукции этого предприятия ООО «РусБиоМатериалы». В практической деятельности Университетской клиники СПбГУ на сегодняшний день используются преимущественно отечественные имплантаты для лечения СНМ и ПТО с отличными ближайшими и отдаленными (до 5 лет) результатами.

Отдельную благодарность хочется выразить всему коллективу UroWeb.ru и Uro.tv, которые в несколько раз расширили аудиторию семинара, обеспечив трансляцию всего мероприятия в режиме реального времени. Материалы семинара и сейчас доступны на указанных ресурсах. ■



*Первая скрипка
в дистанционном
образовании!*

Непрерывное профессиональное
образование в урологии – UroEdu.ru



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



XV Конгресс Российского общества урологов «Урология в XXI веке»

В Санкт-Петербурге завершил свою работу XV Конгресс Российского общества урологов «Урология в XXI веке», который по праву можно считать историческим. Впервые ведущее мероприятие российских урологов было проведено совместно с Европейской Ассоциацией урологов. Три дня напряженной работы, огромное количество участников, беспрецедентная научная программа, онлайн трансляция, выставка фармкомпаний и дружеская обстановка надолго запомнятся урологам, приехавшим в северную столицу России.

В рамках одного издания невозможно осветить все интересные сессии и доклады. Специальные корреспонденты Дайджеста урологии выполнили обзор наиболее значимых выступлений, которые мы и представляем вашему вниманию.

Достижения российской урологии на момент 2015 года

На XV конгрессе Российского общества урологов, состоявшемся 18–20 сентября в Санкт-Петербурге, перед аудиторией выступил член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой урологии Московской медицинской академии имени И.М. Сеченова профессор **Юрий Геннадьевич Аляев**. Целью его доклада стала демонстрация важнейших достижений урологии в XXI веке, в первую очередь, того, как эти достижения представлены в России и девяти ее федеральных округах. «Задачи данного сообщения – оценить научные достижения в настоящем и планы на будущее, отметить современные достижения и перспективы в диагностике и лечении урологических заболеваний, перечислить достигнутые успехи и предстоящие перспективы в образовании», – рассказал профессор. При подготовке доклада использовались справки от региональных руководителей урологического общества, присланные в ответ на запрос, информация от статистического отдела Минздрава России, печатные материалы 13 и 14 конгрессов РОУ, отчеты членов и президиума РОУ о поездках в регионы для проведения конференций и мастер-классов.



Согласно данным, озвученным профессором, на сегодня в России работает 5870 урологов, из них 313 – детские. Из этого числа 3148 человек являются членами Российского общества урологов, а 270 – члены Европейской ассоциации урологов.

Для наглядности докладчик дал последовательную характеристику девяти федеральным округам, выделяя самые значимый в регионах России урологические школы. В Дальневосточном округе, самом большом по площади, сейчас проживает порядка ■



6,2 млн человек, что составляет 4,2% от населения РФ. Там 210 урологов, из них 21 детский. Успешно внедрены лапароскопические операции, чрескожные эндовидеохирургические пособия, дистанционная литотрипсия и пластические операции на органах мочеполовой системы. В 2012 году в Хабаровске проведен Второй международный симпозиум по сексуальной медицине «Встреча на Дальнем Востоке», ставший знаковым событием в научной жизни страны.

Останавливаться на достигнутом коллеги с Дальнего Востока не планируют. Заведующий кафедрой урологии Дальневосточного государственного медицинского университета профессор Александр Геннадьевич Антонов обращается к РОУ с просьбой в содействии созданию центра урологии под патронажем НИИ уронефрологии и репро-

дуктивного здоровья человека Первого МГМУ имени И.П. Сеченова, аргументируя такую потребность значительной географической удаленностью территории от центральной России. В Республике Саха планируется создание и развитие онкоурологической службы, так как на почти миллионное население в городе Якутске сегодня нет ни одного онкоуролога. В целом же профессор Аляев отметил достигнутые успехи развития урологии в регионе, несмотря на имеющиеся трудности.

Следующий федеральный округ – Сибирский, где проживает 19,4 млн человек, а это 13,2% от населения России. Здесь трудятся 643 уролога, из них 37 детских. В Новосибирске освоены лапароскопическая резекция без тепловой ишемии почки, применение никеле-титановых сплавов в перкутанной хирургии верхних путей, внедрены в



практику реконструктивные и пластические операции (включая вмешательства при экстрофии мочевого пузыря и хирургическую трансформацию пола). Докладчик отметил широко известный своими успехами НИИ туберкулеза в городе Новосибирске. Там в 2013 году проводилась международная конференция по урогенитальным инфекциям и туберкулезу с участием ведущих урологов Европы и Азии. Однако не только столица Сибири представляет урологические достижения: в Барнауле активно используют методы эфферентной терапии, там же создан центр пересадки почки, где уже выполнено более 250 трансплантаций. В Красноярске хорошо освоены лапароскопические технологии. Более 300 пересадок почки осуществлено в Омском областном центре трансплантации. В Томске внедрена дистанционная форма обучения врачей-урологов. С учетом всех перечисленных достижений, на конгрессе урологов Сибири принято решение о создании Сибирского отделения РОУ.

Уральский федеральный округ населяет 12,3 млн человек, что равняется 8,4% от числа всех жителей РФ. Здесь 445 урологов, 31 детский. В клинике урологии Уральского государственного медицинского университета ежегодно выполняется более 6 тыс. операций. Освоены и внедрены робот-ассистиро-



ванные вмешательства, низкодозная брахитерапия, лазерные операции, Hi-Fi, а также все виды эндоскопических вмешательств, малоинвазивных, микрохирургических операций. Их доля сегодня составляет 80% от общего числа производимых вмешательств.

Следующий округ – Приволжский – имеет население в 29,7 млн человек ■





или 20,3% от населения России. Здесь работают 1060 урологов, из них 53 – детские. Как сообщил профессор Аляев, урологи Башкортостана достигли больших успехов в использовании аллогенных сухожильных трансплантатов при урологических операциях (таких как резекция почки, корпоропластика и так далее), иммунопрофилактике и иммунотерапии урологических заболеваний, в разработке иммунобиологических методов профилактики и лечения инфекционно-воспалительных осложнений дистанционной ударно-волновой литотрипсии. Здесь же применяются современные методы лечения эректильной дисфункции и мужского бесплодия. Башкирскими специалистами проведено клинико-

экспериментальное обоснование применения аллотрансплантатов капсулы почки для демонстрации при операциях на ней; внедрена флуоресцентная диагностика для определения объема лимфаденэктомии при радикальном хирургическом лечении рака мочевого пузыря. Кроме того, в Башкирии создан современный телекоммуникационный комплекс, позволяющий транслировать операции, проводить школы урологов, мастер-классы и конференции. Каждые два года в Абзаково проводится Всероссийская конференция с международным участием, неоднократно проходили мастер-классы живой хирургии с привлечением ведущих высококвалифицированных российских и зарубежных специалистов.

В Пермском крае внедрены все современные методы избавления от конкрементов мочевой системы. Используется трансуретральная резекция простаты, применяются слинговые операции, осуществляется лапароскопическое удаление опухолей надпочечников и ушивание мочевого пузыря при травмах. Здесь проводится большое количество научно-практических конференций и образовательных лекций.

Докладчик отметил огромный вклад, внесенный членом-корреспондентом РАН профессором Петром Витальевичем Глыбочко в развитие саратовской



урологии. Благодаря его усилиям, саратовская кафедра стала по-настоящему клинической, базируясь в хорошо оснащенной пятиэтажной клинике урологии и нефрологии на 120 коек. В год в клинике лечится более 4 тыс. пациентов. Активный лечебный процесс возможен благодаря прекрасно оборудованным девяти операционным. Здесь осуществляются сложные реконструктивные вмешательства, регулярные трансплантации почки, активно разрабатываются вопросы мужских репродуктивных расстройств. Местными специалистами предложены методы профилактики хронической болезни почек. На базе клиники функционирует центр видеотрансляционных технологий, позволяющий вести передачу изображений из операционных в режиме

онлайн. Организуются мастер-классы, оптимизирующие процесс обучения и обмена опытом. Также в городе неоднократно проводились пленумы и конгрессы РОУ с большим количеством участников. Кроме того, при Саратовском медицинском университете создан НИИ фундаментальной и клинической уронефрологии, основные направления деятельности которого: биомолекулярная диагностика, лечение и прогнозирование течения онкоурологических заболеваний, проблемы острого и хронического почечного повреждения, биомеханика и математическое моделирование в оперативной урологии.



В Татарстане внедрены все существующие эндоскопические методы ■



лечения мочекаменной болезни и гиперплазии простаты. Применяется фотодинамическая терапия рака мочевого пузыря, осуществляются реконструктивно-пластические вмешательства при гидронефрозе и стриктуре уретры. Среди ближайших перспективных направлений деятельности – намерение создать крупный и хорошо оснащенный урологический центр республиканского уровня.

В Республике Марий Эл (город Йошкар-Ола) разработаны оригинальные компьютерные программы, позволяющие формировать 3D-модель из данных компьютерной томографии. Эту модель можно использовать для различных видов навигации и применять технологии дополненной реальности при ви-

деоэндоскопических операциях.

Южный федеральный округ населяет 14 млн человек (9,6% от населения РФ). Здесь трудятся 537 урологов, 18 из которых – детские. В Ростовской урологической школе, как отметил профессор Аляев, проведены интереснейшие исследования в области геномики и протеомики. Здесь были разработаны протеомные и геномные маркеры дифференциальной диагностики гиперплазии и рака простаты, сформулирована концепция хронической артериальной ишемии при синдроме хронической тазовой боли, высказана новая парадигма о нестерильности мочи у здоровых лиц. Также ростовчанами разработаны новые технические приемы в открытых реконструктивно-пластических и лапа-

роскопических урологических вмешательствах у взрослых и детей. В практику внедрена роботическая хирургия. Кроме того, на ростовской базе проведено шесть российских школ по оперативной урологии и два общедеральных конгресса.

Внутриутробная урологическая служба Краснодарского края нацелена на обширные исследования в регенеративной медицине. Здесь же осуществляются сложные лапароскопические и ретроперитонеоскопические операции, внедрена роботическая хирургия, регулярно выполняется пересадка почки.

На кафедре урологии Волгоградского государственного медицинского университета внедрены сложные эндоскопические операции: резекция почки с посегментарной ишемией, нефрэктомия с тромбэктомией при опухолевом тромбозе, донорская нефрэктомия с трансвагинальной экстракцией органа, а также экстраперитонеальная простатэктомия, выполняется хирургическая коррекция экстрофии мочевого пузыря.

В Центральном федеральном округе проживают около 39 млн человек (это 23,6% от населения РФ) и работают 1859 урологов, из них 94 детских. При этом в столице России Москве живет 12,2 млн человек, а это 8,5% от числа всех жителей России. Специализиро-



ванную помощь тут готовы оказать 878 урологов, в том числе, 58 детских. Население Московской области – 7,25 млн человек, (5,1% от населения России), урологов тут 222 и только двое детских.

По словам докладчика, лидирующая позиция в российской урологии в последнее время принадлежит первому МГМУ имени И.М. Сеченова и созданному при нем НИИ уронефрологии. Ректором университета является член-корреспондент РАН профессор Петр Витальевич Глыбочко. Благодаря его усилиям при клинике урологии (ей 148 лет) и кафедре урологии (ей 93 года) 5 лет назад создан НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья. Вместе они представляют мощное научное и лечебно-образовательное учреждение. ■



Его научные достижения – создание тканеинженерной уретры, внедрение 3D-технологий в операциях на почке, использование стволовых клеток. В планах – внедрение виртуальных операций перед осуществлением их реально, создание 3D-принтингового макета почки при коралловидном литиазе и новообразованиях почки, а также продолжение работ по 3D-биопринтингу.

Докладчик также отметил ряд других достижений в лечебной работе здешних специалистов, в частности, широкое внедрение малоинвазивных пособий. Среди всех проводимых операций 80% осуществляются лапароскопически или чрескожно. Также освоены лапароскопические цистэктомии (операции Штудера, Бриккера), радикальные простатэктомии, резекции почки при раке, пластические операции, включающие кишечную пластику мочеточника, экстракорпоральные реконструкции почки с последующей аутотрансплантацией. Широко исполь-

зуется лазерная хирургия, применяются роботические операции. В планах стоит совершенствование навигационных и интраоперационных методик, а также внедрение флуоресцентной ангиографии.

Значительные успехи достигнуты в постдипломном образовательном процессе. Так, создан центр, обучающий малоинвазивным пособиям, «Praxi Medica», с освоением курсов по проведению лапароскопических операций на животных. В университете создан российский аккредитационный центр с отделом оценки практических навыков на симуляторах. Штаб-квартира РОУ размещена в урологической клинике: там проводятся заседания президиума, редколлегии, международные конференции и школы живой хирургии. Созданы глобальная информационная платформа и реестр членов РОУ.

На кафедре урологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова разрабатываются алгоритмы диагностики и лечения больных гиперактивностью мочевого пузыря. Внедрена методика тиббиальной нейромодуляции при детрузорной гиперактивности, используется ботулинотерапия, внедрены малоинвазивные методики перкутанной хирургии, обширно представлено направление мужской сексуальной и репродуктивной медицины.

Впечатляют достижения работы урологов Московского медико-стоматологического университета имени А.И. Евдокимова. Тут имеется уникальный опыт урогинекологических операций: открытые, лапароскопические и роботические операции выполняются ежедневно. Специалистами университета проведен анализ российского опыта петлевых операций при недержании мочи у 4764 женщин. Также проведено более 1000 робот-ассистированных простатэктомий, более 150 криоаблаций у больных раком почки и простаты, разработаны трехмерные модели тазового дна у женщин и формулы континенции мочи. В Уфе, Санкт-Петербурге и Ростове-на-Дону урологами университета проведены мастер-классы по криоаблации простаты. Здесь же идет работа по созданию отечественного робота.

Основные направления работы урологической клиники РМАПО представлены онкоурологией, андрологией, урогинекологией, реконструктивно-пластической урологией и эндоурологией. На счету сотрудников клиники более 80 роботических операций. Применяется брахитерапия при раке простаты, регулярно осуществляется цистэктомия, имплантируются искусственные мочевые сфинктеры, фаллопротезы и слинги. На кафедре эндоскопической уроло-

гии РМАПО имеется большой опыт малоинвазивных и фокальных методов лечения на основе лазерных технологий, в том числе, пункционной интерстициальной лазерной коагуляции при раке почки и предстательной железы. При коралловидном нефролитиазе широко используется метод миниперкутанной нефролитотрипсии.

Отделение малоинвазивных методов диагностики и лечения урологических заболеваний в больнице №57 города Москвы является эталонным в плане оснащения и владения всеми эндоскопическими уротехнологиями. Сотрудники отделения – организаторы и активные участники ежегодных российских и международных конференций, а также урологических конгрессов в рамках эндоурологического общества. ■





Также докладчик отметил кафедру урологии и нефрологии института усовершенствования врачей – структурное подразделение НМХЦ имени Н.И. Пирогова. Здесь активно развиты робот-ассистированная хирургия, эндоурологические вмешательства, реконструктивные операции на уретре, имплантация искусственного сфинктера мочевого пузыря, все виды операций при мочекаменной болезни, лазерная хирургия, а также эндофаллопротезирование.

Кафедра урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины МГУ является одним из ультраоснащенных профильных учреждений. Здесь регулярно проводятся роботические операции на оборудовании последнего поколения.

В урологическом отделении Инсти-

тута хирургии имени А.В. Вишневского используются экстракорпоральные операции с аутотрансплантацией, применяются кишечные ортотопические пластики мочевого пузыря и выполняются роботические операции. В перспективе планируются разработка и осуществление трансплантации почечно-поджелудочного комплекса.

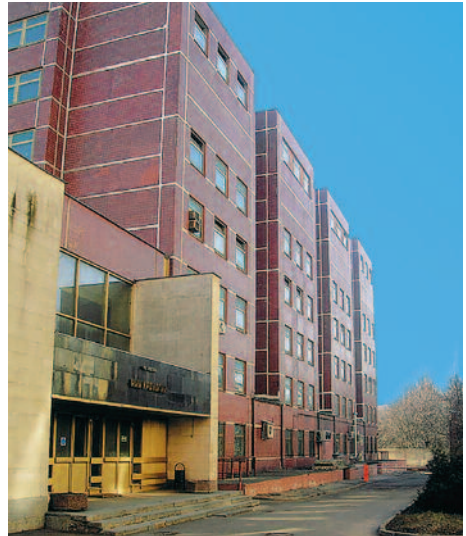
Знаменитый Российский онкологический научный центр имени Н.Н. Блохина располагает мощным онкоурологическим отделением, где, по словам профессора Аляева, оказывается квалифицированная помощь больным с далеко зашедшим онкологическим процессом, которым отказано в помощи во многих лечебных учреждениях страны. Отточенная оперативная техника и талант директора института, академика Михаила Ивановича Давыдова, позволяют осуществлять расширенные операции при внутрикавальном тромбозе (в том числе, внутривенном) при раке почки. Также проводятся спасительные цистэктомии при раке мочевого пузыря и простатэктомии при разных стадиях карциномы простаты. Здесь же разрабатывается комбинированная и таргетная терапия онкоурологических заболеваний. Сотрудниками института создано высокоорганизованное сообщество онкоурологов, пользующееся огромным уважением среди

коллег. Общество ежегодно проводит конгрессы, посвященные подробнейшему рассмотрению вопросов диагностики и лечения рака почки, простаты и мочевого пузыря, организует выездные сессии в регионах и выпускает журнал «Онкоурология», по словам докладчика, чрезвычайно интересный и содержательный.

Отделение онкоурологии Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена занимает одну из ведущих позиций в отрасли. Здесь проведены революционные исследования в области протеомики, геномики и метаболики рака простаты, рака почки, рака мочевого пузыря и яичка. Внедрены все виды сложных онкоурологических вмешательств. В ближайшие годы планируется реализация идеи дистанционного образования студентов и врачей. Также будут проведены российские школы по онкоурологии.

НИИ урологии и интервенционной радиологии имени Н.А. Лопаткина имеет богатую историю и глубокие традиции. С 2012 года здесь реализуется программа непрерывного дистанционного образования по урологии и андрологии. Прочитано свыше 300 лекций, прослушанных в полном объеме почти 800 слушателями со всей России. В рамках реализации региональных про-

грамм ежемесячно осуществляются телемедицинские онлайн-консультации врачей и интерактивные консилиумы.



В урологической клинике МОНИКИ имени М.Ф. Владимирского создан отечественный литотриптор, который производится серийно и установлен в десяти больницах РФ, за что коллектив в 2005 году был награжден премией правительства РФ и губернатора Московской области за достижения в области науки. Здесь же разработана методика лечения облитерации задней уретры и выполняется пластика протяженных структур мочеточников. Заслуживают внимания малоинвазивные методы лечения урологических осложнений у больных с пересаженной почкой. За последние годы на кафедре урологии ■



обучено и сертифицировано 250 врачей-урологов. В ближайшей перспективе обсуждается внедрение программы «Мужское здоровье» и реализация современных технологий лечения в 14 урологических стационарах Московской области.

Следующим после столичного был назван Северо-кавказский федеральный округ. Он имеет население более 9,5 млн человек (6,6% от населения РФ). Здесь 362 уролога, и 23 из них – детские. В Карачаево-Черкесской Республике, наряду с обычными хирургическими методиками, внедрены реконструктивно-пластические операции при сложных клинических формах мочекаменной болезни (геминефрэктомия, интратеренальная реконструкция чашечно-лоханочной системы). Выполняется пластика мочепузырно-влагалищных свищей, разработан неинвазивный способ гемостаза при резекции почки.

В Дагестане освоены пластические операции на мочеточниках и мочевом пузыре. В Кабардино-Балкарии, наряду с рутинными операциями, освоены фотодинамическая трансуретральная резекция мочевого пузыря и буккальная пластика уретры. В Республике Алаania широко внедрены лапароскопические операции, проводится лазерная вапоризация ДГПЖ. В Чеченской Республике, наряду с дистанционной литотрипсией, внедрены контактные способы разрушения мочевых камней. В Ставрополе применяются пластические операции при женской гипоспадии и лапароскопические пособия при стриктурах мочеточника, внедрена лазерная энуклеация ДГПЖ, применяется хирургическая и гормональная коррекция и трансформация пола при различных формах гермафродитизма.

Крымский федеральный округ образован указом президента России от 21 марта 2014 года, включает в себя республику Крым и город Севастополь. Здесь проживает 2,3 млн человек (1,57% от населения РФ) и работает 96 урологов, трое из которых – детские. Приоритетными направлениями тут являются проблемы метафилактики мочекаменной болезни, внедрение малоинвазивных пособий при ее лечении, а также проблемы мужского здоровья.

Северо-западный федеральный округ

имеет население 13,9 млн человек (9,5% от числа всех жителей России), здесь трудится 579 урологов, в том числе, 33 детских. Прежде всего, это Санкт-Петербург с населением в 5,2 млн человек. В Северной столице 346 урологов (18 – детские).

Кафедра урологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени П.А. Павлова относится к старейшим и наиболее уважаемым урологическим школам России. За последний год здесь отмечено преобладание доли эндовидеохирургических и лазерных методов лечения урологических заболеваний. Активно развиваются робот-ассистированные вмешательства. Перспективы развития, по словам профессора Аляева, видятся в разработке методов персонализированного индивидуального подбора лечения

и профилактики онкоурологических заболеваний на генетическом и молекулярном уровне. Также рассматривается применение стволовых клеток при лечении заболеваний.

Также докладчик отметил работу клиники Северо-западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова, где внедрены сложные пластические и реконструктивные вмешательства на органах мочеполовой системы.

Подводя резюме по вопросу российской урологии в XXI веке, Юрий Геннадьевич Аляев отметил чрезвычайную насыщенность, трудоемкость и сложность проблем в этой области. На его взгляд, очевидно, что анализ состояния дисциплины настоятельно необходим с двух точек зрения. В первую очередь, необходимо посмотреть на себя, оценить свое состояние и дисциплины изнутри, ответить, что достигнуто совместными усилиями, научными изысканиями, практическими разработками в диагностике и лечении наиболее распространенных урологических заболеваний? Что сделано и как в наиважнейшем вопросе образования, в большей степени постдипломного, в меньшей – внутривузовского? Какие имеются научные достижения? Как выглядит исходное состояние, если взять за исходную дату 2001 год, начало века? ■



«Критическая, правдивая оценка без прикрас позволит наметить нужные для решения и реализации насущные проблемы и определить степень срочности их решения, последовательность и очердность. Оценим себя изнутри: почти 6 тысяч урологов обеспечивают специализированной помощью громадную страну. Девять федеральных округов, очень разных, удаленных друг от друга и центра, со своими климатическими и социальными особенностями. Не плохо, не хорошо, а, скорее, удовлетворительно нашу специализированную помощь мы оказываем повсеместно. При оказании помощи мы следуем веяниям времени, внедряя и уже внедрив во многих лечебных учреждениях малоинвазивные технологии как в диагностике, так и в оперативном лечении. Используются лазеры, видеохирургия, лапароскопические операции по поводу заболеваний простаты, почек и мочевого пузыря, идет внедрение робот-ассистированной хирургии, в стране в настоящее время функционирует 25 роботических систем DaVinci», – сказал профессор, характеризуя нынешнее состояние дел.

Не менее важна оценка российской урологии извне. Такая оценка предполагается спикерами и представителями ЕАУ, что дополнительно подтверждает целесообразность совместного конгресса. Основная цель совместного проведения форума – перенять передовой зарубеж-

ный опыт во всех сферах деятельности урологической ассоциации, однако высказать нелицеприятное мнение зарубежных специалистов в отношении российской урологии, по мнению профессора Аляева, полезно и совсем нелишнее.

В заключение докладчик отметил, что российская урология в настоящее время во многом все же соответствует мировым тенденциям развития дисциплины. Что самое главное, она имеет очень большие перспективы к совершенствованию, которые смогут реализоваться только при поддержке РОУ. Бесспорным преимуществом стоит считать тот факт, что в профессиональное сообщество входят многие узкопрофильные профессиональные ассоциации: Российское общество онкоурологов, Профессиональная ассоциация урологов-андрологов России, Российское общество «Мужское здоровье», Общество по эндоурологии и новым технологиям, Межрегиональная общественная организация детских урологов, Ассоциация молодых урологов «АМУР», Межрегиональная общественная организация «Рациональная фармакотерапия в урологии» и Ассоциация специалистов по консервативной терапии в урологии «Аспект». Все они, несомненно, позволят в дальнейшем активно и равномерно развиваться отечественной урологии по всем важным направлениям, – заключил профессор Ю.Г. Аляев. ■



Уважаемые коллеги!

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

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

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

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

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

Курс проводится на интернет ресурсе **UroEdu.ru**
Начало курса 16 июня 2015 года!

3D-принтинг в мире и России

*Сегодня термин «3D-принтинг» овладевает умами многих людей, даже далеких от технологического мира. Этому новшеству в медицине посвятил свой доклад на XV конгрессе Российского общества урологов профессор кафедры урологии Первого московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова, д.м.н. **Магомед Алхазурович Газимиев**, представив динамику развития технологии не только в мире, но и в России.*

Свой доклад профессор начал с краткого экскурса в историю и теории явления. Изначально, до появления термина «3D-печать», было в ходу понятие «стереолитография», однако это слово, достаточно громоздкое, малопонятное и слишком специальное, не прижилось в обиходе. По своей сути 3D-принтинг относится к так называемому аддитивному производству. Это понятие очень широкое, которое охватывает и многие классические технологии. Среди них технологии создания полупроводниковых гетероструктур, офсетной печати, нанесения покрытий на изделия различными способами, возведения кирпичных стен, а также создания и украшения тортов. Все это – аддитивное производство. Суть его – в создании деталей сложной формы, когда материал наносится последовательно, слой за слоем, поэтому расходуется его столько, сколько

необходимо, не больше и не меньше.

В случае с трехмерной печатью процессом управляет компьютер, в памяти которого заложена трехмерная модель будущей детали, разрезанная на тонкие слои-сечения. Устройство, подающее материалы, движется по траектории, заданной компьютером, слой за слоем конструируя будущее изделие. Достоинство 3D-печати в том, что готовое изделие не нуждается в традиционной механической постобработке. Кроме того, его можно получить быстро и где угодно, так что аддитивное производство – «новый и очень перспективный способ изготовления деталей и предметов из разных материалов, наряду с литьем, прокатом, штамповкой или резкой», – подчеркнул докладчик.

Сегодня 3D-печать проникает во все области нашей жизни, начиная с простых игрушек, которые можно распечатать ребенку в торговом центре, и

заканчивая сверхсложными изделиями. Она широко используется в быту, в кино, в мультипликации, в модной индустрии, в авиа- и машиностроении, в архитектуре и, конечно же, в медицине. В частности, в ортопедии, травматологии, пластической и челюстно-лицевой хирургии, в сердечно-сосудистой и нейрохирургии. Аддитивные технологии позволяют изготавливать детали любой произвольной формы и любой сложности. И, конечно же, компьютерные трехмерные модели частей тела можно мгновенно передавать с помощью интернета в любую точку мира, на любое локальное производство. По этой причине стоимость и сроки запуска детали в производство заметно сокращаются. Немаловажно, по словам профессора, и то, что детали можно де-

лать только под заказ, штучно и не накапливать их на складе. Первые отчеты о медицинских достижениях трехмерной печати уже приходят из-за рубежа: так, шестидесятилетний британец Эрик Моджер стал первым человеком, получившим напечатанный на 3D-принтере протез собственного лица.

Сегодня, по оценкам исследовательской компании Gartner, общество ожидает скорейшего распространения технологии установки в каждом доме принтера, который позволит печатать все, что душе угодно. Профессор М.А. Газимиев отметил, что многим эта перспектива может показаться нереальной или, по меньшей мере, фантастической, однако вместе с тем предложил мысленно вернуться в недавнее прошлое. Первый автомобиль, первый телевизор, первый ■



мобильный телефон – все это тоже было когда-то фантастикой. Сегодня телевизоры стоят в каждой комнате, а на одну семью приходится по нескольку автомобилей и мобильных телефонов. «Спрос порождает производство, а степень спроса формирует стоимость, и нет никаких сомнений, что в ближайшие годы произойдет снижение стоимости 3D-принтеров, а это, в свою очередь, неизбежно приведет к тому, что почти в каждом доме и офисе появятся такие принтеры», – прогнозирует докладчик.

Впрочем, пока что доля присутствия аддитивных технологий на мировом рынке более чем скромная: она оценивается всего лишь в 2,2 млрд долларов за 2012 год, причем лишь 54% от этой суммы приходится, собственно, на продукцию технологии. Однако, как и любая новая технологическая отрасль, 3D-принтинг характеризуется очень высокими темпами развития: среднегодовые темпы прироста составляют 27%. С помощью трехмерной печати уже изготовлено несколько моделей автомобилей: печать автомобиля из термопластика, усиленного углеродными волокнами с помощью лазерной системы, заняла примерно 44 часа.

Аддитивное производство требует оборудования. Сегодня рынок соответствующих технологий делится на три

сегмента. Быстрее всего растет сегмент недорогих 3D-принтеров для офисов, ориентированных на изготовление концепт-макетов. Второй сегмент – оборудование средней стоимости для создания прототипов деталей с разной степенью точности. И третья группа – установки высокого класса, которые стоят от 200 тыс. до 2 млн долларов. Они работают с полимерами, с металлическими и керамическими порошками, так что с их помощью можно производить сложные и крупногабаритные изделия.

Что касается географии развития 3D-печати, по числу смонтированных в 2013 году систем с большим отрывом лидируют США, собравшие 38% промышленных установок. Доля РФ составляет 1,4% – научный задел нашей страны в этой области весьма невелик. Сегодня здесь выпускается всего 0,6% от мирового объема научных публикаций в этой области. За последние 15 лет в России был выдан 131 патент по аддитивному производству – это всего лишь 0,14% от общего мирового количества.

Несмотря на проблемы развития, у аддитивного производства есть своя ниша, которую можно описать так: производство единичных изделий и мелких партий уникальных деталей. Сегодня методом стереолитографии ус-

пешно изготовлены персональные сердечные клапаны, искусственные челюсти, части коленного сустава, причем все эти детали сугубо индивидуальные, в точности повторяющие те, что приходится заменить. Два ведущих производителя слуховых аппаратов – Siemens и Phonak – применяют аддитивные технологии для изготовления индивидуальных устройств, точно соответствующих уху пациента. Уже сейчас компании готовы производить такие изделия в течение одного дня.

Впервые в урологической специальности используются технологии трехмерной печати для изготовления полноразмерных моделей почек, пораженных раковой опухолью. Свои достижения в этой области продемонстрировали японские специалисты на конгрессе Европейской ассоциации урологов в Стокгольме. Они совместили технологии 3D-сканирования и 3D-печати для изготовления модели почки, которую можно использовать при планировании операции перед ее непосредственным выполнением. Прозрачная модель позволила хирургам увидеть, где именно расположены кровеносные сосуды в почке. Это позволило симитировать операцию на почке перед ее проведением, которое было выполнено с применением робота Da Vinci. По мнению доктора Киёси Сига,

напечатанная 3D-модель обеспечивает идеальное трехмерное анатомическое восприятие почки и опухоли, позволяет значительно уменьшить объем удаленно функционирующей паренхимы, снизить риск повреждения крупных интратрениальных сосудов, а также снижает время тепловой ишемии. Благодаря тренингу на модели коллегам из Японии удалось сократить среднее время тепловой ишемии на 8 минут.

Кроме того, докладчик привел слова профессора Палу, председателя Европейской школы урологии, по мнению которого новая технология создания полноразмерных 3D-моделей органов, в случае должного развития, может стать частью учебной программы для урологов. Так что медицина, в том числе, урология, представляет собой обширное поле для аддитивного производства.



Урологи из Нового Орлеана (США) создали трехмерную модель почки ■

при злокачественных образованиях, на которой проводился предоперационный тренинг. По мнению авторов, такие модели позволяют выработать персонализированный предоперационный тренинг, существенно сократить риски осложнений и время тепловой ишемии.

Также привел профессор М.А. Газимиев и отчет об успехах собственного учреждения. В клинике МГМУ им. Сеченова ведется работа по усовершенствованию технологии 3D-печати полноразмерных моделей при раке почки. «Мы сделали модель почки при коралловидном нефролитиазе. Хочу представить наш первый опыт. Сначала нам удалось получить твердые модели почек, где все структуры окрашены в разные цвета. Чашечно-лоханочная система – в желтый цвет, артерии – в красный, вены – в синий и так далее. Это позволило более детально изучить микроорганную анатомию почки и предвидеть технические сложности, которые могут возникнуть при выполнении операции. Модель позволяет оценить взаимоотношения опухоли почки с крупными сосудами и структурами чашечно-лоханочной системы и, тем самым, определить наиболее оптимальный доступ к интересующей нас области, выработать оптимальный вид резекции, а также составить перечень последовательность хирургических ма-

нипуляций», – рассказал профессор Газимиев.

«На первом этапе мы делали модели из плотного материала, прозрачного пластика, но этот материал не совсем отвечает современным требованиям и совсем не подходит для предоперационного тренинга. На втором этапе нам удалось получить эластичную модель из прозрачного силикона. Получить до операции и поддержать в руках полноразмерную разноцветную эластичную трехмерную модель почки пациента, которого будешь оперировать завтра, равносильно тому, чтобы заглянуть немного в будущее», – добавил доктор.

С помощью 3D-модели хирург может разыгрывать самые различные варианты удаления опухолевого узла при раке почки или пункции чашечно-лоханочной системы при коралловидном нефролитиазе. Такие модели позволяют детально изучить, чем представлено дно резекции, какие элементы чашечно-лоханочной системы могут быть повреждены при ее проведении, есть ли крупные сосуды на пути пункции, есть ли вероятность повреждения сосудов при бужировании пункционного хода. Четкое понимание внутривисцеральной анатомии, отношения опухоли к крупным сегментарным артериям, чашечке и сегментарным венам позволяет планировать резекцию почки, максимально со-



храняя функционирующую паренхиму, при необходимости проводить селективное пережатие или пересечение питающих опухоль сосудов.

Таким образом, возможно выполнить резекцию почки с помощью так называемого персонализированного тренинга у конкретного пациента при конкретной клинической ситуации. «Как показали наши японские и американские коллеги и как показывает наш небольшой опыт, такой тренинг способствует снижению осложнений и тепловой ишемии», – подытожил профессор.

Как известно, чрескожная пункционная нефролитотомия является сегодня «золотым стандартом» в лечении крупных и множественных камней, расположенных в чашечно-лоханочной системе. Однако выбор наиболее подходящего способа пункции и удаление камня из собирательной системы органа нередко представляют определенные сложности: особенно в ситуациях, когда у пациента имеется коралловидный камень. В подобных случаях в ходе выполнения чрескожного пособия нередко возникают осложнения в виде кровотечений и повреждения внутриорганных анатомических образований. Трехмерные модели почки при коралловидном нефролитиазе также позволяют оценить особенности ангиоархитектоники почки, ее взаимосвязь с чашечно-лоханочной си-

стемой, особенности кровоснабжения почки в области пункции. При ротировании почки на трехмерной модели хирург может детально изучить интересующую его область, например, зону формирования пункционного хода.

В завершение своего доклада профессор обратился к недавней публикации Бенджамина Тёрнея (Benjamin Turney), где было представлено описание использования трехмерной модели чашечно-лоханочной системы почки для выполнения пробных чрескожных вмешательств перед проведением реальной операции. В статье подчеркивается, что желательно, чтобы навыки выполнения чрескожных вмешательств вырабатывались не в операционной, а на моделях в симуляционных центрах.

«3D-печать – это сегодняшняя возможность для тренинга не только оперирующих хирургов, но и молодых специалистов, только осваивающих эти технологии. Наконец, каждый год в разных центрах по всему миру мануальным навыкам обучаются тысячи молодых врачей. Каждый год сотни и сотни животных становятся жертвами науки и образования. Очень надеюсь, что 3D-модели почек найдут свою достойную нишу в образовании молодых специалистов и позволят сохранить жизни братьев наших меньших», – заключил профессор М.А. Газимиев. ■

Фунт профилактики стоит пуда лечения

*С программным докладом, затрагивающим не только проблемы урологии, но и сам подход к здравоохранению в России и мире, выступил на XV конгрессе Российского общества урологов директор НИИ урологии Минздрава России, член Президиума Российского общества урологов, профессор **Олег Иванович Аполихин**.*

«Сегодня мы хотели бы представить вашему вниманию доклад, касающийся важной проблемы, – проблемы не только урологической, но имеющей отношение в целом к сегодняшней парадигме обеспечения здравоохранения. Не зря этот доклад носит название “XXI век”: в нем мы рассматриваем то, как и куда мы можем двигаться в этом смысле, что мы можем видеть», – начал свое выступление профессор.

По его словам, сегодня в медицине одновременно существует два подхода. Первый из них – куративная медицина, которая опеспечивает лечение больных. Апологетом этой модели являются США, где, прежде всего, развиваются новые терапевтические технологии. Другой моделью является превентивная медицина, апологетом которой является наша страна, когда-то создавшая так называемую профилактическую модель Семашко. Основа здесь в том, чтобы не дать человеку заболеть. Эти

подходы принципиально различны: в основе первого лежит возможность эффективного лечения уже заболевшего человека; в основе второго – возможность не дать ему сделаться больным. Перспективу развития медицины XXI века докладчик именно во второй модели, подкрепляя свою точку зрения примерами из клинической практики.

Прежде, чем приступить к рассмотрению примеров, профессор Аполихин отметил, что на службу профилактической медицины сегодня становятся некоторые системы, которые касаются урологических инноваций. Это и генетические маркеры, и электростимуляция, и миотесты, а также спектрометрия, импедансометрия, денситометрия. Принцип применения новых технологий он проиллюстрировал примером лечения пациента с мочекаменной болезнью, но отметил, что можно было бы говорить и о других направлениях. Итак, что могут дать урологам инновации вместе со всеми затратами на них?

Докладчик представил типичный случай 40-летнего больного, который был госпитализирован с конкрементами. Ему было проведено ультразвуковое исследование, произведены секреторная урография и компьютерное исследование. То есть, было составлено диагностическое пособие, которое дало возможность осуществления лечебной тактики. «Но какова эта тактика? Она практически ничем не отличается от той, которая могла бы осуществляться и без доступных сегодня современных

тестов. К сожалению, использовать инновационные методы было невозможно, потому как поздно. Все дело в том, что пациент поступает по обращаемости, и это никак не зависит от специалистов», – прокомментировал профессор О.И. Аполихин.

Для того же, чтобы использовать инновационные подходы, необходимо изменить парадигму с обращаемости на выявляемость: не дать человеку заболеть вообще. Вопрос тут стоит не об индикаторах болезни, а о том подходе, ■



который может быть в перспективе применен к индикаторам здоровья. Здесь докладчик процитировал известные слова Николая Ивановича Пирогова: «Фунт профилактики стоит пуда лечения».

Но каким же может быть выход в XXI веке? Здесь профессор советует прислушаться к зарубежным коллегам, заявляющим о том, что в XXI веке вся медицина будет развиваться по принципам четырех терапий: predictive, preventive, personalized и participatory* (то есть предполагающая личное участие пациента в заботе о своем здоровье). На последний пункт Олег Аполихин обратил особое внимание, потому как на сегодня, по его словам, пациент в нашей стране не является субъектом права, как и врач. Субъектом права является гражданин, поэтому пациент не участвует в осуществлении заботы о своем здоровье, все это возложено на врача.

Итак, одним из первых принципов медицины профилактической (или предупредительной) должна быть борьба с факторами риска через изменение или учет условий внешней среды и образа жизни человека (в рассматриваемом случае, в связи с мочекаменной болезнью). «Именно образ жизни, а не медицина, обеспечивает необходи-

мость и поиск возможностей борьбы с факторами риска; не раннего выявления заболевания (потому что тогда уже поздно), а борьбы с факторами риска, которые способствуют его развитию. Необходимо учитывать не только диагностические возможности, но именно факторы риска, а это главным образом условия среды: то, как человек живет, как он питается, в каком климате он проживает, какая у него наследственность», – подчеркнул докладчик.

Но кто должен этим заниматься? В данном случае речь идет о предварительном обследовании пациента с учетом факторов риска. Это та самая доказательная медицина, о которой так много говорится. Прежде всего необходим учет факторов риска, затем – скрининг для ранней диагностики. По словам профессора, скрининговые мероприятия должны идти не в первую, а во вторую очередь: сначала необходимо выявить, к примеру, всех людей с избыточным весом, всех, у кого есть анамнестическое подтверждение наличия мочекаменной болезни, тех людей, которые имеют высокие риски развития заболевания, живущих в определенном климате или на определенной территории. Только после этого необходимо приступить к ранней диагностике.

**Предиктивная, превентивная, персонализированная и партисипативная.*



Но как это можно осуществить? Естественно, последним шагом с точки зрения доказательной медицины остается третичная профилактика, борьба с запущенными осложнениями. К сожалению, именно этот вид часто на практике является первичным. Сейчас, по словам профессора О.И. Аполихина, существуют возможности для реализации идеальной схемы, но они должны быть грамотно реализованы.

К примеру, необходимо использовать калькуляторы риска, которые дают возможность выявить вероятность образования камня для каждого конкретного пациента. Многие предпосылки видны изначально, еще до того, как была проведена диагностика, но никто ими не занимался: пациент пришел «по обращаемости», когда ему уже необходимо было оказывать помощь. Парадигма четырех «Р» меняет стратегическую концепцию и предполагает другой подход – не по обращаемости, а по выявляемости, подход, который позволяет не дать заболеть, а не просто лечить запущенные последствия. На пути в нему активно развивается персональная медицина. Например, существуют форумы, которые способствуют личному участию пациента в заботе о своем здоровье, калькуляторы риска, ресурсы для обучения, так называемый «твиттер пациента». Все это, как полагает докладчик,

и будет основой диагностических возможностей в XXI веке.

В своем выступлении профессор Аполихин коснулся и финансовой части проблемы: «Любая медицинская наука развивается пропорционально тем средствам, которые на нее отводятся, а этих средств никогда не хватает на все. Если мы будем основываться на том, чтобы воздействовать на третичную профилактику, мы никогда не сможем добиться того результата, на который мы можем рассчитывать, реализуя два предыдущих этапа, предупреждение заболевания и борьбу с факторами риска. Относительно расходуемых средств мы тоже имеем дело с принципиально иной парадигмой. При условии реализации подхода четырех «Р» нам удалось бы сильно сократить затраты».

Кроме того, профессор подчеркнул, что сегодня, в связи с импортозамещением, мы в большей степени зависим от доллара, чем от рубля. При реализации предложенного подхода возможно будет не только решить организационные вопросы, связанные с финансированием здравоохранения, но и сохранить здоровье больного. Таким образом, принцип «не дать заболеть» вместо пути лечения запущенных заболеваний, должен стать, по мнению докладчика, диагностическим трендом XXI века. ■

9 место в мире по демографии

*Свой второй доклад на XV конгрессе Российского общества урологов директор НИИ урологии, общества урологов, главный внештатный специалист Минздрава по репродуктивному здоровью, профессор **Олег Иванович Аполихин** посвятил новой парадигме в области демографической политики. Он подчеркнул, что эта же презентация уже была представлена на заседании форума Общероссийского народного фронта «За качественную и доступную медицину», который проходил в московском «Экспоцентре» 6–7 сентября этого года, где присутствовали представители Министерства здравоохранения и глава государства В.В. Путин.*

«Репродуктивное здоровье – основа роста народонаселения и демографической стабильности государства. Сейчас Россия по демографическому состоянию популяции занимает 9 место после Китая, Индии, США, Индонезии, Бразилии, Пакистана, Бангладеш и Нигерии. Мы привыкли видеть нашу страну очень большой, но на самом деле все обстоит вот так. А в ближайшей перспективе, при сохранении нынешней динамики, мы опустимся на 18 место», – начал свой доклад профессор Аполихин.

По его словам, в первую очередь, конкуренцию России тут составляют растущие глобальные экономики. Страны, где население уверенно растет, а этот фактор, в свою очередь, сказывается на организационной и политической составляющих, на уровне влияния в мире. «Наша страна – единственная в мире, которая до сих пор

повышала градус ВВП. Мы единственная страна, которая размещала свое энергодобывающее производство на севере. Освоение этих ресурсов очень зависит от популяции. Если мы потеряем десять миллионов человек при той огромной территории, которую мы представляем, мы не удержим страну. Начнутся дезинтеграционные процессы, которые приведут не просто к потере тех или иных возможностей, но к потере государственной безопасности», – подчеркнул докладчик.

Это объясняет тот факт, почему президент и Министерство здравоохранения РФ так активно занимаются вопросами демографии. Чаще всего речь заходит о снижении смертности и заболеваемости по отношению к женскому и детскому населению. Но мужчины, как отмечает профессор Аполихин, остались без внимания. Все усилия посвящаются женскому здоровью. На обозримом отрезке вре-



мении около 600 млрд рублей было выделено на различные программы поддержки материнства и детства: строительство перинатальных центров, сопровождение беременности, материнский капитал. В «жирные годы», когда нефть стоила свыше 150 долларов за баррель, колоссальные деньги вкладывались в это направление.

«Мы строили перинатальные центры. Что такое перинатальный центр? Роды в реанимации. Мы давали возможность родить ребенка женщине, которая не может родить сама. Давали возможность выхаживать ребенка в кювете, в боксе, если он сам не может выжить: не раскрылись легкие, отсутствует ряд органов. Мы его выхаживали. Сейчас они дали нам хорошую статистику, но что будет дальше? Будут ли он налогоплательщиками, производителями ресурс, или больными потребителями налогов, которые повышают ту затратную составляющую, которая есть в мире? Этот вопрос до сих пор оставался за кадром», – сказал Олег Иванович Аполихин.

Он отметил, что сейчас в мире эти вопросы стоят очень остро для всех, кто занимается социальной политикой. Пожилых людей становится больше, особенно в европейских странах. Пропорции между пенсионерами, которые потребляют налоговый ресурс, и молодыми, которые его дают, смещаются. Например, в Турции сегодня 35 млн детей на 75 млн насе-

ления, в России – 148 млн населения и 18 млн детей. Кто тогда будет людей содержать стариков через 20–30 лет?

Этот вопрос, по мнению докладчика, имеет прямое отношение к государственной стабильности. Раньше, в основном, велась борьба с репродуктивными потерями, то есть материнской и младенческой смертностью. Здесь были достигнуты серьезные успехи: удалось прийти к историческому минимуму по этим показателям. Но, кроме репродуктивных потерь, на общую ситуацию влияют показатели репродуктивного здоровья, репродуктивного поведения и репродуктивного потенциала. Все они взаимосвязаны. Профессор подчеркнул, что, работая в направлении сокращения потерь, мы в лучшем случае достигнем того, чего достигли страны, где этот показатель самый низкий в мире: уровня рождаемости по 1,9 ребенка на одну фертильную женщину. Но для поддержания уровня населения России на сегодня необходим совокупный коэффициент рождаемости на уровне 2,3–2,4. То есть каждая фертильная женщина должна иметь более 2 детей.

За счет чего возможно этого добиться? С точки зрения профессора Аполихина, за счет усиленной работы в направлениях репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения, чтобы каждая женщина, которая хочет иметь ■

ребенка, могла его иметь, и каждый мужчина, если он заводит семью, мог иметь детей.

Для этого нужен новый подход к государственной репродуктивной политике. Профессор рассказал о собственном вкладе в его формирование: «Мне как главному специалисту по репродукции министр здравоохранения Вероника Игоревна Скворцова дала поручение внести предложения в стратегию концепции “Репродуктивное здоровье семьи”. Ранее эта стратегия была направлена на показатели борьбы со смертностью в младенческом возрасте. Это была, в основном, третичная профилактика. В нашей концепции вы увидите совсем другие показатели и цели: не лечить уже запущенные последствия, а сохранить здоровье, не дать заболеть».

Развитость профилактики и раннего выявления заболеваний напрямую влияет на итоговые показатели воспроизводства населения. Так, профессор Аполихин сослался на результаты клинического исследования, предпринятого полтора года назад. Согласно им, если у женщины имеется прокарриотная инфекция до беременности (хламидиоз, микоплазмоз и другие ИППП), при возникновении беременности у нее плацента крепится фрагментарно. То есть рождение ребенка с низкой массой тела оказывается, по сути, запрограммировано. Кроме того, во время беременно-

сти идет отторжение плаценты кусками, а это сильно повышает вероятность кровотечения в родах.

«Мы боремся со следствием, и нам необходимы сверхтехнологии, сверхзатратные возможности, чтобы обеспечить рождение больного ребенка. Но мы практически ничего не делаем чтобы сохранить репродуктивное здоровье, чтобы рождались здоровые люди. Тогда не нужна будет родовая реанимация, нужен будет простой роддом», – подчеркнул докладчик.

Кроме того, большую роль играет простое желание иметь детей. При недавнем проведенном социологическом опросе 8,4% российских женщин ответили, что хотели бы иметь только 2 детей, 5% сказали, что детей вообще не хотят, еще 4% озвучили желание родить «сколько Бог даст». На вопрос о том, чем они объясняют свои предпочтения, многие отвечали, что им «не для кого рожать». Согласно данным, озвученным Олегом Аполихиным, 97% женщин при условии замужества готова сохранить ребенка. Но зачастую мужчины не собираются создавать семью и не готовы ее обеспечивать. «Пока мы не будем заниматься мужчинами, мы не сможем обеспечить достижение показателей, которые выполняют задачу, которая перед нами стоит в области репродукции. Это для нас фактически выход из нынешней проблемной ситуации». – подытожил профессор. ■

Межрегиональная общественная организация

www.forumurology.ru



Интернет форум урологов



Урологический импрессионизм

*Заметным событием на XV конгрессе Российского общества урологов, проходившем 18–20 сентября в Санкт-Петербурге, стало выступление сотрудника кафедры клинической андрологии РУДН и кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии Первого МГМУ имени И.М. Сеченова профессора **Владимира Александровича Божедомова**, посвященное вопросам репродукции. «Мой доклад будет, наверное, похож на работу импрессионистов: большие, жирные мазки, в которых нужно угадать большие идеи и перспективы. Сюда относится и так называемый «кризис спермы», активно обсуждаемый в прессе, и мужской фактор невынашивания беременности, который выходит сейчас на передовые позиции, и возрастной андрогенный дефицит. Это темы, которые на самом деле интересны и одновременно являются предметом дискуссии», – обрисовал круг вопросов докладчик.*

Первым из них рассматривался «кризис спермы». Профессор напомнил, что 5 лет назад ВОЗ были приняты новые стандарты по показателям спермограммы: требования по концентрации, подвижности и морфологии стали менее жесткими. Многие это рассматривают как доказательство снижения качества спермы у мужчин во всем мире, так что экспертам ничего не остается, кроме как занижать требования. По словам профессора Божедомова, изменение критериев означает, скорее, сдвиг границ самих показателей. Обзор исследований по всему миру не выявил глобального снижения качества спермы, хотя более

ограниченные региональные тенденции не могут быть исключены. На основании анализа данных, предпринятого в многоцентровых исследованиях, доказано, что в среднем качество спермы не ухудшается, хотя имеются региональные особенности.

Вместе с тем, широкое и недостаточно компетентное внимание к проблеме тревожит специалистов. Несмотря на отсутствие медицинских доказательств «кризиса спермы», этот вопрос беспокоит общественность и активно обсуждается в прессе, в то время как тот действительно важный факт, что мужская фертильность снижается в возрасте старше 40 лет и сопровожда-



ется повышением генетического риска для потомства, остается в значительной мере незамеченным.

В качестве аргумента профессор сослался на недавнюю статью в журнале *Andrology*. Авторы исследования проанализировали состояние около 700 мужчин в США, имеющих потомство. Как оказалось, нижние границы показателей спермограммы за последнее время сдвинулись еще вниз. Концентрация сперматозоидов в нижних 5% составила 12%, прогрессивно подвижных – 28%, причем оказалось, что средние показатели спермограммы у афроамериканцев хуже, чем у белых и латиноамериканцев. «Получается, что они все фертильны, и нет оснований полагать, что жены афроамериканцев менее верны, чем у других. Таким образом мы понимаем, что дело не в количестве сперматозоидов, а в их качестве», – прокомментировал профессор.

Исследования не обнаружили никаких доказательств снижения плотности спермы в США за 25-летний период, но идентифицировали существенные различия между средними показателями спермы мужчин из разных государств. Данные по России, к сожалению, очень фрагментарны.

Следующий вопрос, затронутый докладчиком, – возрастное снижение фертильности. Вероятность зачатия у

женщины в соответствии с возрастом достигает максимума к 24 годам, а потом начинает неуклонно снижаться. После 35 лет шансы на вынашивание и рождение здорового потомства значительно снижаются, вероятность выкидышей превышает 50%. Раньше считалось, что основная причина – снижение качества яйцеклеток. Сейчас это связывают также со сперматозоидами.

Тем не менее, роль фактора мужского бесплодия часто недооценивается как пациентами, так и врачами. Владимир Александрович Божедомов привел результаты интернет-опроса, проведенного среди женщин в четырех больших городах России: Москве, Санкт-Петербурге, Самаре и Новосибирске. По его итогам 47% опрошенных считают, что возраст женщины не влияет на возможность иметь детей, 80% выразили уверенность в том, что имеющая хотя бы одного ребенка пара не может страдать бесплодием, а роль возможного бесплодия мужчины в невозможности пары иметь детей отметили только 34% респонденток.

Есть, конечно, исключения из возрастных закономерностей: самая пожилая мать, описанная в научной литературе, – это 70-летняя индианка, а самый пожилой отец – 90-летний житель Пакистана, у которого 21 ребенок от разных женщин. Тем не менее, ■

при возрасте мужчины более 40 лет, как правило, ниже качество бластоцисты, меньше вес ребенка, повышается риск всевозможных врожденных аномалий, не только связанных с половой системой, но также аутизма, шизофрении, нарушений пищеварительный и сердечно-сосудистой систем.

«Если раньше историки науки показывали, что от мужчин старше 40 лет вероятность рождения детей талантливых и гениальных повышается в 10 раз, то сейчас надо констатировать: да, это правда. Но также повышается риск рождения детей, “необычных” со знаком минус», – отметил докладчик.

Следующий рассмотренный момент – один из самых изучаемых сегодня факторов развития бесплодия, фрагментация ДНК. Под ней понимается наличие одно- или двухцепочечных «разрывов» в структуре ДНК. По данным одного из актуальных исследований, если фрагментация ДНК больше 30%, риск выкидыша повышается почти в двадцать раз по данным этой работы. По данным мета-анализа, который был опубликован 2 года назад в журнале «Human reproduction», в 4 раза. При этом спермограмма может оказаться совершенно нормальной, но при нормозооспермии фрагментация все равно будет иметь место. «Получается, стандартная спермограмма в

норме, но при этом мужчина будет бесплоден, и от него будут происходить выкидыши. Вот наши собственные данные, о которых мы докладывали в прошлом году: у мужчин с нормозооспермией мы оценивали фрагментацию ДНК. Среди фертильных – и то повышена фрагментация. Почему? Потому что в эту группу фертильных вошли 30% мужчин, жены которых имели выкидыши. Человек получается фертильный, но нездоровый», – рассказал профессор Божедомов.

Причин, приводящих к фрагментации ДНК, существует множество. Среди них генетические факторы, например, нарушение соотношения между гистонами и протаминами. В соматических клетках нити ДНК «намотаны» на специальные глобулярные белки гистоны, а в сперматозоидах они заменяются на более компактные протамины. Если нарушено соотношение между гистонами и протаминами, сперматозоиды оказываются более ранимыми. Этот феномен может существовать отдельно, без оксидативного стресса. Тем не менее, оказывается, чаще всего специалисты имеют дело с оксидативным стрессом: когда повышен уровень лейкоцитов, когда пациент курит, имеется перегревание яичек, варикоцеле, нехватка антиоксидантов. Это приводит к избытку свободных ра-

дикалов, к которым относятся перекись водорода, озон, оксид азота и так далее. Они и приводят к повреждению ДНК сперматозоидов.

Итак, под воздействием многих факторов, к которым относятся возраст, стрессы, физические нагрузки, наблюдается оксидативный стресс. Вследствие этого возникает фрагментация ДНК, наличие разрывов. Такие сперматозоиды могут оплодотворять яйцеклетку, особенно, если применяются вспомогательные технологии. Но дальше либо не наступает беременность, либо наблюдается привычное невынашивание, либо рождаются дети с врожденными патологиями.

«Неправильный образ жизни может приводить к вот таким тотальным последствиям. Это не фактор, который легко устранить, индуцируя сперматозоид в яйцеклетку. По данным зарубежного мета-анализа, от 30 до 80% случаев бесплодия связаны с оксидативным стрессом. По нашим данным, около 40%. Какие меры нужно принять, чтобы решать эти проблемы? Надо руководствоваться теми принципами, о которых нам рассказывали учителя: бороться с причинами. Нужно устранять все те факторы риска, которые могут привести к нарушению репродуктивной функции: инфекции, ожирение, перегревание, алкоголь, стрессы и так

далее. Устраняя все эти факторы риска, мы можем естественным образом восстановить фертильность без применения высоких технологий, на которые часто делается ставка», – подчеркнул докладчик.

Кроме того, при работе с проблемой бесплодия важна правильная диагностика. Сегодня андрологическая лаборатория, выполняя анализ спермы, должна проводить оценку жизнеспособности, подвижности, морфологии и количества сперматозоидов, проверять наличие признаков воспаления (лейкоциты, эластаза, активные формы кислорода), оценивать антиоксидантную деятельность эякулята, повреждения ДНК сперматозоидов, антиспермальные тела (АСАТ), проводить анализ постэякуляторной мочи и другие функциональные тесты.

Кратко докладчик затронул тему обилия на рынке препаратов, нацеленных на борьбу с бесплодием: «У меня есть независимый опыт применения многих из них, и могу сказать, что, к сожалению, обещанное и реальное действие очень часто отличаются».

Еще один важный вопрос – клинико-экономическая эффективность лечения. Сколько нужно затратить средств для того, чтобы родился ребенок? «Например, при варикоцеле мы прооперировали мужчин, подобранных правильно. В результате из 10 мужчин у 4 родились ■

дети. Мы не всем помогли, но если мы сложим затраты на 10 операций и разделим на 4 рожденных детей, у нас получится сумма, допустим, в €1000, а если мы возьмем эти 10 пар и сразу отправим в программу ЭКО? Ожидаемая эффективность программы ICSI – 30% по беременностям и 19% по родам. А кумулятивный эффект – 50% родов после четырех попыток ICSI. Итак, умножьте затраты на одну попытку, которая стоит сейчас от 150 тысяч и выше, на 8 попыток, чтобы один ребенок родился. Насколько затраты больше?» – задал вопрос Владимир Божедомов.

Другой серьезный момент – опасность новых технологий. Профессор привел цитату из руководства Европейской ассоциации урологов, где подчеркивается, что использование

технологии ICSI, которая устраняет механизмы естественного отбора, неизбежно повышает риски рождения детей с различными аномалиями. Уже сейчас накоплены данные, которые показывают, что, к сожалению, дети после ICSI чаще имеют нарушения в половой, дыхательной, эндокринной и других системах. «Я на днях приехал из Сочи, там был конгресс Российской ассоциации репродукции человека, и гинекологи, те, кто занимается вспомогательными репродуктивными технологиями, очень болезненно реагируют на эти цифры, как будто я пытаюсь выбить фундамент у них из-под ног. Я не против высоких технологий, это великие технологии, но мы должны попытаться сделать все возможное, чтобы восстановить естественную фертильность, начиная с образа жизни, правильной диагностики, патогенетического лечения, и только в том случае, если ничего не помогло, прибегать к ним», – поделился профессор.

В заключение докладчик пригласил всех заинтересованных специалистов присоединиться к мультидисциплинарным тематическим циклам, проводимым кафедрой клинической андрологии РУДН и кафедрой акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии Первого МГМУ имени И.М. Сеченова. ■



Издательский дом «УроМедиа»

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

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ

УРОЛОГИЯ

ECUro.ru



www.ecuro.ru

Аккредитация ВАК
№ 22/49 от 25.05.12

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

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

Абстракты на английском языке в печатной версии журнала.

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

Все внимание - на детей

*С докладом о проблемах репродуктивной системы, наблюдаемых в детском и юношеском возрасте, выступила на XV конгрессе Российского общества урологов в Санкт-Петербурге профессор, главный научный сотрудник Московского НИИ педиатрии и детской хирургии, председатель правления Межрегиональной общественной организации детских урологов-андрологов **Ирина Валерьевна Казанская**.*

По ее словам, на сегодня установлено, что в 60% случаев проблемы репродуктивной системы во взрослой жизни мужчин берут свои корни из детства. Эта проблема привлекает к себе внимание российских специалистов – урологов и андрологов только в последние 10 лет. Очень важным моментом, обеспечивающим повышение внимания к детской урологии и андрологии, стал ряд приказов Министерства здравоохранения, регламентирующих работу в этой отрасли. Самым важным из них стал приказ был о диспансеризации 14-летних мальчиков с обязательным проведением УЗИ-диагностики органов репродуктивной системы. С этого момента, по словам профессора Казанской, начался период активного становления амбулаторной детской урологии, которая была представлена до этого в России минимально. Сейчас программа диспансеризации расширилась, проводится УЗИ-обсле

дование не только 14-летних, но и более юных мальчиков.

Тем не менее, подчеркивает профессор, урологи взрослой сети должны понимать, что количество операций на органах половой системы и прилежащих анатомических областях у детей постоянно увеличивается. Возрастает и риск бесплодия, но его мы можем увидеть только когда дети достигают репродуктивного возраста и зрелости. В России есть регионы, например, Смоленская область, где доля прооперированных детей с крипторхизмом необыкновенно велика, соответственно, риск репродуктивной недостаточности в дальнейшем там очень высок.

В качестве примера докладчик привела данные, полученные при диспансеризации детей и подростков мужского пола на базе одной из Московских поликлиник в 2011–2013 гг. Были получены и проанализированы результаты УЗИ среди осмотренных 590 детей и подро



стков в возрасте 10–15 лет. Практически каждый второй подросток имел отклонения в области андрологической сферы. Помимо варикоцеле и его субклинических форм, обнаруживались сперматоцеле, микролитиаз и заболевания предстательной железы. Особо неприятно, по словам профессора Казанской, было то, что у многих подростков имелись сочетания изменений, утяжелявшие клиническую картину.

«Мы считаем, что все выявленные изменения – это скрытые маркеры патологии органов репродуктивной системы. Это и есть дети, которые в дальнейшем дадут риск бесплодия. Это микролитиаз, гипоплазированное яичко, различные изменения в предстательной железе», – прокомментировала профессор.

По итогам обследования были сформулированы рекомендации по сбору анамнеза, диагностике и клинической практике для амбулаторной сети. Так, на этапе сбора анамнеза стоит уделить особое внимание жалобам пациента на боль и дискомфорт в области яичек, в паховых областях, тяжесть и боль в нижних конечностях: в покое, во время и после физических нагрузок. Также нужно поинтересоваться наличием патологии органов репродуктивной и сердечно-сосудистой систем у родственников (включая варикозную болезнь нижних конечностей), степени физической активности

пациента, предшествовавшими травмами органов репродуктивной системы и операциями на них, сопутствующими заболеваниями мочевыводящей системы.

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

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

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

Также по итогам диспансеризации были выявлены критерии риска репродуктивной недостаточности, среди ■

которых выраженные нарушения показателей кровотока в сосудах яичек и простаты, наличие орхопатии более 10%, травмы и воспалительные заболевания органов репродуктивной системы в анамнезе, наличие дополнительных образований в яичках и придатках и наследственная отягощенность по заболеваниям органов репродукции. Сочетание более чем трех факторов говорит о высоком уровне риска, менее трех – об умеренном. После установления уровня риска пациент определяется в группу наблюдения, группу наблюдения и обследования, либо на оперативное лечение (в случае, приведенном в пример профессором Казанской, хирургическое вмешательство понадобилось 34% обследованных).

Помимо непосредственно проблем репродукции, отягощающим фактором при андрологических заболеваниях может быть психовегетативное состояние пациента. Здесь докладчик обратилась к исследованию, предпринятому в РНИМУ имени Н.И. Пирогова, где изучались признаки соматической отягощенности, состояние вегетативной нервной системы (ВНС) и психологические особенности личности у подростков с андрологическими нарушениями. В УЗИ-скрининге приняли участие 390 человек, 168 прошли оценку соматической патологии и 53 – про-

верку ВНС и психологического статуса.

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

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

Полученные данные, как подчеркнула профессор, говорят о том, что патология репродуктивной сферы у мальчиков и юношей сочетается с другими расстройствами: нарушениями в соматической и психовегетативных сферах. «Итак, мы видим, что андрологическая патология – не отдельно стоящая проблема, но частное проявление системной патологии у детей с ограниченными возможностями здоровья. В связи с этим необходимо форми-



рование “репродуктивной настороженности”, повышенного внимания к проблеме со стороны педиатров первичного звена и врачей школьной медицины. Это необходимо для эффективной первичной профилактики», – подчеркнула Ирина Казанская.

Кроме того, по ее мнению, для каждой российской территории необходимо сформировать репродуктивный прогноз, учитывая при этом, сколько мальчиков там родилось, сколько из них оперировались, сколько остаются здоровыми. В итоге можно будет предположить уровень распространенности проблем репродукции и потенциальное число будущих отцов на данной территории.

Профессор назвала и другие меры, необходимые при разработке концепции охраны репродуктивного здоровья граждан РФ. Среди них определение объема

методов первичной профилактики репродуктивной недостаточности у мальчиков-подростков для педиатров первичного звена; установление нормы, согласно которой операции на органах репродуктивной системы проводились бы только специалистами с высшей категорией по детской урологии и андрологии или детской хирургии с использованием современных методов; введение в практику диспансеризации, помимо УЗИ-исследования яичек, оценки состояния простаты и спектра половых гормонов. «Очень важно сейчас интенсифицировать научные исследования. По проблеме репродуктивного здоровья детей их крайне недостаточно, этим занимается очень мало клиник в России. Но если проблемы будут рассматриваться постепенно, я думаю, в дальнейшем, мы решим нашу задачу», – подытожила профессор. ■



Восстановление эректильной функции после радикальной простатэктомии: мнение эксперта

Рак предстательной железы (РПЖ) представляет собой одну из активно обсуждаемых проблем современной онкоурологии. Это связано с широкой распространенностью и быстрыми темпами роста заболеваемости за последние годы во всем мире. Внедрение новых методов диагностики и лечения позволило не только улучшить выживаемость пациентов, но и существенно повысить качество их жизни. О методах пенильной реабилитации после радикальных методов лечения рака предстательной железы мы поговорили с к.м.н, врачом урологом высшей категории Дмитрием Александровичем Охоботовым.



Дмитрий Александрович, какова статистика встречаемости рака предстательной железы в России? С чем это связано – это истинное увеличение заболеваемости, или лучшая выявляемость?

Рак предстательной железы – является одним из наиболее распространенных злокачественных новообразований у мужчин и служит одной из главных причин смерти в пожилом возрасте. Ежегодно в мире выявляется около 400 000 случаев РПЖ. В США он является третьей по частоте причиной смерти от злокачественных опухолей. В России заболеваемость РПЖ занимает 7-е-8-е место (составляя около 6 %), причем у мужчин старше 60 лет РПЖ – наиболее часто встречающееся злокачественное новообразование. В период с 1999 по 2009 годы показатель заболеваемости РПЖ в России вырос в 2,8 раза (первое место среди злокачественных новообразований).

Следует отметить, что рак простаты характеризуется относительно благоприятным, бессимптомным течением на ранних стадиях и относительно медленным развитием, благодаря чему и врач и пациент имеют определенный запас по времени

для принятия решения о выборе того или иного метода лечения.

В вопросах о заболеваемости и выявляемости РПЖ основными провоцирующими факторами риска являются особенности питания, иммунного статуса, гормонального фона и наследственности, поэтому сегодня справедливо говорить и об увеличении заболеваемости, и о возможностях активной ранней скрининговой диагностики РПЖ.

Известно, что для лечения локализованного РПЖ наиболее часто применяется оперативное лечение – радикальная простатэктомия (РПЭ). Но, как и любой хирургический метод, она ассоциируется с осложнениями – эректильной дисфункцией и недержанием мочи. Как часто у пациентов после РПЭ развивается ЭД?

По данным зарубежных исследователей, частота встречаемости ЭД после РПЭ в зависимости от методики выполнения варьирует от 50 до 95 %. По данным Mulhall (2009), распространенность заболевания у этой категории больных составляет от 14 до 90%. Djavan B. et al., (2006) установили, что после билатеральной нервосберегающей РПЭ сохранность ЭФ без лечения в течение первых 3 мес. после операции составляет 9–16 %, к 6 мес. – 21–29 %, а к году процесс восстановления практически завершается (56–86 %).

Российские исследования говорят о том, что ЭД встречается от 86 % до 100 % случаев (Велиев Е. И. и соавт., 2003). При этом Алексеев Б. Я. отметил, что проблемы

с эрекцией возникают только примерно у половины пациентов при унилатеральном нервосбережении, и у каждого пятого – при билатеральном (n = 102). У других авторов эти цифры настолько близки друг к другу, что говорить о том, что нервосберегающая РПЭ оказывает меньшее влияние на сексуальную функцию, сегодня не приходится.

Конечно, анатомическая целостность сосудисто-нервных пучков имеет большое значение и период сексуальной реабилитации после простатэктомии при наличии сохраненных нервных пучков течет гораздо легче. Но даже в случае с билатеральной сохранностью, исключить период длительной ишемии кавернозных тел в послеоперационном периоде не представляется возможным и требуется ее устранение, даже в тех случаях, когда активация сексуальной жизни пациенту не требуется.

От чего зависит – разовьются в послеоперационном периоде после РПЭ нарушения эректильной функции или нет?

Во-первых, это исходный сексуальный статус пациента – возраст, состояние эректильной функции до операции, во-вторых – стадия РПЖ и особенности выполнения самой операции (уни- или билатеральная нервосберегающая, опыт хирурга, и т.д.). В-третьих фактор времени и реакции организма на повреждения. После простатэктомии мужчина начинает осознавать себя мужчиной в интимной сфере не ранее чем через 5-6 месяцев, к тому времени, когда практически полностью уходят боли и ■

дискомфорт при мочеиспускании, компенсируется недержание мочи, компенсируются другие возможные осложнения (нейропраксия, венная окклюзия и т.д.). Фактически, это время когда организм перестраивается под новые условия существования и восстановления эректильных способностей мужчины.

Есть ли способы реабилитации нарушений эрекции у пациентов после РПЭ?

Да, их несколько. Их можно условно разделить на медикаментозные и хирургические. Также можно выделить альтернативные методы – те, которые для рутинного применения требуют дополнительных фундаментальных исследований и тщательного научного анализа. В клинической практике урологи чаще всего применяют другую классификацию – методы первой, второй и третьей линии терапии.

К первой линии методов относится применение ингибиторов ФДЭ 5 типа, характеризующиеся высокой эффективностью, удобством применения, хорошей переносимостью и безопасностью, а также использование методики локального отрицательного давления (ЛОД, вакуум терапия). Сегодня наиболее изученным препаратом из группы иФДЭ-5 является Силденафила цитрат. Более чем 15-летний опыт его клинического применения доказал высокую эффективность и безопасность у различных категорий больных эректильной дисфункцией. Но, тем не менее, интерес к этому препарату сохраняется и в настоящее время, что связано с

исследованием новых возможностей применения лекарственных средств данной группы в урологической практике. К этой же линии терапии относится и уже упомянутая ЛОД-терапия – лечение ЭД с помощью вакуумного устройства или локального отрицательного давления.

Каков механизм действия препаратов группы иФДЭ-5?

Механизм действия ингибиторов ФДЭ-5, в том числе и Силденафила цитрата, опосредован через систему оксид азота (NO)-циклический гуанозинмонофосфат. Угнетение разрушения последнего приводит к росту его концентрации в клетках, в которых основной формой фосфодиэстераз является именно ФДЭ-5. В гладкомышечных клетках сосудов кавернозных артерий это позволяет усиливать приток крови к кавернозным телам и, как следствие, способствует развитию эрекции полового члена. В норме в кавернозных телах осуществляется лишь транзитный кровоток, минующий многочисленные каверны пещеристых тел и только благодаря работе системы оксида азота (NO), оказывающей расслабляющее действие на гладкие стенки каверн, происходит их кровенаполнение и насыщение кислородом.

Вы можете рассказать об исследованиях, доказывающих эффективность Силденафила цитрата для восстановления ЭД после РПЭ?

Большинство таких исследований были проведены за рубежом. Так, в 2008 г.

Padma-Nathan и соавт. опубликовали данные первого широкомасштабного плацебо-контролируемого исследования применения Силденафила у больных после нсРПЭ. Участники были разделены на 3 группы: 1-я получала силденафил в дозе 50 мг, 2-я – также силденафил, но в дозировке 100 мг, а 3-я – плацебо. Препарат принимался ежедневно на ночь в течение 36 недель. Было отмечено появление спонтанных ночных эрекций у 4% пациентов плацебо-группы и 27% больных, получавших силденафил. Исследователями был сделан вывод о том, что ежедневный прием силденафила после оперативного лечения способствует восстановлению нормальных спонтанных эрекций. Аналогичные результаты были получены и другими авторами, в том числе и российскими.

Следует помнить о факторах времени и транзитной ишемии, о которых мы говорили ранее, потому что уже в раннем послеоперационном периоде приходится назначать лечение, в котором пациент в этот момент физически не нуждается, но оно необходимо для того чтобы предотвратить и скомпенсировать ишемию кавернозных тел в послеоперационном периоде.

Проводились ли подобные исследования в России?

Безусловно, проводились. Практически все клиники нашей страны, где проводится радикальная простатэктомия, в той или иной степени пытались компенсировать ишемию кавернозных тел в послеоперационном периоде. Поскольку

проблема до сих пор полностью не решена, она продолжает оставаться среди актуальных вопросов современной урологии.

Давайте вернемся к другим методам реабилитации пациентов с ЭД после РПЭ. Какие методы относятся ко второй и третьей линиям терапии?

Вторая линия терапии – это интрауретральное и интракавернозное введение лекарственных препаратов. Большим плюсом этих методов является возможность потенцирования их эффекта путем комбинации с ингибиторами 5-ФДЭ, в том числе с Силденафила цитратом. Третья линия – фаллоэндопротезирование и сосудистые реконструктивные операции. Сегодня ЭД может быть вылечена почти в 100% случаев, причем ее наличие определяется только желанием и возможностями пациента и врача. Ни возраст, ни сопутствующие заболевания сегодня не являются противопоказаниями к активной сексуальной жизни.

Есть ли у этих линий какие-то преимущества или особенности?

Методы 2-й и 3-й линии терапии должны использоваться тогда, когда пациент терапевтически не отвечает на средства лечения 1й линии. Эти методы принадлежат к интервенционной терапии и хирургии со своими преимуществами и недостатками, по-своему эффективны и могут использоваться для лечения ЭД у пациентов после простатэктомии. ■

Что делать, если все эти средства оказываются недостаточно эффективными?

Тогда прибегают к фаллопротезированию. Это третья линия терапии ЭД.

Какие методы относятся к альтернативным?

Одним из наиболее перспективных альтернативных направлений считается тестостеронотерапия – как в виде монотерапии, так и в комбинации с ингибиторами ФДЭ-5. Ограничивает его применение возможность рецидива или прогрессирования рака простаты на фоне терапии тестостероном. Вопрос это спорный, который постоянно обсуждают лучшие онко-, урологические и эндокринологические умы. Нейромодулирующая терапия также считается перспективным направлением лечения ЭД – она направлена на восстановление нервной проводимости путем роста аксонов кавернозных нервов. На стадии изучения – генная терапия, нейротропные стимуляторы, нейротрофические факторы. Из хирургических методов применяется пересадка икроножного нерва, которая впервые была применена в 1990 г., и которая стала основой для интенопозиционной методики пересадки нерва при лечении ЭД.

Возвращаясь к первой линии терапии ЭД – о каком препарате Вы могли бы рассказать?

В настоящее время на российском рынке помимо оригинального препарата силденафила имеется дженерик «Динамико», производимый группой компаний «ТЕВА». Результаты проведенных исследований по-

казывают, что эффективность и безопасность «Динамико» сравнима с таковой у оригинального препарата. Также был отмечено существенное положительное влияние на эректильную функцию и все компоненты общей удовлетворенности половой сферой, что положительно сказалось на качестве жизни пациентов, принимавших «Динамико». Помимо этого, плюсом препарата является не только качественная эрекция, но и минимум побочных эффектов и отсутствие привыкания при длительном применении.

Планируется ли проведение клинических исследований препарата «Динамико»?

Да. Некоторые исследования, касающиеся применения силденафила цитрата («Динамико») для комбинированного лечения пациентов с эректильной дисфункцией, страдающих расстройствами мочеиспускания, были проведены на базе кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, ГБУЗ ГКБ №31 г. Москвы, ГБУЗ ГП №195 г. Москвы. Планируется проведение и других исследований по этому препарату, по завершению которых результаты будут опубликованы в профессиональных изданиях. ■

Спасибо большое за интервью!

За дополнительной информацией обращаться:
ООО «Тева» Россия, 115054, Москва, ул. Валовая, д.35
Тел.: +7 495 6442234, факс: +7 495 6442235
www.teva.ru
DYN-RU-0007-DOK-23072016

Силденафил
ДИНАМИКО
ГОЛУБАЯ ТАБЛЕТКА С МОДИФИЦИРОВАННЫМ СОСТАВОМ

**ПОЖАЛУЙ, ЕДИНСТВЕННЫЙ «ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ» —
ЭТО РЕМОНТ КВАРТИРЫ. И НИКАКОГО ПРИВЫКАНИЯ!***

Таблетка силденафила с модифицированным составом:¹

- дает качественную эрекцию;^{1, 2}
- обеспечивает минимум побочных эффектов;²
- *не вызывает привыкания.³



TEVA

1. Возможны побочные действия. Более подробная информация содержится в инструкции по медицинскому применению препарата Динамико.
2. Камалов А.А., Охоботов Д.А., Осмоловский Б.Е., Тахирзаде А.М., Геворкян А.Р. / Комбинированная терапия больных с симптомами нижних мочевых путей и эректильной дисфункцией. // Естественные и технические науки. – 2013. – № 1. 3. Giuliano F., Jackson G., Montorsi F., Martin-Morales A., Raillard P. Safety of sildenafil citrate: review of 67 double-blind placebo-controlled trials and the postmarketing safety database. The International Journal of Clinical Practices. Blackwell Publishing Ltd, Jan 2010, 64, 2, 240–255. ООО «Тева». 115054, г. Москва, ул. Валуевая, д. 35.
Тел.: +7 (495) 644-22-34, факс: +7 (495) 644-22-35/36. HIRE-DYN-AD-07/0415-EL-1414-060416. Реклама.

Отчет о VIII научно-практической конференции урологов восточной Сибири с международным участием «Актуальные вопросы урологии»



А.А. Кошмелев
к.м.н., доцент
заведующий курсом
урологии ЧГМА

Немного истории

Первая конференция урологов Забайкалья, на которой прозвучало всего 9 научно-практических докладов, прошла 19 декабря 2008 года. Третья конференция уже проходила в статусе мероприятия Байкальского региона, тогда к урологам Забайкалья присоединились коллеги из Республики Бурятии и Иркутской области. С 2012 года после совещания руководителей общественных урологических ассоциаций принято решение о присвоении конференции статуса мероприятия Восточной Сибири, так как к тому времени в анклав присоединились урологи Красноярского края и коллеги с Дальнего Востока.

Настоящее

Очередь проведения VIII конференции урологов Восточной Сибири в 2015 году выпала на Читу, и подготовка к ней началась практически сразу после наступления календарного Нового года...

Близость региона к Китайской народной республике диктовала желание пригласить коллег из Поднебесной для расширения контактов и большего обмена опытом. На этапе подготовки к мероприятию пришлось дважды посетить Китай – города Манчжурия и Харбин. Итогом этих поездок стали

контакты с ведущими урологами Харбина, представляющих научную и практическую урологию.

Финальное количество участников (специалистов в области урологии) составило 87 человек. Организаторы конференции выражают огромную благодарность информационному portalу UROWEB.RU за оперативное распространение информации о мероприятии и отдельно – Шадёркину И.А.

Первый день был посвящен живой хирургии с трансляциями из операционной, с возможностью общения аудитории с операторами в реальном времени. К сожалению, из-за первого

«летнего» тумана не все операторы смогли вовремя прибыть на Забайкальскую землю, порядок операций пришлось экстренно менять, но это никак не смогло повлиять на качество мероприятия.

Работа шла параллельно в двух операционных. В первой операционной прошли успешно два пособия по фаллоэндопротезированию у пациентов, перенесших открытую радикальную простатэктомию. Д.м.н. Алиев Роман Тофикович (г. Барнаул) провел успешную имплантацию однокомпонентного протеза, не менее профессионально профессор Еркович Андрей Анатольевич (г. Новосибирск) установил трехкомпонентный фаллоэндопротез. В соседней операционной д.м.н. Гвоздев М.Ю. (кафедра урологии МГМСУ, зав. каф. профессор Пушкарь Д.Ю.) с присущей хладнокровностью и отточенным мастерством выполнил две операции по имплантации синтетических слингов пациенткам с недержанием мочи.

Хочу отметить клинику «Академия здоровья», в которой проходила конференция, неподдельный профессионализм ее сотрудников, прекрасное оснащение, и, конечно же, отзывчивость её руководителя д.м.н. Давыдова Сергея Олеговича.

Апогеем дня «живой хирургии» ста-

ла операция в исполнении профессора Курбатова Дмитрия Геннадьевича (г. Москва) по буккальной пластике протяженной стриктуры пенильной уретры у соматически и анамнестически сложного пациента. Завершился операционный день установкой профессором Курбатовым Д.Г. временного нитинолового стента пациенту с послеоперационной стриктурой бульбозного отдела уретры.

Параллельно операциям в зале проходили презентации видеодокладов по проблемам недержания мочи, лечения ДГПЖ методом эмболизации простатических артерий, оперативных пособий при эктопии уретры у женщин и др.

Программа второго дня включала в себя более 30 научно-практических докладов.

Открывал программу второго дня доклад «Со взглядом в будущее» И.А. Шадёркина (г. Москва), посвящённый мобильному персональному мониторингу физиологических функций в урологии. Секция мочекаменной болезни была посвящена профессору Мунгалову Николаю Павловичу, безвременно ушедшему после продолжительной болезни в 2015 году. В Забайкальском крае Н.П. Мунгалов долгое время руководил курсом урологии. Большую часть своей профессиональной деятельности ■

Совещанием учредителей выбран лауреат ежегодной премии «Око Гиппократ» за научно-практический вклад в урологию. Им в 2015 году стал профессор Д.Г. Курбатов.

он посвятил изучению местного курорта «Кука», доказав уникальные свойства его минеральной воды в профилактике и лечении пациентов с мочекаменной болезнью.

Опытом лечения и клинической эффективностью методом перкутанной нефролитолапаксии поделился д.м.н. Саенко В.С. (г. Москва), Малханов Ш.В. (г. Чита). Коллеги из КНР - Ли Шуанцунь и Ли Юншень - представили свой опыт гольмиево-лазерной литотрипсии гибким уретероскопом и перкутанной нефролитотомии под местной анестезией. Прозвучали доклады по контактным и безконтактным методам лечения мочекаменной болезни (Рожанский П.В. (г. Иркутск), Гомбоев Р.Б. (г. Чита)).

Секцию по клинической андрологии открыл профессор Оношко В.Ф. (г. Иркутск) с докладом о простатической интраэпителиальной неоплазии. Стоит опередить события и сказать, что данная секция вызвала большой интерес у специалистов, что вылилось в большое количество вопросов у аудитории урологов. Также рассматривались вопросы заболеваний предстательной железы опухолевого и вос-

палительного характера (Яковец Я.В. (г. Барнаул), проф. Антонов А.Г. (г. Хабаровск), проф. Чжан Цзян (г. Харбин, КНР), Дударев В.А. (г. Чита), Цыбденов А.Г. (г. Улан-Удэ), Лобунцов А.Ф. (г. Чита), д.м.н. Алиев Р.Т. (г. Барнаул)). Проблемам бесплодия, нарушениям гормонального статуса у мужчин были посвящены доклады проф. Ерковича А.А. (г. Новосибирск), Грекова Е.А. (г. Москва), Кошмелёва А.А. (Чита). Проблемы и хирургические методы их коррекции в детской андрологии затронул в своих докладах д.м.н. Кравцов Ю.А. (г. Владивосток).

Завершал программу второго дня сателлитный симпозиум фирм спонсоров.

В завершении дня были подведены итоги конференции. Совещанием учредителей выбран лауреат ежегодной премии «Око Гиппократ» за научно-практический вклад в урологию. Им в 2015 году стал профессор Д.Г. Курбатов. Гостям конференции были вручены памятные издания о Забайкальском крае. В торжественной обстановке была передана «эстафета» конференции, которая в следующем году пройдет в столице Бурятии, г. Улан-Удэ. ■



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

Мини, ультра-мини, микро нефролитотрипсии

17 сентября 2015г Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины МЧС России вновь распахнул свои двери перед урологами.



Причиной тому стала международная научно-практическая урологическая конференция, с 2012 г ежегодно проводимая отделением урологии клиники МЧС №2 под руководством Заслуженного врача РФ, председателя Петербургского общества онкоурологов, главного научного сотрудника ФГУ НИИ Онкологии им. Н. Н. Петрова, д.м.н, профессора Сергея Борисовича Петрова.

Целью данной конференции являлось ознакомление широкой аудитории с результатами мировых фундаментальных и клинических исследований и инноваций в современном лечении мочекаменной болезни, обмена опытом специалистов и экспертов в области урологии, а также демонстрация новых возможностей их взаимодействия, содействие развитию науки и, наконец, внедрение в практику новых медицин-

ских технологий и достижений.

И доклады, и операции были доступны к просмотру не только в зале, но и в интернет на сайте урологического телевидения Uro.TV, что стало возможным, благодаря усилиям коллегтива Uroweb.

В соответствии со сложившейся традицией, не обошлось без гостей из зарубежных стран. Во второй раз конференцию посетил Арвинд Ганпуле (doctor, Consultant Urologist & Chief, Division of Laparoscopy and robotic surgery Muljibhai Patel Urological Hospital, Nadiad, India), продемонстрировавший в прошлом году технику исполнения микро-перкутанной нефролитотрипсии. В этом году профессор представил

доклад о микро-ПНЛ, в котором осветил показания, методику и эффективность метода.



К сожалению, второму именитому иностранному гостю, Янеку Десаи (doctor, Chief Urologist, Consultant Urologist at Samved Hospital, Ahmedabad, India), посетить конференцию не удалось в связи с техническими сложностями.

В этом году в рамках конференции обсуждались вопросы современных малоинвазивных методик хирургического лечения камней в почках перкутанным способом (мини, ультра-мини, микро-нефролитотрипсия), позволяющих удалять конкременты до 2 см с минимальной травматичностью для почечной паренхимы, сосудов и окружающих тканей, малой инвазивностью и более быстрым периодом реабилитации.

Кроме Арвинда Ганпуле с докладами выступили проф. Мартов А.Г. «Перкутанные методы лечения камней почек: ■



прошлое, настоящее и будущее перкутанной хирургии камней почек в России» и к.м.н. Гаджиев Н.К. «Эффективность перкутанной нефролитотрипсии – способы оценки».



В рамках конференции были выполнены 2 показательные операции:

- «Мини ПНЛ» (исполнители – Гаджиев Н.К., Бровкин С.С.);
- «Микро ПНЛ» (исполнитель - Борячев М.В.).

Связь с операционной позволила вести диалог с оперирующими хирургами - каждый желающий мог задать интересующие его вопросы, касаемо нюансов операции.

Особое внимание привлекли доклады главного эндоуролога страны проф. Мартова А.Г. о перкутанных методах лечения, а также возможность применения в клинической практике ACS – классификации, позволяющей значительно облегчить предсказание

итогов хирургического лечения камней почек еще до операции.



Гости и участники конференции могли ознакомиться с новинками медицинского оборудования и фармацевтической промышленности.



Конференция закрепила за собой статус международной площадки для обмена опытом специалистов и экспертов в области урологии и продемонстрировала новые возможности их взаимодействия. Такой формат содействует развитию науки, обмену профессиональным опытом, но, главное, способствуют внедрению в нашу практику новых медицинских технологий и достижений. ■



«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ РАДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР» Минздрава России



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

11 декабря 2015

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина –
филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России
Москва, ул. 3-я Парковая дом 51, корп. 4

Участие бесплатное



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

Организаторы:

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

Тематики программы:

- Современные методы диагностики МКБ
- Современные возможности диагностики литогенных нарушений
- Новые горизонты в амбулаторной практике лечения МКБ
- Роль метаболического синдрома как фактора риска МКБ
- Роль инфекции в МКБ
- Роль пищевого рациона в развитии МКБ
- Современные методы оценки риска развития МКБ
- Современные алгоритмы консервативного ведения пациентов с МКБ
- Факторы риска рецидива МКБ: современный подход к оценке
- Современные принципы метафилактики МКБ
- Современные формы дистанционного мониторинга за больными с МКБ

Конференция посвящена современным взглядам на аспекты консервативного лечения и предупреждения развития мочекаменной болезни. Своим опытом поделятся специалисты в области мочекаменной болезни ведущих научных и лечебных учреждений.

Контакты:

Просьянников Михаил Юрьевич Телефон: +7(965)113-17-91 E-mail: prosyannikov@gmail.com

Техническая и информационная поддержка МООУ «Интернет форум урологов» Подробности на Uroweb.ru

Острые вопросы российской медицины

В начале сентября в Москве прошел форум Общероссийского народного фронта по вопросам здравоохранения, в котором приняли участие более 600 человек. Беспрецедентным стал факт участия в форуме президента РФ В.В. Путина, что подчеркивает большое внимание к медицине высших эшелонов власти. По прошествии небольшого промежутка времени хочется верить, что те вопросы и проблемы, которые были озвучены участниками, будут решены в самые кратчайшие сроки. Специальные корреспонденты представляют читателям Дайджеста урологии интересные моменты форума.

Информатизация медицины

Коллегиальный орган, ответственный за внедрение информационных технологий в системе здравоохранения РФ, может быть создан в скором времени.

С такой инициативой выступил президент Ассоциации развития медицинских информационных технологий АРМИТ Михаил Эльянов. Идея озвучена в ходе форума Общероссийского народного фронта (ОНФ) «За качественную и доступную медицину». В числе функций предполагаемой коллегии Эльянов назвал независимую экспертизу решений, принимаемых органами управления в здравоохранении, и профессиональную выработку предложений в области модернизации

медицинской системы. Он подчеркнул, что опыт подобной работы уже есть: с 2008 по 2011 год эти же задачи во многом выполняла экспертно-консультативная группа Совета при президенте РФ по развитию информационного общества. По мнению Эльянова, итоги ее работы показали эффективность подхода.

Среди главных целей в области информатизации медицины президент АРМИТ акцентировал необходимость развития многопрофильного скрининга. По его словам, внедрение новых технологий в сочетании с акцентом на профилактику и диспансеризацию позволит значительно повысить качественный уровень российского здравоохранения.

Другой важный аспект – доступ-



ность медицинских услуг для населения. Сегодня дела в этой сфере, увы, оставляют желать лучшего. Расширение информатизационных сетей помогло бы переломить ситуацию. В числе названных на форуме проблем – отсутствие у медицинских организаций собственных сайтов для предоставления информации, крайне ограниченная работа системы электронной записи к врачам и недостаточная скорость внедрения электронных медицинских карт. Проведенный весной этого года мониторинг Общероссийского народного фронта выявил, что в 14 регионах России записаться на врачебный прием через интернет вообще невозможно. Электронные терминалы в поликлиниках, призванные облегчить прохожде-

ние регистрационных процедур, отсутствуют в 23 регионах.

Одна из главных проблем заключается в том, что сейчас информатизация здравоохранения ограничивается хозяйственной сферой. Новые технологии применяются в бухгалтерии и кадровом учете, но степень их внедрения в клиническую практику явно недостаточна. «В нашей стране огромное количество инновационных разработок в сфере здравоохранения, способных повысить качество и уровень проводимых профилактических исследований и диспансеризации. Введение новых технологий позволит повысить их доступность и качество», – подчеркнул Михаил Эльянов. Остается проработать механизмы их использования. ■

Мнение Президента: ликвидация бесплатных медицинских услуг незаконна

В ходе пленарного заседания форума Общероссийского народного фронта (ОНФ) «За качественную и доступную медицину» глава государства и лидер организации Владимир Путин заявил о том, что сокращение бесплатных услуг в сфере здравоохранения является незаконным, так что требуется незамедлительное урегулирование вопроса соответствующими структурами.



Президент акцентировал, что в области здравоохранения должно оставаться всё то, что обеспечивает предоставление гражданам бесплатной медицинской помощи, как и предусматривается в Конституции РФ. Любые мероприятия, влекущие за собой уничтожение бесплатных медицинских услуг, не являются законными, поэтому необходимо быстрое и эффек-

тивное реагирование со стороны федеральных или региональных структур.

Проблема снижения доли бесплатных медицинских услуг в отечественном здравоохранении была озвучена журналистом из Еврейской автономной области Сергеем Бурындиным, который сообщил об устранении в регионе бесплатных медицинских лабораторий и их замене на коммерческие. ■

Новые принципы рекламы лекарств

На пленарном заседании форума Общероссийского народного фронта (ОНФ), посвященного проблемам здравоохранения, Владимир Путин акцентировал необходимость разработки конкретных принципов, регулирующих рекламу лекарств на территории РФ.



Представители фармацевтической промышленности информировали президента о проблемах, существующих в сфере маркетинга лекарственных препаратов. В частности, было озвучено мнение, что по причине широкой доступности медикаментов для лиц, не имеющих рецептов, пациент при выборе лекарств руководствуется информацией, почерпнутой скорее из рекламы, нежели от квалифицированных специалистов. Это сказывается, в свою очередь, на качестве товаров, так как основной упор, вместо него, делается на продвижение.

Глава государства подтвердил необходимость урегулирования этой сферы, заявив, что единственный прин-

цип, существующий в ней на сегодня, – это принцип продвижения продукции любыми возможными средствами.

Однако Путин заметил также, что сложность вопроса заключается в нахождении точных методов его решения, что позволило бы и дальше продвигать товары посредством рекламы, но при этом избежать бюрократизации этой сферы.

Он сказал также о том, что продажа импортных препаратов никогда не будет запрещена на территории РФ, но добавил, что необходимо способствовать развитию российской фармацевтической промышленности. К 2018 году планируется локализовать в России выпуск 90 % всех препаратов. ■

Форум ОНФ: новые медики взамен сокращенных

На пленарном заседании форума Общероссийского народного фронта (ОНФ) «За качественную и доступную медицину» президент России и лидер организации Владимир Путин указал на то, что реформы и программы, имеющие целью усовершенствование системы российского здравоохранения, не могут быть заморожены, невзирая на обширное сокращение кадров. Кроме того, он добавил, что данная сфера нуждается в квалифицированных специалистах, соответствующих современным требованиям, которые помогут обеспечить высокое качество медицинских услуг.

По словам президента, проблема сокращения медперсонала, а также вытекающий из этого дефицит кадров в больницах и госпитальных учреждениях связаны с курсом на повышение качества предоставляемых медицинских услуг. Президент настаивает на необходимости привлечения специалистов, отвечающих современным требованиям и способных обеспечить высокое качество услуг. Любая оптимизация требует, по словам Путина, фильтрации персонала. Внимание следует уделить, таким образом, подготовке новых кадров.

Владимир Путин также подчеркнул, что последние действия в области реформирования медицины нацелены на то, чтобы «направить усилия в нужное

русло». Необходимо вносить своевременные коррективы для обеспечения адекватной работы системы и ее соответствия запланированным стандартам.

Кроме этого, президент подчеркнул недопустимость утраты положительных достижений последних лет. Самым важным, по мнению Путина, сегодня является федеральное и региональное финансирование. Запланированные программы развития здравоохранения изменения целиком финансируются из государственного бюджета. В течение предыдущих трёх-четырёх лет средний объём финансирования составлял 3,6 % от ВВП. Предварительный расчёт показал, что в следующем году можно будет ожидать несколько меньшей цифры, однако средняя ве-



личина останется выдержанной.

Помимо этого, глава государства детально рассмотрел проблемы в области сельской медицины. Путин акцентировал внимание на том, что на нужды сельской местности во время проведения работы по укреплению первичного звена здравоохранения в 2014 году было выделено значительное количество ресурсов. По словам президента, обычно всякие сокращения начинают проводиться именно в сельской местности. Однако такая практика не должна иметь места, пусть даже она диктуется экономическими соображениями: если люди получают помощь в единственной работающей сельской поликлинике, закрывать ее ни в коем случае нельзя.

Форум «За качественную и доступную медицину» прошёл 6-7 сентября в

«Экспоцентре» в Москве. В первый день мероприятия работали пять площадок: «Детское здравоохранение – актуальные проблемы сохранения здоровья нации», «Лекарственное и технологическое обеспечение – резерв для повышения доступности и качества медицинской помощи», «Доступность и качество медицинской помощи: итоги оптимизации», «Экономика и управление системой здравоохранения: устойчивость и развитие», «Система подготовки медицинских кадров для нового качества здравоохранения». В ходе совместных дискуссий участники форума составили список предложений по преобразованиям в сфере отечественного здравоохранения, чтобы затем ознакомить с ними президента. Только за первый в работе площадок приняло участие более 600 человек. ■

V Юбилейная Всероссийская школа по детской урологии-андрологии

7-9 апреля 2016 года
г. Москва

Уважаемые коллеги!

Проведение таких Школ уже стало доброй традицией, которая неизменно имеет широкую заинтересованность со стороны врачей, которые занимаются лечением детей с заболеваниями мочеполовой системы.

В рамках Школы планируется проведение образовательной программы по лапароскопической урологии детского возраста, мастер-класс Европейской Ассоциации детских урологов по нарушениям мочеиспускания, их консервативному и оперативному лечению, включая аспекты детской нейроурологии. Большое внимание планируется уделить вопросам детской амбулаторной урологии. Отечественные урологи представят свои работы, в том числе согласно присланным тезисам.

В 2016 году планируется проведение постерной сессии, в рамках которой все желающие смогут представить результаты своей работы и обсудить их с коллегами.

Планируется вручение призов в различных номинациях.

Школа проводится при поддержке и участии НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина, Европейской ассоциации детских урологов, МОО «Интернет форум урологов».

О начале регистрации и приеме тезисов будет сообщено дополнительно, следите за нашими анонсами.

Предварительная программа Курса Европейской ассоциации детских урологов (ESPU) по нарушениям мочеиспускания

- Нейрогенная регуляция функции мочевого пузыря и нижних мочевых путей
- Мочеиспускание плодов и новорожденных
- Недержание мочи в дневное время
- Ночное недержание мочи (Enuresis nocturna)
- Нарушение функции мочевого пузыря и кишечника (Bladder and bowel dysfunction)
- Гипоактивный мочевой пузырь (Underactive bladder)
- Инфравезикальная обструкция у детей
- Лечение нейрогенного мочевого пузыря
- Реабилитация детей с травмой и заболеваниями спинного мозга
- Холинолитики и другие препараты в лечении СНМП у детей
- Нейростимуляция у детей
- БОС-терапия в лечении нарушений мочеиспусканий у детей
- Ботулинический токсин в лечении СНМП у детей
- Круглый стол – уродинамические исследования: фундаментальные основы и практические руководства

Контакты для участников для решения организационных вопросов:

Шадеркина Виктория Анатольевна

Тел. +79260175214

E-mail: viktoriashade@uroweb.ru

Гарманова Татьяна Николаевна

Тел. +79269937443

E-mail: tatianagarmanova@gmail.com

Контакты для рекламодателей и компаний-спонсоров:

Шадеркина Виктория Анатольевна

Тел. +79260175214

E-mail: viktoriashade@uroweb.ru

Выступления:

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

Оргкомитет V Всероссийской школы по детской урологии-андрологии

До встречи на Школе!

Производитель БАД для повышения потенции отозвал свой продукт из обращения

ООО «Найлан» (российское представительство производителя Nilen Alliance group LTD) совместно с ООО «Витаминный Рай» приняли решение отозвать из оборота биологически активные добавки «Лаверон для мужчин» и «Оргазекс». Соответствующее письмо за подписью генерального директора ООО «Найлан» Мариты Махцевой имеется в распоряжении «ФВ».

Компания пришла к такому решению на основании результатов мониторинга наиболее популярных средств, способствующих повышению потенции, который в начале весны 2015 г. провели НП «Объединение производителей биологически активных добавок к пище», Союз профессиональных фармацевтических организаций и Аптечная гильдия. Тогда в нескольких известных аптечных сетях Москвы в присутствии нотариуса было приобретено восемь наименований продукции. Были приобретены различные серии препаратов «Сеалекс форте», «Аликапс», «Тонгкат Али Платинум», «Лаверон», «Органзекс», «Вука-Вука», «Фужуньбао» и «Саймы».

Опечатанные образцы были направлены на экспертизу в три исследовательских центра: Центр контроля качества лекарственных средств РУДН, ГБУЗ «Центр лекарственного обеспече-

ния и контроля качества Департамента здравоохранения г. Москвы» и Главный государственный центр судебно-медицинских и криминалистических экспертиз Министерства обороны РФ.

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

В своем письме М. Махцева указывает, что у ООО «Найлан» возникло подозрение, что на рынке обращаются фальсифицированные партии препаратов «Лаверон для мужчин» и «Оргазекс». Именно поэтому, во избежание дальнейших репутационных потерь, производитель принял решение об отзыве средств. ■

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

Портативный анализатор мочи «ЭТТА АМП-01» на тест-полосках

Экспресс-анализ мочи

- Используется для проведения экспресс-анализа проб мочи
- Построен на современных фотоэлектрических и микропроцессорных технологиях



Вес: 180 г

300 анализов на одном заряде батареи

Ресурс: 5000 исследований

Гарантия 12 месяцев

Беспроводной протокол передачи данных

Простота эксплуатации

Результат за 1 минуту

Бесплатное мобильное приложение

- Условия применения:

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

11 исследуемых параметров



➤ ИССЛЕДУЕМЫЕ ПАРАМЕТРЫ

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



Кто на свете всех милее?

*В рамках проекта **Uroweb.ru** был проведен независимый анонимный опрос урологов на предмет назначений препаратов для лечения эректильной дисфункции. В опросе приняли участие 213 урологов.*

1 место. Самым назначаемым препаратом стал СИАЛИС (компания Эли Лилли). За него проголосовали 123 участника (57,7%).

2 место. Препарат Левитра (Байер) стал вторым по назначаемости у пациентов с ЭД. За него проголосовали 38 урологов (17,8%).

3 место. С минимальным отрывом от предыдущего препарата третьим по назначаемости стала Виагра – 36 участников (16,9%).

Также в своих ответах урологи отметили Импазу, препараты тестостерона, Зидену.

Примечание. Эти сведения не претендуют на звание научного исследования. Они лишь отражают истинную картину назначений препаратов для лечения нарушений эрекции. Опрос не спонсировался ни одной из фармацевтических компаний и является независимым. ■





«Лечение рака предстательной железы и осложнений после РПЭ: хирургия или терапия?»

Мастер-класс 19 - 20 ноября 2015 г. (Москва)

Организаторы:

ФМБА России • ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России

При поддержке:

1. Кафедра урологии ИППО ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России
2. Департамент здравоохранения г. Москвы
3. Кафедра урологии МГМСУ
4. Кафедра эндоскопической урологии РМАПО
5. ГКБ №57 ДЗ г. Москвы
6. Клиника урологии EMC
7. Российское общество по эндоурологии и новым технологиям
8. Ассоциация молодых урологов России (АМУР)
9. МОО «Интернет форум урологов»

Техническая поддержка:

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

Генеральный спонсор мероприятия:

- компания Бебиг

Спонсоры:

- | | |
|----------------------------|-------------------------------|
| • компания МЕДЭК (AMS) | • компания Фарм-Синтез |
| • компания Джонсон&Джонсон | • компания НПО Петровакс Фарм |
| • компания Аларго | • компания Lilly |
| • компания KARL STORZ | • компания МИТ |

Участники:

- компания Гринвуд
- компания Сейдж
- компания Безен

Место проведения

19-20 ноября - Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственный научный центр Российской Федерации - Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна»
123182, г. Москва, ул. Живописная, д. 46

Планируется трансляция из операционных в зал и прямая **он-лайн** трансляция на сайте **Uro.TV**.





Профессиональная образовательная программа «Андрология»



Межрегиональная общественная
организация
«Интернет форум урологов»



НИИ урологии
им. Н.А.Лопаткина



Гиссенский университет
имени Юстуса Либиха,
Гиссен, Германия

Научные руководители курса



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



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

Представляют совместную образовательную программу «Андрология»

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



UroEdu.ru

Стань настоящим андрологом!

Редакция дайджеста:

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

Тираж 7000 экземпляров

Подписка на сайте urodigest.ru

Распространение бесплатное – Россия, страны СНГ

Периодичность 1 раз в 2 месяца

Аудитория – урологи, онкоурологи, урогинекологи, андрологи, детские урологи-андрологи, фтизиоурологи, врачи смежных специальностей

Издательство «УроМедиа»

Адрес редакции: 105425, Москва, 3-я Парковая, 41 «А», стр. 8

ISSN 2309-1835

Свидетельство о регистрации средства массовой информации

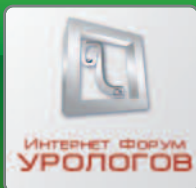
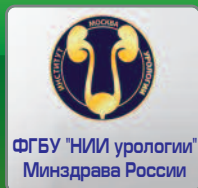
ПИ № ФС77-54663 от 09.07.2013

e-mail: info@urodigest.ru

www.urodigest.ru

При полной или частичной перепечатке материалов ссылка на Дайджест обязательна!

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



Издательский дом «УроМедиа»