

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ:

Подходы к диагностике и лечению рецидивирующих инфекций мочевых путей

Антибиотикорезистентность: причины и пути преодоления

Симпозиум главных урологов стран СНГ: встреча коллег и друзей

ТЕМА НОМЕРА:

**ФАРМАКОТЕРАПИЯ В УРОЛОГИИ:
РАЦИОНАЛЬНОСТЬ И ОБОСНОВАННОСТЬ**



Ответственное Отцовство



КАКОЕ ЭТО СЧАСТЬЕ – БЫТЬ ОТЦОМ!



Тема номера:

- » Фармакотерапия в урологии: рациональность и обоснованность....2
- СИМПОЗИУМ ГЛАВНЫХ УРОЛОГОВ СТРАН СНГ
- » I часть. Актуальные вопросы рецидивирующей инфекции мочевых путей и резистентности уропатогенов в странах СНГ..... 14
- » II часть. Экспертный Совет урологов стран СНГ по вопросам подходов к диагностике и лечению ДГПЖ36
- » Урология Республики Казахстан «Там, где есть единство, — есть прогресс.....40
- » Урология Туркменистана: урологическая дружба крепче любой политики46
- » Республика Кыргызстан: не только урология, но и вся медицина должна быть профилактической.....50
- » Республика Беларусь: Будущее урологии в том, чтобы работать с болезнью, а не ее симптомами54
- » Республика Молдова: Урология не должна иметь границ61
- » Монголия: положено начало сотрудничеству с российскими коллегами66
- » Республика Узбекистан: Вместе мы делаем одну большую общую работу.....70
- » Хронический абактериальный простатит: дополнительные возможности физиотерапии76

Фармакотерапия в урологии: рациональность и обоснованность

12 лет подряд урологи посещают научно-практическую конференцию «Рациональная фармакотерапия в урологии», которая считается самым значимым российским мероприятием, рассматривающим вопросы медикаментозного лечения урологических заболеваний. С начала проведения этой конференции она приобрела статус международной – в ней участвуют урологи как постсоветского пространства, так и Европы, Японии и Кореи.

Организатор, вдохновитель и душа мероприятия – профессор **Тамара Сергеевна Перепанова** – настолько продумывает научную программу, что равнодушных в зале не бывает никогда.

Программный доклад Тамары Сергеевны по рецидивирующей инфекции мочевых путей (РИМП) и антибиотикорезистентности стал основной темой для обсуждения участниками мероприятия. Классификация разделяет РИМП на неосложненную, возникающую на фоне несостоятельности мукозального иммунитета, разрушения защитного слоя слизистой оболочки мочевого пузыря из-за частых урогенитальных инфекций или гормональной недостаточности, персистенции возбудителей, и др. факторов, и осложненную РИМП, характеризующейся наличием биопленок на слизистых оболочках мочевых путей, катетерах, дренажах, камнях, наличием мультирезистентных микроорганизмов. Наряду с медикаментозной терапией в лечении некоторых РИМП важным является устранение предрасполагающего фактора, что требует хирургического лечения или удаления очага инфекции, поддерживающего РИМП (катетеры, дренажи, стенты, камни). **Сложности в лечении РИМП обуславливают и отсутствие единого мнения.** Частые курсы антимикробной терапии приводят к дисбиозу кишечника и влагалища, симптомы часто могут возвращаться после отмены длительной а/б профилактики, симптомы могут иметь место без бактериурии по результатам посевов или, наоборот, может быть асимптоматическая бактериурия на фоне РИМП. Поиск решений приводит к изменениям в уже имеющихся рекоменда-



циях. Так, например, Федеральные российские клинические рекомендации не предлагают длительное лечение антимикробными препаратами в субингибирующих дозах рецидивирующего цистита, несмотря на то, что такие рекомендации есть в других странах. Лечение обострений ИМП рекомендуется проводить полными курсовыми дозами антимикробных препаратов – фосфомицина трометамола 3 г каждые 10 дней в течение 3х месяцев или фуразидина калиевая соль в сочетании с магнием карбоната основным по 100 мг 3 раза в день, 7 дней. Альтернативные методы лечения в виде пробиотиков, фитотерапии, иммунотерапии, внутрипузырных инстилляций гиалуроновой кислоты, бактериофаготерапии позволяют увеличить безрецидивный период и повысить качество жизни пациентов.

Вторая часть выступления профессора Т.С. Перепановой была посвящена осложненным РИМП, возникновение которых обусловлено рядом причин – как изменением пациентов: старение населения и наличие у пациентов сопутствующих заболеваний; изменением операций: увеличением высокотехнологичных ■

операций с применением различных протезов, слингов, клапанов, сфинктеров; а так и изменением самих микроорганизмов, ростом антибиотикорезистентности и факторов вирулентности. Возникновение в госпитальных условиях мультирезистентной флоры, способной к формированию биопленок, делает задачу лечения РИМП крайне сложной. Тамара Сергеевна подробно остановилась на свойствах вирулентных проблемных микроорганизмах: *Klebsiella pneumonia*, *Acinetobacter baumannii*, которые поражают воображение – эти микроорганизмы способны формировать биопленки на эндотелии, эпителии, даже на медицинском оборудовании, эти биопленки могут состоят из нескольких видов микроорганизмов, выживать в течение нескольких месяцев на сухой поверхности предметов, способность формировать панрезистентность, приводя к повышенной летальности. Во время выступления профессор несколько раз обратила внимание слушателей **на необходимость скорейшего удаления катетеров и дренажей** как источника инфекции при малейшей клинической возможности, вместо длительного антибактериального лечения синдрома системной воспалительной реакции на фоне инфицированных катетеров и дренажей!

В целом, рациональной антибиотикотерапии в урологии уделяется большое внимание – практически ежегодно выпускаются Федеральные клинические рекомендации по антимикробной терапии и профилактики инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – единственные национальные рекомендации, регулярно обновляющиеся и предоставляемые специалистам бесплатно. В этом несомненная заслуга принадлежит Российскому обществу урологов и д.м.н., профессору Тамаре Сергеевне Перепановой – Председателю межрегиональной общественной организации «Рациональная фармакотерапии в урологии», председателю Московского общества урологов и члену Правления Европейской секции инфекций в урологии Европейской урологической ассоциации.

Выступление директора НИИ антимикробной химиотерапии СГМУ профессора, член-корр. РАН **Романа Сергеевича Козлова** был посвящен стратегии предупреждения распространения антимикробной резистентности (АМР) в Российской Федерации. АМР несет в себе биологические и экономические угрозы для всех стран без исключения, снижая эффективность мероприятий по профилактике и лечению инфекционных и паразитарных болезней человека, животных и растений и приводя к увеличению тяжести и длительности течения этих



заболеваний, что способствует повышению смертности и ухудшению показателей здоровья среди населения, гибели животных и растений. Проблема антимикробной резистентности приобрела особую актуальность в странах с развитой системой здравоохранения и ведением интенсивного сельского хозяйства за последние 20 лет.

В качестве причин появления и развития антибиотикорезистентности проф. Р.С. Козлов назвал бесконтрольное применение антимикробных препаратов, химических и биологических средств в здравоохранении, сельском хозяйстве, в том числе сельском хозяйстве и в пищевой промышленности. Усугубляет ситуацию недостаточная доступность средств диагностики устойчивости микроорганизмов к лекарственным препаратам в практическом здравоохранении и ветеринарии. Важным является загрязнение окружающей среды и возникновение устойчивости, связанной с использованием генно-инженерно-модифицированных организмов и вредных организмов растений; отсутствие механизмов межведомственного взаимодействия по предупреждению распространения антимикробной резистентности и ее мониторинга. ■



По прогнозу O'Neill J. (The Review on Antimicrobial Resistance, 2014) к 2050 году ежегодно количество смертей, связанное с резистентностью, составит в Северной Америке 317 000, Латинской Америке 392 000 человек, Африке 4 150 000 человек, Европейском союзе – 390 000, в других странах (в число которых вошли Россия и Китай) – 4 730 000 человек.

Согласно оценкам международных экспертов антимикробная резистентность является причиной более 700 тысяч смертельных случаев в мире ежегодно, из них 22 тысячи случаев приходится на страны Европы.

Профессор считает, что необходима четкая регламентация применения как противомикробных препаратов, а также химических и биологических средств.

Разработка новых противомикробных препаратов, по-прежнему, является одной из задач в борьбе с инфекционными болезнями, но не может считаться главным направлением в преодолении устойчивости к ним микроорганизмов.

Эффект от внедрения новых антибиотиков ограничен, на что указывают результаты проведенных за последние 20 лет исследований, которые свидетельствуют о выявлении устойчивости микроорганизмов к новым антибиотикам в

Средняя стоимость полного цикла от создания до внедрения нового антибиотика (≥ 10 лет) может составлять от десятков до 200-300 млрд рублей.

течение одного года с момента их внедрения. За последние 10 лет разработка и производство новых антибиотиков заметно снизилось, в связи с чем в США и Западной Европе государство оказывает большую поддержку. Это привело к тому, что на последних стадиях клинических испытаний находятся 19 соединений, у которых имеется активность: 10 – в отношении грам+ возбудителей, 5 – грам-, 4 – широкого спектра действия. Разработаны 2 новых класса препаратов: ингибиторы лейцил-тРНК-синтетазы; грамотрицательные возбудители (фаза II) и ингибиторы пептид-деформилазы; *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., возбудители инфекций дыхательных путей (фаза II).

Профессор утверждает, что **разработка новых антибиотиков** обязательно должна сопровождаться поддержкой работ по оптимизации режимов применения антибиотиков, разработке альтернативных средств профилактики и лечения инфекционных заболеваний. Особая роль в борьбе с устойчивостью микроорганизмов принадлежит вакцинопрофилактике, которая обеспечивает формирование специфического иммунитета, что приводит к снижению потребности в применении противомикробных препаратов. Разработка новых пестицидов и других средств защиты растений также требует значительных затрат и длительных сроков. Снижение эффективности указанных средств обусловлено скоростью развития антимикробной резистентности, что делает использование пестицидов и средств защиты растений экономически невыгодным. Недостаточное внимание к решению этой проблемы может привести к значительному снижению эффективности затрат на проведение антибактериальной терапии, которые в настоящее время составляют в среднем более 30% бюджета медицинских организаций Российской Федерации. Инфекции, вызванные устойчивыми к противомикробным препаратам возбудителями, часто нивелируют не только ■

результаты лечения в отделениях общего профиля или интенсивной терапии, но и результаты дорогостоящих высокотехнологичных и жизненно важных вмешательств. Устойчивость микроорганизмов к противомикробным препаратам приводит к возникновению угрозы жизни и потере здоровья людей, требует значительных материальных и трудовых ресурсов, а также снижает эффективность программ здравоохранения в целом.

Для решения вопроса на государственном уровне, 25.09.17 Председателем Правительства РФ Д.А. Медведевым было дано распоряжение и принята **Стратегия предупреждения распространения антимикробной резистентности в РФ на период до 2030 года**, Минздрав РФ в 6ти месячный срок должен представить план мероприятий по реализации стратегии.

I этап стратегии (до 2020 года):

- Повышение осведомленности населения о рациональном применении противомикробных лекарственных препаратов, их адекватной замене, недопустимости самолечения, а также увеличение охвата пропагандой иммунопрофилактики и здорового образа жизни населения;
- Профессиональная переподготовка 20 процентов специалистов, ответственных за назначение противомикробных лекарственных препаратов и применение





противомикробных химических и биологических средств, по вопросам предупреждения распространения антимикробной резистентности;

- Повышение выявляемости резистентности к противомикробным препаратам, химическим и биологическим средствам форм возбудителей инфекционных болезней человека, животных и растений, установление базовых показателей, характеризующих распространенность антимикробной резистентности.

II этап (до 2030 года):

- Профессиональная переподготовка 100 процентов специалистов, ответственных за назначение противомикробных лекарственных препаратов и применение противомикробных химических и биологических средств, по вопросам предупреждения распространения антимикробной резистентности;

- Снижение числа случаев инфекционных заболеваний, связанных с оказанием медицинской помощи, вызванных микроорганизмами с множественной лекарственной устойчивостью.

Будем надеяться, что предпринимаемые меры дадут результаты и позволят если не устранить, то хотя бы снизить антибиотикорезистентность.

Стратегии выбора при коморбидной патологии рассмотрела в своем докладе д.м.н., профессор Первого МГМУ им. Сеченова **М.В. Журавлева**. Количество лекарственных препаратов, имеющих одно действующее вещество – ■

поражает воображение. Так, например, на основе только 4х препаратов (нитроглицерина, пенициллина, парацетамола и диклофенака) создано 410 лекарственных препаратов. Всего на основе 1320 фармацевтических субстанций создано 30096 лекарств.

На основе только 4х препаратов (нитроглицерина, пенициллина, парацетамола и диклофенака) создано 410 лекарственных препаратов. Всего на основе 1320 фармацевтических субстанций создано 30096 лекарств

Структуру коморбидной патологии традиционно возглавляют артериальная гипертензия (80,1%), ИБС (78,1%) и болезни мочевой системы (77,7%). По анализу аутопсий, выполненных в период с 2008 по 2012 гг определено, что пик наличия коморбидной патологии наблюдается в возрасте 61-75 лет, в этом возрастном промежутке у почти 40% пациентов имеются 2 болезни, у 26,5% – 3 болезни. Все это заставляет пациентов принимать большое количество лекарственных препаратов (ЛП), и уже известно, что одновременный прием 4-5 препаратов приводит к развитию неблагоприятных побочных реакций в 4,5% случаев. Количество случаев неблагоприятных побочных реакций значительно возрастает при назначении от 10 до 20 ЛП одновременно и достигает 40%.

Анализ 1000 сообщений о неблагоприятной побочной реакции в РФ показал, что антимикробные препараты стали причиной этих сообщений в 15,1% случаев, сердечно-сосудистые препараты – в 23%, анальгетики и НПВС – 17%, гормональные препараты – 6,8% случаев.

Факторами риска развития неблагоприятных явлений являются заболевания почек – вследствие замедления выведения препаратов и увеличения концентрации препарата в крови; наличие сопутствующей патологии; полипрагмазия. Одним из редко обсуждаемых неблагоприятных явлений профессор назвала способность некоторых препаратов:

- индуцировать развитие инфекции *Clostridium difficile* – к ним относятся цефалоспорины III поколения, фторхинолоны, линкосамиды (линкомицин, клиндамицин), противоопухолевые антибиотики (доксорубин), препараты платины (цисплатин), антиметаболиты (5-фторурацил, метотрексат), циклофосфамид;



- вызывать развитие антибиотик-ассоциированной диареи;
- становиться причиной псевдомембранозного колита. В США и Европе летальность от клостридиального колита составляет 6-30%.

Далее профессор подробно остановилась на органоспецифической токсичности, дав подробное описание влияния антимикробных препаратов на ту или иную системы.

В заключение доклада профессор М.В. Журавлева рассказала о программе **СКАТ – Стратегии Контроля Антимикробной терапии в Москве**. В более, чем 15 стационаров, созданы и внедрены внутренние протоколы эмпирической антибактериальной терапии с учетом стратификации риска пациентов для отделений хирургии, урологии, реанимации и ИТ, терапии. Пересмотр протоколов осуществляется каждые 6-12 месяцев.

Доклад заведующего кафедрой общей и клинической фармакологии РУДН, заместителя главного врача по терапии ГКБ №24 ДЗ г. Москвы профессора **Сергея Кенсариновича Зырянова** был посвящен современным возможностям ■



и перспективам лечения уроинфекций. В список ВОЗ **приоритетных возбудителей заболеваний** в области создания новых антибиотиков входят 3 категории приоритетности:

1 категория. Критически высокий уровень приоритетности

- *Acinetobacter baumannii*, устойчивы к карбапенемам
- *Pseudomonas aeruginosa*, устойчивы к карбапенемам
- Enterobacteriaceae, устойчивы к карбапенемам, вырабатывают БЛРС

2 категория. Высокий уровень приоритетности

- *Enterococcus faecium*, устойчивы к ванкомицину
- *Staphylococcus aureus*, устойчивы к метициллину, умеренно чувствительны или устойчивы к ванкомицину
- *Helicobacter pylori*, устойчивы к кларитромицину
- *Campylobacter* spp., устойчивы к фторхинолонам
- Salmonellae, устойчивы к фторхинолонам
- *Neisseria gonorrhoeae*, устойчивы к цефалоспорином, фторхинолонам

3 категория. Средний уровень приоритетности

- *Streptococcus pneumoniae*, не чувствительны к пенициллину
- *Haemophilus influenzae*, устойчивы к ампициллину
- *Shigella* spp., устойчивы к фторхинолонам

В настоящее время на II и III фазах клинических исследований находятся **несколько антибактериальных препаратов** для лечения инфекций, вызванных резистентными Грам«-» флорой:

- Карбапенем-ИБЛ (название Имипенем-МК-7655)
- Тетрациклин (Эравадиклин (TR-434))
- Аминогликозид (Плазомицин (ACHN-490))
- Карбапенем + боронатный ИБЛ (Меропенем + RPX7009 (Карбаванс))

В докладе были представлены новые эффективные комбинации – Цефтолозан/тазобактам, который среди прочих препаратов активен в отношении *Pseudomonas aeruginosa*, *A. Baumannii*. Также внушающим большие надежды является режим двойной терапии карбапенемами при лечении инфекций, вызванных КРС-продуцирующими *Klebsiella pneumoniae*. Предшествующая терапия, включавшая колистин, признана неэффективной. Эртапенем с дорипенемом или меропенемом назначались в течение 10-20 дней, и у всех пациентов отмечалось клиническое выздоровление без рецидива.



ты-Альфа?

Невозможно правильно назначить лечение без знания и понимания современных микробиологических методов диагностики. Эту тему рассмотрел в своем докладе зав. лабораторией клинической микробиологии и антимикробной терапии Национального медицинского исследовательского центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева МЗ РФ д.м.н. *Дмитрий Александрович Попов*. Основным трендом клинической микробиологии в настоящее время можно назвать **ускорение получения результатов**. Остальные задачи микробиологической лаборатории остаются прежними – исследование материалов от пациентов, помощь лечащим врачам в интерпретации и выборе антибиотикотерапии, расшифровка механизмов резистентности, микробиологический мониторинг, участие в формировании формуляра ЛС, санитарная бактериология. Этиологический диагноз может быть ускорен при использовании молекулярно-генетических методов диагностики (ПЦР, FISH-гибридизация), ПЦР+ ESI-ToF MS, MALDI-ToF MS, Real-time PCR. К **новым методам «быстрой» микробиологии** относят ID – мультиплексная флюоресцентная гибридации in situ (FISH) и AST – анализ микроскопических изображений, позволяющий отслеживать гибель микробных клеток в присутствии антибиотиков в режиме реального времени. При использовании этих методов результат идентификации возбудителей доступен в среднем через 1-1,5 часа, а результат определения чувствительности к антибиотикам – через 5 часов, причем нижний предел детекции составляет 104 КОЕ/мл.

Частные вопросы рациональной фармакотерапии рассматривались в течение 2х дней по всем областям урологии – мочекаменной болезни, детской урологии, андрологии, урогинекологии. Несомненно, все присутствующие урологи вынесли много полезной информации, которая пригодится как в научной, так и в практической деятельности. ■

Материал подготовила В.А. Шадеркина

Межрегиональная общественная организация

www.forumurology.ru



Интернет форум урологов



СИМПОЗИУМ ГЛАВНЫХ УРОЛОГОВ СТРАН СНГ

В ходе XII Всероссийской научно-практической конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии-2018» состоялось одно из главных событий в урологии в 2018 году – симпозиум главных урологов стран СНГ, состоящий из двух частей – I часть «Актуальные вопросы рецидивирующей инфекции мочевых путей и резистентности уропатогенов в странах СНГ» и II часть Экспертный Совет урологов стран СНГ по вопросам подходов к диагностике и лечению ДГПЖ.



Председателем Симпозиума главных урологов стран СНГ стал член-корреспондент Российской Академии наук, директор НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Председатель Ассоциации урологов стран СНГ, д.м.н., профессор Олег Иванович Аноплихин.



- Участники:**
- проф. Строцкий А.В. (Республика Беларусь),
 - д.м.н. Ниткин Д.М. (Республика Беларусь),
 - проф. Акилов Ф.А. (Узбекистан),
 - д.м.н., проф. Усупбаев А.Ч. (Киргизия),
 - проф. Шалекенов Б.У. (Казахстан),
 - Думбрэвяну И.В. (Молдова),
 - проф. Чарыев М.Б. (Туркменистан),
 - д.м.н. Исмаилов И. (Азербайджан),
 - к.м.н. Баян-Ундур (Монголия)

I часть. Актуальные вопросы рецидивирующей инфекции мочевых путей и резистентности уропатогенов в странах СНГ

С докладом на тему рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей и резистентности уропатогенов выступили главные урологи стран СНГ.

Узбекистан нуждается в национальной программе



Фархад Атауллаевич Акилов

Директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии (РСЦУ) в Ташкенте, доктор медицинских наук, профессор, председатель Научного общества урологов Узбекистана

Фархад Атауллаевич Акилов отметил важность обсуждаемой темы. В первую очередь Ф. Акилов напомнил о том, что сегодня инфекционные заболевания, с которыми призваны бороться антибактериальные препараты, являются ведущей причиной почти половины всех преждевременных смертей в мире, при этом резистентность микроорганизмов ко многим антимикробным препаратам приняла глобальный масштаб за последнее десятилетие, и причиной смертей от внутрибольничных (нозокомиальных) инфекций почти всегда являются резистентные формы микроорганизмов.

В урологии антибиотики наиболее широко применяются для лечения инфекций мочевыводящего тракта (ИМТ), зачастую осложняющих течение других урологических заболеваний. Как правило, использование дренажных систем приводит к формированию антибиотико-резистентных госпитальных штаммов, наблюдается формирование биопленок. Также необходимо иметь в виду риск развития уросепсиса — грозного осложнения с высокой летальностью.

На территории Узбекистана ситуацию усугубляют ограниченные во многих районах возможности гигиены, а также нерациональное использование антибиотиков. ■

К примерам последнего можно отнести назначение при отсутствии показаний; использование антибиотиков без информации об устойчивости бактерий к назначаемым препаратам; несоблюдение режима и дозировок антибиотиков; неправильно подобранные сроки лечения и отсутствие контроля над приемом антибиотиков.

В качестве причин такого нерационального использования выступают недостаточный уровень знаний и информированности (со стороны как врачей, так и пациентов); желание доктора пойти на «компромисс» с пациентом, требующим назначения антибиотиков; агрессивная рекламная политика, реализуемая фармкомпаниями; возможность покупки антибиотиков без рецепта, а также недостаточный уровень развитости микробиологической службы.

Докладчик привел в пример результаты исследования, где был задействован 751 штамм бактерий, депонированных в «Национальной коллекции микроорганизмов инфекций человека» НИИЭМИЗ МЗ РУз и свежeweделенных из клинического материала от больных из РСЦУ в реальном времени. Все культуры микроорганизмов были идентифицированы в соответствии с общепринятыми рекомендациями и определителем бактерий Берджи, 8–9 изданий: 1984 и 1997 гг.

Антимикробную активность препаратов определяли по чувствительности тест–культур микроорганизмов к АМП методом серийных разведений антибиотиков в плотной питательной среде (среде Мюллера — Хинтона). В своей работе исследовали руководствовались Методическими рекомендациями «Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным средствам» (МУК 4.2. 1890-04 РФ) и Методическими указаниями по определению чувствительности микроорганизмов к антибиотикам диско-диффузионным методом (Утв. МЗ 2003г.).

Антибиотики растворяли в стерильной дистиллированной воде pH 7,2–7,4 и готовили серию последовательных разведений, состоящую из 16 рядов в диапазоне конечных концентраций в агаре от 512 мкг/мл до 0,015 мкг/мл. Концентрации антибиотиков подбирались в соответствии с общепринятыми рекомендациями и терапевтической дозой АМП (на основании «Инструкции-аннотации» по препарату). Чувствительность тест–культур микроорганизмов и, соответственно, эффективность АМП оценивали количественно по величине МПК / МИК (минимальная подавляющая/ингибирующая концентрация) в мкг/мл.

Как удалось выявить, в структуре возбудителей ИМТ преобладали *Enterobac-*

teriaceae (80,6%), а второе место с большим отрывом заняли *Streptococcus spp.* (5,5%). Также в списке отмечены *Pseudomonas aeruginosa* (3,7%) и *Staphylococcus spp.* (2%). На другие возбудители вместе взятые приходится еще 8% в общей структуре. Среди возбудителей *Enterobacteriaceae*, в свою очередь, первое место занимает *E. coli* (63). За ней идут *Proteus spp.* (10,5%), *Klebsiella pneumoniae* (1,7%), *Enterobacter spp.* (1,3%), *Citrobacter freundii* (1,1%) и *Serratia marcescens* (0,8%).

В структуре *Streptococcus spp.* преобладает *Enterococcus faecalis* (19,8%), за которым следуют *Streptococcus agalactiae* (1,2%) и *Streptococcus pyogenes* (0,2%).

Если говорить о чувствительности *E. coli* к антибактериальным препаратам (по данным РСЦУ на 2017 г.), тут на первом месте имипенем (99,1%), за ним — меропенем (82,1%), цефалоспорины III поколения (65,3%), аминогликозиды (33,3%), амоксиклав (29,1%), фторхинолоны I поколения (27,5%) и хинолоны (11,2%).

Для *Klebsiella pneumoniae* показатели распределились следующим образом: имипенем (94,7%), меропенем (77,8%), аминогликозиды (73,7%), цефалоспорины III поколения (31,6%), фторхинолоны I поколения (22,2%) и амоксиклав (21,1%).

Наконец, для *Pseudomonas aeruginosa* данные распределились так: имипенем (98,7%), далее пиперациллин и тазобактам (75,6%), меропенем (75,3%), цефалоспорины III и IV поколений (66,7%), аминогликозиды (51%) и фторхинолоны I поколения (37,3%).

Как напомнил докладчик, Глобальная стратегия сдерживания резистентности, предложенная ВОЗ еще в 2001 году, подразумевает обучение лиц, назначающих и отпускающих лекарства, использование формуляров и руководств, а также создание комитетов по контролю инфекций и руководств по использованию АМС. Также в качестве необходимых мер Ф. Акилов назвал разработку национальной политики по медикаментам, обеспечение медицинских учреждений качественными лекарствами, развитие до- и последипломного обучения по вопросам резистентности к АМС.

С точки зрения профессора, Узбекистан сегодня нуждается в национальной программе контроля над использованием антибактериальных препаратов. На этапе формирования она потребует достоверного сбора данных и обсуждения всеми крупными государственными структурами, включая министерства финансов и сельского хозяйства. Для развития программы необходимо будет четко очертить границы и масштаб проблемы и предоставить обоснованные данные надзора, чтобы заручиться безоговорочной поддержкой правительства. ■

Необходимо будет привлечь данные надзора, результаты опросов, статистику по потреблению антибиотиков на территории государства, после чего произвести триангуляцию данных.

Этот вопрос становится все более болезненным в то время, как, согласно списку возбудителей ВОЗ CAESAR, в Узбекистане выявляются высокорезистентные возбудители *Streptococcus pneumoniae* (STRPNE), *Staphylococcus aureus* (STAAUR), *Enterococcus faecalis* (ENCFAE), *Enterococcus faecium* (ENCFAI), *Escherichia coli* (ESCCOL), *Klebsiella pneumoniae* (KLEPNE), *Pseudomonas aeruginosa* (PSEAER) и *Acinetobacter spp.* (ACISPP).

В завершение Ф. Акилов напомнил слова И. П. Павлова: «Действуя на микробы, следует помнить об их собственных интересах». Легендарный ученый оказался прав: бактерии действительно быстро начали отстаивать свои интересы в борьбе с антибактериальными препаратами в целом и с антибиотиками в частности, и сегодня человечество стоит перед глобальной проблемой антибиотикорезистентности. ■

Антибиотикорезистентность в урологии на территории Молдовы



Ион Васильевич Думбрэвяну
Д.м.н., доцент кафедры урологии и хирургической нефрологии ГУМФ «Н. Тестемицану», главный специалист Минздрава Республики Молдова по андрологии и сексуальной медицине

С обзором ситуации антибиотикотерапии в урологии в Молдове выступил Ион Васильевич Думбрэвяну. В начале своего выступления Ион Васильевич привел сравнительные данные 2003 и 2018 года.

Как можно заключить на их основании, за 15 лет уровень выявляемости уропатогенов на территории Молдовы успел заметно возрасти. Например, по результатам анализа 145 образцов посева мочи в 2003 году *E. coli* выделялась в 16% случаев, а в 2018 году анализ 350 проб показал ее наличие в 28,5%. Также *Proteus mirabilis* 15 лет назад выделялся в 8% проб, а в текущем году — уже в 9,8%. Также выросла распространенность *Staphylococcus haemolyticus* (10,5% в 2018 году).

По результатам анализа посевов предстательной железы дело обстоит несколько иначе: выявляемость ряда микроорганизмов даже снизилась. Так, при анализе 190



проб в 2018 году реже стали попадаться *St.epidermidis* (14,1% против 21,1% при анализе 277 проб в 2003 году) и *Str. Saprophiticus* (12,8 % против 22,3%). Вместе с тем, выросла выявляемость *E. coli* (9,3% в 2018 году), *Enterococcus faecalis* (21,7% против 11%) и *Staphilococcus haemoliticus* (16% в 2018 году). Не удалось сравнить данные по *Mycoplasma/ureaplasma*, но на сегодня показатель их выявляемости весьма высок и составляет 32,6%.

Не утешают и данные по показателям резистентности микроорганизмов. Так, чувствительность *Proteus* к имипенему снизилась с почти 100% в 2003 году до порядка 70% в 2018, а к ципрофлоксацину — с уровня около 60% до 50%. Общее снижение чувствительности к таким препаратам, как цефотаксим, ципрофлоксацин, фурадонин, имипенем цефтазидим демонстрируют *E. coli*, *Enterobacter*, *Proteus*, *Pseudomonas* и другие патогены.

И.В. Думбрэвяну выделил две группы причин такой ситуации: врачебные и неврачебные. К первым относятся необоснованные назначения, несоблюдение дозировки, режима приема препаратов и т. д. Ко вторым — либерализация рынка фармпрепаратов и свободная продажа антибактериальных средств.

Самыми назначаемыми в стране антибиотиками на сегодня являются лево- и ципрофлоксацин (81%), фурадонин (62%), цефалоспорин (52%) и макролиды (43%). Продолжительность приема препаратов в 57% случаев составляет 28–30 дней, в 28% — 21 день, в 8% — 14 дней и только в 7% — менее 14 дней. Вместе с тем, бактериальный посев мочи назначается в 74% случаев, предстательной железы — в 62%, а спермы — в 10%. Анализ ПЦР производится у 43% пациентов. В то же время, врачебная удовлетворенность эффективностью антибиотиков варьируется от 90–95% (24%) до 80% и ниже (28%). Большинство врачей (48%) выражают удовлетворенность эффективностью препаратов в пределах 80–90%.

Сегодня в Молдове доступны как антибиотики местного производства (цефазолин, цефтриаксон, цефтазидим, азитромицин, ципрофлоксацин, доксициклин, левомицетин и т. д.), так и зарубежные (ципрофлоксацины, левофлоксацины, азитромицины, цефтазидимы, имипенемы и другие препараты). С июня 2016 года в силу законодательных изменений антибиотики продаются только по рецепту с указанием активного вещества. Это снизило общие объемы продаж антибиотиков на 20–30%. Однако, как отметил докладчик, наблюдается тенденция к снижению продаж для оригинальных препаратов и, напротив, повышению для малоизвестных дженериков. Основным критерием выбора по состоянию на 2017 год выступала цена препарата. ■

Глобальная задача - преодоление антибиотикорезистентности в Туркменистане



Мамед Чарыевич Чарыев

Д.м.н., заведующий кафедрой факультетской хирургии с курсом урологии Государственного медицинского университета Туркменистана

В рамках симпозиума главных урологов СНГ о ситуации с антибиотикорезистентностью в Туркменистане рассказал заведующий кафедрой факультетской хирургии с курсом урологии Государственного медицинского

университета Туркменистана, доктор медицинских наук Мамед Чарыевич Чарыев

Как рассказал Мамед Чарыевич, 17 июля 2015 года в республике Туркменистан была утверждена новая государственная программа «Saglyk» — «Здоровье» — которая явилась логическим продолжением одноименной программы, принятой 20 лет назад. Основные цели новой программы — продолжение работы по улучшению состояния здоровья населения и совершенствованию соответствующей инфраструктуры, профилактика заболеваний, укрепление в обществе принципов здорового образа жизни, внедрение в медицинскую практику новейших методов диагностики и лечения, а также развитие международного сотрудничества.

За последние несколько лет в республике созданы суперсовременные клиники, оснащенные передовым медицинским оборудованием, призванные обеспечить уровень оказания медицинской помощи, соответствующий международным стандартам. В эти годы стало активно развиваться международное сотрудничество и партнерство с медицинскими центрами Европы, налажен широкий обмен опытом. Большое внимание уделяется совместным научным исследованиям, организации научных форумов и конференций.

Что касается рациональной фармакотерапии в урологии, — она, как известно, предусматривает рациональную антибактериальную терапию инфекций мочевых путей (ИМП). Глобальной задачей в этой области считается преодоление растущей антибиотикорезистентности. В Туркменистане, как и во всем мире, отмечается тенденция к росту устойчивости к фторхинолонам и аминопенициллинам,



что можно признать важнейшей негативной тенденцией последних лет.

В связи с наличием этой проблемы весьма актуальным сегодня является соблюдение базовых принципов рационального применения антимикробных препаратов, которые можно сформулировать в нескольких постулатах:

1. Антимикробный препарат следует назначать только при наличии обоснованных показаний, документированной или предполагаемой бактериальной инфекции.

2. При выборе антибактериального препарата необходимо учитывать региональную ситуацию с антибиотикорезистентностью наиболее актуальных возбудителей.

3. Необходимо избегать назначения антибактериальных препаратов низкого качества и с недоказанной эффективностью.

4. Выбор оптимального режима антибактериальной терапии следует осуществлять с учетом фармакокинетики и фармакодинамики антибиотика. Это подразумевает назначение адекватного антибиотика в адекватной дозе и с адекватной длительностью терапии.

5. Следует избегать необоснованного профилактического назначения антибактериальных и антифунгальных препаратов.

6. Важно использовать в практической работе возможности микробиологической лаборатории и активно внедрять экспресс-методы по этиологической диагностике инфекций.

7. Нужно объяснять пациентам предписанный режим антибактериальной терапии и способствовать его соблюдению, рассказывать о вреде необоснованного приема антибиотиков и самолечения.

8. Первичную оценку эффективности антимикробной терапии следует проводить в интервале 48–72 часа после начала лечения.

9. Для регионов, где не исследовались данные по резистентности, нужно использовать в качестве руководства Рекомендации экспертов, основанные на принципах доказательной медицины.

В качестве основных причин антибиотикорезистентности возбудителей ИМП инфекций Мамед Чарыевич назвал короткие лечебные курсы, раннее прекращение лечения антибиотиками, низкую информированность населения, отпуск лекарственных средств без рецептов и отсутствие эпидемиологического надзора за антибиотикорезистентностью. ■

Этиологическая структура и молекулярные механизмы антибиотикорезистентности грамотрицательных уропатогенов в Казахстане



Болат Уахитович Шалекенов

Д.м.н., профессор, зав. кафедрой урологии Казахского медицинского университета непрерывного образования

Тема роста антибиотикорезистентности микроорганизмов на территории Казахстана стала основной в выступлении д.м.н., профессора, зав. кафедрой урологии Казахского медицинского университета непрерывного образования Бо-

лата Уахитовича Шалекенова

Как подчеркнул д.м.н., профессор, зав. кафедрой урологии Казахского медицинского университета непрерывного образования Болат Уахитович Шалекенов, согласно данным Глобального отчета ВОЗ по надзору за антибиотикорезистентностью, высокий уровень резистентности отмечен во всех регионах. Наблюдаются большие пробелы в знаниях о значимых для здравоохранения возбудителях, а ключевых методов борьбы с резистентностью, например, систем надзора, во многих странах просто не существует.

Актуальность проблемы усиливается с учетом ведущей и возрастающей роли грамотрицательных бактерий, в том числе, семейства *Enterobacteriaceae*, и неферментирующих грамотрицательных бактерий (НФГОВ) в этиологии инфекций мочевыводящих путей. Также нельзя списывать со счетов важнейшую проблему современной антибиотикотерапии — формирование и распространение резистентности к антибиотикам группы цефалоспоринов III–IV поколений, а также карбапенемам у грамотрицательных бактерий, обусловленное множественными и сложными молекулярными механизмами.

В связи с этим очевидна необходимость постоянного мониторинга эпидемиологической ситуации, знания структуры возбудителей и изучения уровня резистентности микроорганизмов для выработки региональной (локальной) политики антимикробной терапии.

Для примера Болат Уахитович привел этиологическую структуру инфекций мочевыводящих путей (ИМП) в урологическом отделении ЦГКБ №12 г. Алматы (n=87). Наиболее частыми возбудителями здесь оказались микроорганизмы вида *Enterobacteriaceae* (44,8%). За ними следовали *Staphylococcus spp.* (29,9%), *Enterococcus spp.* (18,4%), а также грибы рода *Candida* и неферментирующие грамотрицательные бактерии — НФГОВ (по 3,5%).

При исследовании выделенных изолятов были идентифицированы 22 вида микроорганизмов. В числе *Enterobacteriaceae* регистрировались *E. Coli* (31%), *Klebsiella pneumoniae* (4,6%) и *Enterobacter cloacae* (2,3%). Среди *Micrococcaceae* выделялись *Staphylococcus haemolyticus* (11,5%) и *Staphylococcus aureus* (8,1%). Из числа *Streptococcaceae* отмечены *Enterococcus faecalis* (10,4%) и *Enterococcus faecium* (3,5%). Среди НФГОВ выделены *Pseudomonas aeruginosa* (2,3%) и *Sphingomonas paucimobilis* (1,2%).

В то же время антибиотикорезистентность уропатогенных штаммов *E.coli* (n=27) составила 88,8% к ампициллину, 81,5% к пиперациллину, 70,4% к цефтриаксону, также 70,4% к триметоприму/сульфаметоксазолу, 48,2% к левофлоксацину, 29,6% к тобрамицину, еще 29,6% к гентамицину, 4% к нитрофурантоину и 3,7% к эртапенему. Также к ципрофлоксацину резистентность (Р) составила 48,2%, а умеренная резистентность (УР) — 3,7%, к цефтазидиму Р — 48,2%, УР — 25,9%, к цефепиму Р — 14,8%, УР — 48,2%. Только умеренно резистентные штаммы выделены для цефокситина (УР 18,5%), амикацина (УР 7%) и меропенема (УР 4%).

Таким образом, профиль антибиотикорезистентности выделенных штаммов *E.coli* показал резистентность:

- к ампициллину ~ 88,9%, пиперациллину ~ 81,5%, триметоприму/сульфаметоксазолу ~ 70,4%.

- к цефалоспорином III–IV поколений (цефтазидим, цефтриаксон, цефепим) ~ 63–74,1% (в 66,7% за счет продукции БЛРС класса А – TEM1, CTX-M1, OXA)

- к фторхинолонам (левофлоксацин, ципрофлоксацин) ~ 48,2–51,9%.

- к аминогликозидам II поколения (гентамицин, тобрамицин) ~ 29,6%.

Наиболее активными препаратами, в свою очередь, являются:

- карбапенемы (меропенем, эртапенем) ~ 96–96,3%;

- нитрофурантоин ~ 96,3%;

- аминогликозид III поколения (амикацин) ~ 92,6%;

- цефалоспорин II поколения (цефокситин) ~ 81,5% чувствительных штаммов. ■

Распределение клинических изолятов *E.coli* по регистрации генов, кодирующих β-лактамазы, выглядело следующим образом: 66,7% — bla-гены + и 33,3% — bla-гены –.

Для уропатогенных штаммов *K. pneumoniae* (n=4) устойчивость к ампициллину и пиперациллину составила 100%, к цефтриаксону, триметоприму/сульфаметоксазолу, левофлоксацину, цiproфлоксацину, цефтазидиму, цефепиму, тобрамицину и гентамицину — по 50%. К амикацину R составила 25%, УР — еще 25%. К цефокситину, эртапенему и меропенему резистентности не выявлено.

Следовательно, у выделенных штаммов *K. pneumoniae* резистентность составила:

- к ампициллину ~ 100%, пиперациллину ~ 100%, триметоприму/сульфаметоксазолу ~ 50%.
- к цефалоспорином III–IV поколений (цефтазидим, цефтриаксон, цефепим) ~ 50% (в 50% за счет продукции БЛРС класса А – ОХА).
- к фторхинолонам (ципрофлоксацин, левофлоксацин) ~ 50%.
- к аминогликозидам II поколения (гентамицин, тобрамицин) ~ 50%.
- к аминогликозиду III поколения (амикацин) ~ 50%.

Как наиболее активные препараты выделены карбапенемы (эртапенем, меропенем) с ~ 100% чувствительных штаммов.

Исследование нозокомиальных штаммов *Paeruginosa* (n=2) показало стопроцентную резистентность ко всем рассмотренным препаратам, кроме имипенема (50%).

В частности, отмечена резистентность:

- к цефалоспорином III–IV поколений (цефтазидим, цефепим) ~ 100% .
- к фторхинолонам (левофлоксацин, цiproфлоксацин) ~ 100%.
- к аминогликозидам II поколения (гентамицин, тобрамицин) ~ 100%.
- к пиперациллину ~ 100%.
- к аминогликозиду III поколения (амикацин) ~ 100%.
- к карбапенемам: меропенему — 100%, имипенему — 50% (в 50% обусловлена продукцией карбапенемаз класса В — металло-β-лактамаз VIM-2).

Таким образом, на территории Казахстана ведущую роль в этиологической структуре инфекций мочевыводящих путей занимают энтеробактерии (44,8%), к основным возбудителям относятся *E. coli* (31,0%) и *K. pneumoniae* (4,6%). При этом наибольшей активностью по отношению ко всем видам энтеробактерий обладают



SH PHARMA
source of healing

карбапенемы (96,3–100%). В отношении *E. coli* высокую активность проявляют нитрофурантоин (96,3%), амикацин (92,6%) и цефокситин (81,5%). Высокая частота резистентности к современным цефалоспорином *E. coli* (44,4%); *K. pneumoniae* (50%), обусловленная распространением БЛРС, исключает возможность их эмпирического применения для лечения ИМП, вызванных энтеробактериями.

Регистрация МБЛ VIM-2 продуцирующего штамма *P. aeruginosa* в стационаре г. Алматы свидетельствует о распространении и вероятной эпидемиологической связи с ранее описанными нозокомиальными штаммами на территории России, Беларуси и Центрального Казахстана. Ассоциированная резистентность к антибиотикам всех классов, за исключением полимиксинов, ограничивает возможности терапии инфекций, вызванных такими штаммами.

Наблюдается также высокая частота сочетанной устойчивости выделенных штаммов *E. coli* и *K. pneumoniae* к традиционно используемым не- β -лактамным антибиотикам: аминогликозидам II поколения (гентамицин, тобрамицин) — 29,6–50%; фторхинолонам (ципрофлоксацин, левофлоксацин) — 48,2–50%. Этот фактор также не позволяет рекомендовать их широкое применение, за исключением случаев подтвержденной чувствительности.

Помимо этого, докладчик подчеркнул один тревожный момент. По его словам, регистрация МБЛ VIM-2 продуцирующего штамма *P. aeruginosa* в стационаре г. Алматы свидетельствует о распространении и вероятной эпидемиологической связи с ранее описанными нозокомиальными штаммами на территории России, Беларуси и Центрального Казахстана. Ассоциированная резистентность к антибиотикам всех классов, за исключением полимиксинов, ограничивает возможности терапии инфекций, вызванных такими штаммами. В этой ситуации своевременная микробиологическая диагностика и строгое соблюдение мер инфекционного контроля в стационарах являются единственным путем сдерживания распространения МБЛ. ■

Проблемы лечения рецидивирующей инфекции мочевых путей в Республике Кыргызстан



Акылбек Чолпонкулович Усупбаев

Д.м.н., профессор, директор Республиканского научного центра урологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики

Профессор Акылбек Чолпонкулович Усупбаев отметил, что успехи применения антибиотиков в медицинской практике прошлого столетия позволили высказывать мнения о победе медицины над бактериальными инфекциями, однако оптимизм насчет дальнейших перспектив применения антибактериальных препаратов рухнул, когда в лечебных учреждениях стали распространяться микроорганизмы, устойчивые к антибиотикам. Это особенно тревожно, учитывая, что чувствительность к препаратам является основным фактором, влияющим на эффективность антибактериальной терапии.

Среди уропатогенных микроорганизмов сегодня выделяется палочка *E. coli*. Так, в структуре возбудителей, выделенных у пациентов с пиелонефритом, она занимает уверенное первое место (42,9%). На втором *Staphylococcus spp.* с весьма заметным отрывом (12,8%). За ним следует *Klebsiella spp.* (10%).

При этом уровни чувствительности выделяемых в Кыргызстане штаммов *E. coli* к различным широко применяемым антибиотикам вызывают тревогу специалистов. Так, отмечен высокий уровень резистентности микроорганизма к ампициллину, триметоприму, цефотаксиму, амоксициллину/клавуланату и другим препаратам.

На фоне стабильного роста показателей антибиотикорезистентности особо остро стоит проблема развития инфекций после хирургических вмешательств. Так, по итогам проведенного исследования с участием 232 пациентов в Кыргызстане самой распространенной на сегодня операцией для больных с мочекаменной болезнью (МКБ) оказалась дистанционная литотрипсия (ДЛТ) — количество ее выполнений составило 47% от общего числа. Далее следуют стентирование с 18,1%, уретеролитотомия с 14,2%, пиелолитотомия с 8,6% и контактная уретеролитотрипсия (КУЛТ) — 8,2%. Реже всего приходилось выполнять нефрэктомия — 3,9% случаев от общего числа. ■

Послеоперационные осложнения наиболее часто возникали при выполнении пиелолитотомии — в 30,2% случаев. После уретеролитотомии они наблюдались у 24,1% пациентов, после ДЛТ — у 23,3%. Нефрэктомия была сопряжена с осложнениями в 10,3% случаев, после стентирования они наблюдались у 9,5% больных и, наконец, после КУЛТ — у 2,6%. При этом среди всех нозологических форм инфекционных осложнений, выявленных при оперативном лечении пациентов с МКБ, уверенно преобладали инфекции в области хирургического вмешательства (ИОХВ). Их численность составила 36,2% от общего количества. Следующее по распространенности осложнение — уретрит — возникало только в 20,7% случаев, а пиелонефрит — в 14,7%. Далее на графике расположились паранефрит (9,5%), орхоэпидидимит (7,8%), цистит (6%), пионефроз (3,4%) и уросепсис (1,7%). Такую картину специалисты напрямую связывают с повышением антибиотикорезистентности микроорганизмов — возбудителей инфекции.

В структуре патогенов, вызвавших осложнения, на первом месте, опять же, *E. coli*: она обнаруживалась у 43% больных. Показатели других возбудителей существенно ниже: 11,9% для ассоциаций микробактерий, 9,5% для *Proteus spp.*, 8,3% — *Staphylococcus spp.*, также 8,3% — *S. aureus*, еще 8,3% — *Klebsiella spp.*, 7,1% — *Ps. aeruginosa* и 3,6% — *Candida albicans*.

Также в структуре штаммов энтеробактерий, продуцирующих β -лактамазы расширенного спектра, выделенных из клинического материала пациентов с инфекционными осложнениями, возникшими после оперативного лечения МКБ, доля *E. coli* составляет 63%, *Proteus spp.* — 21%, а *Klebsiella spp.* — 16%.

В заключение выступающий подчеркнул ряд ключевых моментов доклада. Так, в структуре возбудителей, выделенных у пациентов с пиелонефритом, преобладали микроорганизмы из семейства энтеробактерий, в частности, *E. coli*, частота выделения которой составила 42,9%, проявляющая наибольшую чувствительность (более 80%) к тобрамицину, меропенему, фосфомицину и амикацину.

Наиболее часто с целью лечения МКБ пациентам проводятся ДЛТ, стентирование и уретеролитотомия. При этом чаще всего инфекционные осложнения развиваются после пиелолитотомии, в меньшей степени — после уретеролитотомии и ДЛТ.

В структуре нозологических форм инфекционных осложнений, выявленных при оперативном лечении пациентов с МКБ, преобладали ИОХВ, уретрит и пиелонефрит, вызываемые, в основном, микроорганизмами *E. coli*, которые достаточно часто продуцировали β -лактамазы расширенного спектра. ■



Что такое сервис медицинских услуг



Nethealth



- ✚ Помощь не отходя от компьютера, планшета или телефона
- ✚ Консультации квалифицированного врача-уролога
- ✚ Бесплатное анкетирование на наличие тревожных симптомов ряда заболеваний
- ✚ Проект, созданный при поддержке НИИ урологии



Мы в социальных сетях

Инфекции мочевых путей и антибиотикорезистентность в республике Беларусь



Александр Владимирович Стройкий
Д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии Белорусского государственного медицинского университета

Повышение антибактериальной устойчивости микроорганизмов — глобальный вызов, стоящий сегодня перед человечеством. Доклад об изменениях в рекомендациях по эмпирической терапии инфекций

мочевых путей и профилактике рецидивов подготовил заведующий кафедрой урологии Белорусского государственного медицинского университета д.м.н., профессор Александр Владимирович Стройкий

Как напомнил Александр Владимирович, до 2017 года рекомендации по эмпирической терапии неосложненных инфекций мочевыводящих путей (ИМП) включали в себя назначение фторхинолонов. Кроме того, применение этих препаратов рекомендовалось при лечении абактериального простатита, профилактики перед эндоскопическими вмешательствами и пункционной биопсией предстательной железы. Для профилактики рецидивов воспаления назначались половинные дозы фторхинолонов длительно (месяцами). Также при асимптоматической бактериурии практиковалось назначение антибиотиков широкого спектра.

Основным возбудителем неосложненных ИМП, как известно, является палочка *E. Coli*. Так, в структуре возбудителей неосложненного бактериального цистита она занимает 86% (по данным многоцентровых исследований UTIAP-1 b UTIAP-2, Россия, 1998–2002 гг.). Причиной такого широкого назначения фторхинолонов, соответственно, были низкие уровни резистентности штаммов *E. Coli* к ним. Однако за минувшие 15–17 лет картина разительно изменилась. Так, только в 2010 году в странах ЕС было использовано 10500 тонн антибиотиков, из которых 52% получили люди (80% амбулаторно и 20% стационарно), а 48% — животные. Всего же в мире за 2010 в корма для животных было добавлено более 63000 тонн антибиотиков.



Как следствие, в последние годы устойчивость *E. coli* к фторхинолонам многократно возросла. Серьезный вклад в показатели мировой резистентности вносит азиатский регион: к примеру, наблюдаемые там уровни устойчивости к гентамицину, цефтазидиму, цетофаксиму, цефуроксиму, цифпрофлоксацину и ряду других препаратов заметно выше общемировых. Немногим лучше обстоят дела в Южной Европе, Африке и Южной Америке. На относительно низком уровне пока держатся как мировые, так и региональные показатели резистентности к имипенему.

Устойчивость к фторхинолонам на территории России также растет в геометрической прогрессии. Так, с 2001 по 2005 год она выросла от 2,1% до 4,7%, с 2005 по 2008 — от 4,7% до 10%. По данным исследования ДАРМИС, в 2010 году она составляла 19,2%.

Как можно убедиться, картина несколько не выглядит утешительной. Согласно прогнозу британского Review on Antimicrobial Resistance, Мировая ежегодная смертность из-за антибиотикорезистентности достигнет к 2050 году 10 миллионов — суммарно это больше, чем сейчас смертей от онкологических заболеваний и сахарного диабета (8,2 миллиона и 1,5 миллиона соответственно). Следовательно, можно прийти к выводу, что уже сейчас нельзя использовать фторхинолоны для эмпирической терапии ИМП.

Как же вести себя в сложившейся ситуации? По словам докладчика, существует несколько путей подхода к проблеме. Первый из них — борьба с антибиотикорезистентностью путем привлечения соответствующих веществ. К примеру, потенциаторы предотвращают разрушение антибиотика ферментами, которые выделяют бактерии для своей защиты. В частности, это ингибиторы β -лактамаз (сульбактам, тазобактам и клавулановая кислота). Добавление последней к ампициллину и его производным, например, помогает добиться снижения резистентности как у детей, так и у взрослых пациентов.

Также возможно использование макрофагов и комменсальных бактерий, которые подавляют рост патогенов и восстанавливают микробиом кишечника.

Другим путем может стать более рациональное использование антибиотиков. Для этого, в частности, необходимо наладить более тщательное обследование при диагнозе «инфекция мочевых путей». Не всегда симптомы инфекции действительно означают ее наличие и требуют немедленного антибактериального лечения. Например, схожим с ИМП образом себя могут проявлять воспалившийся полип уретры, скинеит, парауретральная киста, гипермобильность уретры, женская гипоспадия, питьевая поллакиурия и уретероцеле. ■

Помимо этого, тщательного обследования требует диагноз «бессимптомная бактериурия» (ББУ). В частности, по данным Европейской ассоциации урологов за 2011 года, однократный посев средней порции мочи может быть ложноположительным в количестве до 40% случаев, за счет контаминации — попадания в мочу для посева нормальной микрофлоры с наружных половых органов.

Отдельной проблемой является бессимптомная бактериурия у пациентов с сахарным диабетом, при которой зачастую наблюдается отсутствие эффекта от антибактериальной терапии. Как подчеркнул докладчик, антибактериальная терапия ББУ у пациентов с диабетом не только неэффективна, но иногда и бесполезна.

Еще одна непростая категория — пациентки с ББУ в постменопаузе. Так, частота ББУ у пациенток старше 70 лет составляет 16–50%, при этом почти у одной трети из них ББУ исчезает самостоятельно. Согласно данным Немецкой ассоциации урологов (DGU) от 2017 г., ББУ у постменопаузальных пациенток лечению не подлежит и скрининга на нее этим женщинам не нужно.

При операциях с высоким риском повреждения уротелия профилактика ИМП при наличии ББУ обязательна. Однако нужно ли при отсутствии бессимптомной бактериурии проводить антибиотикопрофилактику? К примеру, согласно результатам исследования A. Pilatz et al. (2017), профилактика инфекций антибиотиками перед пункционной биопсией простаты не уменьшает числа осложнений инфекционного характера. Так образом, профилактика рецидивов ИМП антибиотиками оказывается не столь эффективна, как ранее ожидалось.

При длительных курсах антибактериальной терапии может наблюдаться не только селекция резистентных штаммов микробов, но также развитие аллергических реакций, дисбиоз кишечника и влагалища. Вместе с тем, после прекращения приема антимикробных препаратов рецидивы наблюдаются в течение 3–4 месяцев у 60% женщин (Перепанова Т. С. и соавт., 2014 г.).

В результате сегодня мы имеем новые рекомендации к эмпирической терапии неосложненных ИМП. Так, для эмпирической терапии неосложненного цистита в качестве препаратов первой линии рекомендуются:

- фосфомицина трометамол 3000 мг однократно
- нитрофурантоин 50 мг 4 раза в сутки, на протяжении 7 дней, или нитрофурантоин RT 100 мг 2 раза в сутки, 5 дней;
- нитроксолин 250 мг 3 раза в сутки, 5 дней;
- пивмециллинам 400 мг 2–3 раза в сутки, 3 дня.

Также возможно назначение триметоприма 200 мг 2 раза в сутки на 5 дней, но он не применяется, если резистентность *E. Coli* в регионе составляет $\geq 20\%$.

В качестве препаратов второй линии применяются:

- цефподоксима проксетил 100 мг 2 раза в сутки, 3 дня
- ципрофлоксацин 250 мг 2 раза в сутки, 3 дня
- кортимоксазол 160/800 мг 2 раза в сутки, 3 дня
- левофлоксацин 250 мг раз в сутки, 3 дня
- норфлоксацин 400 мг 2 раза в сутки, 3 дня
- офлоксацин 200 мг 2 раза в сутки, 3 дня

Также в рамках борьбы с антибиотикорезистентностью возможно использование для лечения и профилактики ИМП неантибактериальных препаратов.

Таким образом, на сегодня, как подытожил Александр Владимирович, поменялись рекомендации к эмпирической терапии, пересматриваются рекомендации к противорецидивной терапии, вводятся более строгие показания к профилактической антибиотикотерапии, а также меняется отношение к бессимптомной бактериурии. ■

Все выступающие отметили схожесть ситуации с прогрессированием антибиотикорезистентности во всех представленных странах. Совершенствование молекулярной и микробиологической диагностики, снижение неоправданного назначения антибиотиков, жесткий контроль применения антибиотиков не только в медицине, но и в сельском хозяйстве, информирование населения о рисках бесконтрольного применения антибактериальных препаратов – только самая малая часть того, что должны делать врачи и государство для решения этой проблемы.



II часть. Экспертный Совет урологов стран СНГ по вопросам подходов к диагностике и лечению ДГПЖ

Группа экспертов в области диагностики и лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) – главные урологи стран СНГ – обсудила ряд актуальных проблем, касающихся современных подходов к диагностике и лечению ДГПЖ, на основании данных проведенных исследований и собственного клинического опыта. Выбор темы для работы экспертного Совета обусловлен широкой распространенностью данного заболевания в мужской популяции и существующими проблемными вопросами, связанными с поздней диагностикой и высокой частотой осложненных или запущенных форм ДГПЖ.

СНМП у мужчин. Эпидемиология

У мужчин старшего и пожилого возраста, СНМП являются весьма частой урологической проблемой, существенно нарушая качество жизни. Заболеваемость СНМП строго коррелирует с возрастом. Большинство мужчин старше 45-50 лет предъявляют жалобы хотя бы на один симптом нарушенного мочеиспускания, которые динамично прогрессируют с возрастом. Клинические проявления нарушенного мочеиспускания наблюдаются у 62% мужчин старше 40 лет и более 80% мужчин старше 60 лет. Согласно оценке данных, полученных в популяционном исследовании EPIC (2008) во всем мире 1 259 000 000 мужчин страдали СНМП, это число увеличилось до 1 378 000 000 в 2013 г., и возможно увеличится до 1 494 000 000 в 2018г.

Диагностика СНМП/ДГПЖ у мужчин

У мужчин с СНМП, вызванных инфравезикальной обструкцией, Европейская Ассоциация Урологов (EAU) рекомендует алгоритм рутинного обследования, необходимый для уточнения диагноза: сбор жалоб и клинического анамнеза (с применением опросников для оценки симптомов), проведение физикального осмотра, определение креатинина крови, общий анализ мочи, измерение максимальной скорости потока мочи и объема остаточной мочи, оценку уровня простатоспецифиче-



ского антигена (ПСА) в сыворотке крови. Исследование, проведенное Carballido Rodriguez J. et al. в 2006 г., выявило высокую достоверность диагноза, установленного на основании данных клинического анамнеза, уровня сывороточного ПСА, пальцевого ректального исследования (ПРИ) и применения опросника IPSS. Точность диагноза, установленного на основании этих данных, была сравнима с результатами, основанными на данных, полученных при помощи комплексного обследования пациентов, включающего также ТРУЗИ и урофлоуметрию.

Стандартным инструментом для оценки симптомов нижних мочевых путей является IPSS. Данный опросник позволяет проанализировать выраженность симптомов наполнения и опорожнения. Дифференциальная диагностика симптомов накопления у пациентов с СНМП/ДГПЖ не используется в рутинной практике врача-уролога, в следствие чего остаются пациенты с не выявленной проблемой, которые нуждаются в адекватной терапии, но не получают ее. Для выявления пациентов с симптомами накопления необходимо модернизировать методы дифференциальной диагностики симптомов накопления. Этого можно добиться с помощью внедрения в рутинную практику основного действующего инструмента диагностики – шкалы IPSS.

СНМП у мужчин. Лечение

В настоящее время для лечения СНМП, обусловленных ДГПЖ, рекомендованы следующие группы лекарственных средств:

- 1) альфа-адреноблокаторы,
- 2) ингибиторы 5-альфа редуктазы,
- 3) антихолинэргические препараты,
- 4) ингибиторы ФДЭ-5.

Многофакторность развития СНМП нередко предполагает комбинацию вышеуказанных лекарственных средств для достижения максимального эффекта. Выбор метода консервативного лечения должен быть обусловлен с одной стороны степенью выраженности обструктивной и ирритативной симптоматики, с другой, наличием общепринятых факторов риска прогрессии ДГПЖ (возраст старше 50 лет, объем простаты более 40 см³, уровень PSA более 1,5 нг/мл). При этом с позиции улучшения качества жизни пациента с СНМП особенно актуальным становится эффективное купирование ирритативной симптоматики. На фоне многообразия лекарственных препаратов, применяемых для ■

коррекции расстройств мочеиспускания, группа альфа1-адреноблокаторов заняла лидирующие позиции. В последние годы терапия ДГПЖ селективными альфа1-адреноблокаторами стала международным стандартом. На данный момент селективные альфа1-адреноблокаторы представлены двумя действующими веществами – тамсулозин и силодозин. Эффективность альфа1-адреноблокаторов приблизительно одинакова, но препараты различаются профилем безопасности — вероятностью развития побочных эффектов, наиболее частым из которых является снижение артериального давления. Популярность этих лекарственных препаратов заметно выше по сравнению с блокаторами 5-альфа-редуктазы и препаратами растительного происхождения. Для некоторых пациентов (с умеренными и тяжелыми СНМП и увеличенным объемом простаты ($>40 \text{ см}^3$) или повышенным значением ПСА $>1,4\text{--}1,6 \text{ нг/мл}$) рекомендуется назначать ингибиторы 5 α -редуктазы, но стоит учитывать тот факт, что при нормальной переносимости необходимо принимать эти препараты длительно или пожизненно, поскольку эффект от их применения начинает проявляться не ранее, чем через 6-12 мес после начала лечения. Пациентам с умеренными и тяжелыми симптомами нижних мочевыводящих путей с преобладанием симптомов накопления рекомендуется назначать антагонисты мускариновых рецепторов. При их назначении отмечается положительная динамика в отношении ноктурии, частоты дневных мочеиспусканий и выраженности urgenности. Рекомендуется назначать ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа (иФДЭ5) пациентам с умеренными и средневыраженными СНМП фаз опорожнения и накопления как при наличии, так и в отсутствии нарушения эректильной функции. Препараты растительного происхождения, начиная с 2004 года, не рекомендованы Европейской урологической ассоциацией к применению у больных аденомой простаты, в силу отсутствия доказательной базы. Российские рекомендации, так же не рекомендуют назначать органотропные препараты и препараты из растительного сырья, поскольку эффективность подобных назначений не доказана.

Оперативное лечение показано при СНМП умеренной и тяжелой степени – при показателе IPSS >19 баллов и качеством жизни по шкале IPSS ≥ 4 баллов при $Q_{\text{max}} < 5 \text{ мл/с}$, объеме остаточной мочи $>150 \text{ мл}$ и/или наличии противопоказаний к консервативному лечению. При объеме предстательной железы 30-80 основным вариантом оперативного вмешательства на втором уровне выполняют при объеме $<80 \text{ см}^3$. Основным вариантом лечения ДГПЖ служит трансуретральная резекция (ТУР) предстательной железы. При объеме предстательной железы более 80 см^3

методом выбора хирургического лечения считают эндоскопическая энуклеация предстательной железы или открытая аденомэктомия.

В ходе дискуссии экспертный Совет урологов стран СНГ отметил, что:

1) В странах СНГ имеет место отсутствие единых стандартов материально-технического оснащения рабочих мест урологов и урологических отделений, вследствие чего доступность и качество специализированной помощи существенно отличается в регионах республик.

2) Отсутствие единых подходов к диагностике и лечению ДГПЖ.

3) Низкая эффективность работы по выявлению факторов риска и ранней диагностике ДГПЖ.

4) Высокая частота запущенных или осложненных случаев ДГПЖ вследствие поздней обращаемости пациентов.

5) Несоблюдение требований международных рекомендаций, основанных на принципах доказательной медицины протоколы диагностики и лечения (частое применение фитопрепаратов, которые не включены в группу рекомендованных лекарственных средств для лечения ДГПЖ/СНМП)

С учетом отмеченных недостатков в системе оказания медицинской помощи при ДГПЖ экспертный Совет урологов стран СНГ постановил о целесообразности:

1) Усиления работы по выявлению факторов риска и ранней диагностики ДГПЖ.

2) Соблюдения принципов доказательной медицины при выборе методов диагностики и лечения СНМП у мужчин.

3) Приведение национальных протоколов диагностики и лечения ДГПЖ нарушения в соответствии с требованиями международных рекомендаций.

4) Внедрения пилотных программ по ранней диагностике и лечению ДГПЖ в соответствии с принципами доказательной медицины в отдельных муниципальных образованиях республик.

Экспертным советом была вынесена резолюция по внедрению пилотных программ по ДГПЖ, которые планируется начать реализовывать уже в 2018 году. ■

Материал подготовила В.А. Шадеркина

Урология стран Союза Независимых Государств: яркие представители и высокие цели

На XII Всероссийскую научно-практическую конференцию «Рациональная фармакотерапия в урологии-2018» съехались ведущие специалисты со всего СНГ. Редакция «Дайджеста урологии» и проекта UroWeb.ru обсудила с главными урологами стран СНГ вопросы развития урологии, обучения и практической деятельности урологов, а также возможности получения качественной урологической помощи для наших пациентов.

Урология Республики Казахстан «Там, где есть единство, — есть прогресс»

Научный редактор UroWeb.ru Виктория Анатольевна Шадеркина пообщалась с заведующим кафедрой урологии и андрологии Казахского медицинского университета непрерывного образования, д.м.н., профессором, заслуженным деятелем Республики Казахстан Булатом Уахитовичем Шалекеновым.



В.А. Шадеркина: Булат Уахитович, скажите, пожалуйста, как выглядит структура урологических заболеваний в Республике Казахстан? Изменилась ли она за последние 5–10 лет, и если да, то что на это повлияло?

Б.У. Шалекенов: В принципе, у нас, картина идентична российской. В структуру урологических заболеваний традиционно входят три больших группы. В первую очередь, это воспалительные заболевания органов мочеполовой системы, на втором месте мочекаменная болезнь, а на третьем доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Также можно выделить мужские заболевания репродуктивной сферы.

Изменилось качество этих заболеваний. Например, если брать мочекаменную болезнь, у нас теперь очень мало пациентов с запущенными камнями 3–4 степени. Другой очень важный момент: раньше у нас было большое количество пациентов с туберкулезом мочеполовой системы, порядка 2,5–2,7% по стране. Теперь его распространенность резко снизилась, благодаря реализации большой государственной программы, запущенной в начале 2000-х годов. В результате даже сократилось мочеполовое отделение в Центральном НИИ туберкулеза. Его койки были переданы в отделение легочного туберкулеза.

Что касается заболеваний инфекционно-воспалительного характера, тут нас тревожит увеличение количества пациентов с тяжелыми рецидивирующими инфекциями мочевыводящих путей. Количество рецидивирующих циститов выросло, приблизительно на 60%. Если брать частоту воспалительных заболеваний репродуктивных органов, она выросла фактически в два раза. Но мы достаточно оптимистично смотрим на вещи, поскольку тут основной причиной послужило, скорее всего, улучшение выявляемости заболеваний.

Нас беспокоит рост количества онкологических заболеваний. В Казахстане существует онкологический регистр, где учитываются все случаи болезни, включая онкоурологические, и мы наблюдаем тенденцию к росту. Меняется структура этих заболеваний: стало больше больных с онкологическими заболеваниями нижних мочевых путей: раком мочевого пузыря и предстательной железы. Правительством и Министерством здравоохранения была предпринята попытка внедрения пилотного проекта на эту тему. В его работе приняли участие общественное объединение «Мужское здоровье» и Научный центр урологии. В общественном объединении мы взяли на себя санпросвет-работу: обучение и распространение ■

знаний. Все это вместе дало очень хорошие результаты: в 3–3,5 раза увеличилось количество пациентов с выявляемым раком предстательной железы (РПЖ) на ранних стадиях, которые хорошо лечатся. Увеличилось число пациентов, обращающихся по поводу гематурии неясной этиологии. Изменились взгляды как клинических урологов, так и врачей общей практики на эту систему, таких больных стали направлять на углубленное обследование. И, что самое важное, сам стандарт обследования мужчин с анализом ПСА внедрен повсеместно на государственном уровне. Применяется трансректальное УЗИ, практически во всех областных центрах при необходимости стало возможным выполнений и пункционной биопсии.

Традиционно в Казахстане имеется большое количество пациентов с мочекаменной болезнью. Сейчас наблюдается небольшая тенденция к снижению, но она существует. Что от радно, уменьшилось количество больших коралловидных и одиночных крупных камней. То есть население уже информировано, и этому способствовало внедрение протоколов обследования на урологические заболевания. Также, что нас радует, за помощью стало обращаться больше молодежи, сегодня мы видим прирост от 8 до 12% молодого населения, молодые люди стали ценить свое здоровье.

В.А. Шадеркина: *Булат Уахитович, Вы упомянули объединение «Мужское здоровье», а кто в него входит и какие задачи перед ним стоят, помимо санпросвет-работы?*

Б.У. Шалекенов: Общественное объединение «Мужское здоровье» перерегистрировано в 2012 году. Оно вышло из Профессиональной Ассоциации сексуальной медицины, которая была организована в 2008 году. Через 4 года мы его расширили, чему поспособствовала государственная реформа, проводимая в Казахстане.

Сегодня в объединении зарегистрированы около тысячи постоянных членов – врачей разных специальностей — не только урологи, но и эндокринологи, гинекологи, и сейчас мы видим прирост за счет врачей общей практики. В связи с реформой медицинского образования резко снизились часы преподавания как самой урологии, так и андрологии. Очень много предметов, касающихся качества жизни человека, почему-то вышло из программы медицинского образования и перешло в элективы. Сегодня на наши элективы, касающиеся актуальных вопросов урологии и андрологии, приходит большое количество резидентов с других специальностей.



В системе медицинского образования у нас сейчас идет сначала бакалавриат, студенты которого через 5 лет получают диплом врача общей практики, затем интернатура — двухгодичная для хирургических специальностей и годичная для врачей общей практики, а потом уже резидентура — аналог клинической ординатуры в России. У нас нет аспирантуры сейчас, мы перешли на магистерскую подготовку для врачей общей практики и специалистов общественного здравоохранения. А для клинических специалистов и магистратуры нет. Сразу идет докторантура после резидентуры. В этой ситуации резидентура по урологии составляет 3 года, в отличие от российской двухгодичной клинической ординатуры.

По итогам такого образования должны выйти специалисты, обладающие определенным набором навыков и умений, определенной профессиональной подготовкой, — требования четко прописаны. Сегодня к окончанию резидентуры человек должен самостоятельно провести семь больших открытых операций и порядка 20 эндоскопических операций. В нашем университете есть и большой симуляционный центр для подготовки специалистов на муляжах. И вот, сегодня стали популярны элективы, направленные на повышение качества жизни. Для врачей общей практики, эндокринологов, гинекологов, репродуктологов мы проводим тематические циклы усовершенствования навыков и переподготовки: некоторые хотят сменить специальность.

Вторая большая тенденция — теперь ни один специалист не может работать без сертификата врача. Для получения сертификата уролога необходимо пройти первый, тестовый этап, подготовленный нашей ассоциацией. Второй этап — оценка практических навыков и умений — проходит в городских симуляционных центрах, либо же в различных университетах и академиях. В Казахстане пять медицинских академий, и шестой — Университет непрерывного образования. Только наш университет теперь дает двойные международные дипломы: по сестринскому делу учащиеся получают как казахстанский диплом, так и диплом Финляндии.

В.А. Шадеркина: Скажите, пожалуйста, какая работа запланирована обществом «Мужское здоровье» в 2018 году?

Б.У. Шалекенов: У нас на этот год запланировано два больших мероприятия. 14–15 июня 2018 года в Алма-Ате мы впервые совместно с Американской ассоциацией урологов, по инициативе ее представителей проводим двухдневную конференцию, посвященную современным методам лечения мочекаменной болезни. ■

Приедут, генеральный директор и исполнительные директора Американской ассоциации урологов, вице-президент Всемирного эндоурологического общества. Мы настроены провести эту конференцию на высоком уровне.

Также в октябре исполняется 55 лет нашему университету, и в честь этого запланирован большой конгресс по непрерывному образованию, на котором мы отвечаем за хирургическую секцию. Большое внимание здесь также будет уделено вопросам, касающимся качества жизни пациентов.

В.А. Шадеркина: *Возвращаясь к пациентам: как мужчины в Казахстане относятся к своему здоровью?*

Б.У. Шалекенов: Так же, как в России – плохо. Но появилась тенденция к улучшению, по большей части у молодежи. Молодые люди знают цену своему здоровью, имеют страховые полисы и стараются попасть на все медосмотры. Кроме того, реформа здравоохранения предусматривает прикрепление пациентов к поликлинике по желанию – не обязательно к районной. Очень много стало частных медицинских центров, и по нашему закону они также имеют право работать как поликлиники. Обычно у них насчитывается 150–200 посещений в день, они обслуживают население ближайшего микрорайона, 5–10 тысяч человек. Так что традиционная медицина стала ближе к населению.

В каждой областной столице работает кардиоцентр, и стентирование сосудов стало рутинной процедурой. Средний возраст кардиохирургов составляет при этом 28 лет, это люди, прошедшие обучение по специальной программе президента в лучших японских, европейских и американских центрах. Как следствие, количество пациентов, умирающих от инфаркта миокарда, снизилось многократно. В крупных медицинских клиниках создаются отделения, в состав которых входит ангиооперационная, а в штате как минимум один кардиологический интервенционист, который сразу устанавливает стенты и катетеры, назначает тромболитическую терапию.

В.А. Шадеркина: *В отношении урологии есть или хотя бы планируются ли подобные программы?*

Б.У. Шалекенов: Сейчас наблюдается тенденция к развитию и укреплению онкологической службы. Наше общественное объединение и Научный центр уро-



логии приложили к этому максимум усилий, сегодня мы завершили пилотный проект, который показал востребованность работы. Я думаю, что результатом этого проекта станет большая скрининговая программа по внедрению профилактики рака предстательной железы. Мы уже провели по всей стране скрининг рака шейки матки, были выявлены основные тенденции в этой области, так что теперь будет легче организовать все, что нужно по скринингу РПЖ.

В.А. Шадеркина: *Это многолетняя программа, значит, она будет иметь не только практическую, но и научную ценность?*

Б.У. Шалекенов: Для нас сейчас самое важное — добиться помощи государства, чтобы создать единые стандарты для кабинетов. Сегодня в одной больнице кабинет уролога имеет УЗИ, цистоскоп и так далее, а в другой — стол, кушетку и перчатки. Вот такие моменты для нас важны, в этой области мы тесно сотрудничаем с гинекологами, например, на два кабинета — урологический и гинекологический — может приходиться один аппарат УЗИ. Также у нас очень хорошо продвинулись лабораторные исследования.

Сейчас наблюдается тенденция к приватизации крупных лечебных учреждений, так, Научный центр урологии уже стал частным. Мы надеемся, что частные инвесторы проявят интерес в том числе к исследованиям, направленным на повышение качества жизни пациентов.

В.А. Шадеркина: *В завершение нашего интервью – что бы Вы хотели пожелать своим российским коллегам?*

Б.У. Шалекенов: В первую очередь, здоровья. Во вторую — терпения. Я хочу сказать, что российская урологическая наука всегда была ведущей, мы всегда на нее ориентировались, и она сегодня заняла свое место в науке европейской. Если говорить про казахстанских урологов, то 90% из нас — выходцы из российской урологии. Все наши учителя — это классики, написавшие множество по сей день актуальных трудов. Это профессора Юрий Геннадьевич Аляев, Николай Иванович Тарасов, Владимир Николаевич Ткачук. Их очень много. Мы сейчас четко понимаем, что Петр Витальевич Глыбочко хорошо развивает урологию: создание НИИ урологии и нефрологии в Сеченовском университете привело к большому качественному скачку в урологии. ■

Такая же тенденция наблюдается и в Казахстане: мы видим внедрение самых современных технологий в самых необычных местах. Некоторые областные больницы Казахстана оснащены гораздо лучше, чем Институт урологии, некоторые больницы выделяются по каким-то отдельным направлениям. Появилась свобода в развитии, которая очень хорошо работает на движение вперед. Это самое важное. Так что российским коллегам я могу пожелать еще сохранения и укрепления того единства, которое сейчас появилось в сообществе урологов России и СНГ. У нас в Казахстане говорят: «Там, где есть единство, — есть прогресс». ■

Урология Туркменистана: урологическая дружба крепче любой политики

Проект UroWeb.ru представляет вниманию коллег интервью с заведующим кафедрой факультетской хирургии с курсом урологии Государственного медицинского университета Туркменистана, доктором медицинских наук Мамедом Чарыевичем Чарыевым. Беседу провела Виктория Анатольевна Шадеркина



В.А. Шадеркина: Мамед Чарыевич, для начала расскажите, пожалуйста, о положении урологии в системе здравоохранения Туркменистана.

М.Ч. Чарыев: Медицина сейчас стремительно развивается. За годы независимости нашей страны по всем направлениям системы здравоохранения, в том



числе, по урологии, достигнуты разительные успехи. В стране строятся суперсовременные клиники, где предусмотрены урологические отделения, оснащенные современным медицинским оборудованием. С их помощью мы можем идти в ногу со временем и выполнять самые современные индивидуальные, к примеру, эндоскопические урологические вмешательства.

В.А. Шадеркина: Скажите, пожалуйста, а сколько в Вашей стране урологов?

М.Ч. Чарыев: Сегодня по статистике у нас всего 62 официально подготовленных врача-уролога.

В.А. Шадеркина: Считается ли эта специальность престижной среди студентов медицинского университета?

М.Ч. Чарыев: Она считается очень престижной: сейчас в нашей стране еще чувствуется нехватка таких специалистов. Кроме того, по некоторым болезням, например, мочекаменной, Туркменистан является эндемическим регионом. Так что урологи у нас востребованы как нигде.

В.А. Шадеркина: Наверное, для молодежи это хороший толчок к освоению специальности?

М.Ч. Чарыев: Конечно. Желающих заниматься урологией среди выпускников нашего ВУЗа очень много. При серьезном подходе к обучению они, конечно, достигают своей цели, и мы проводим в этом направлении большую работу.

В.А. Шадеркина: Как заведующий кафедрой Вы можете выделить качества, которыми должен обладать студент, чтобы стать урологом?

М.Ч. Чарыев: Во-первых, он должен любить свою профессию, любить урологию и пациентов. Только в этом случае он может стать настоящим урологом. Потому что урологические больные, честно говоря, особенные. Среди них много хронических больных, много пожилых людей, с которыми мы ежедневно имеем дело в своей практике. Существуют особенности лечения таких больных, ■

особенности ухода, которыми нельзя пренебрегать. Все это нужно обязательно учитывать и, еще раз повторю, любить свою специальность как важную и необходимую.

В.А. Шадеркина: *Наверное, они должны быть готовы и к обучению на протяжении всей жизни?*

М.Ч. Чарыев: Обязательно. Особенно в последнее время, когда постоянно появляются новые методики лечения. На смену открытым хирургическим методам приходят эндоскопические и лапароскопические. И нам, и молодым специалистам нужно постоянно работать над собой, разумеется.

В.А. Шадеркина: *Ваш президент Гурбангулы Мяликгулыевич Бердымухамедов сам является врачом, а значит, медицина теперь развивается активнее, ведь он как никто должен понимать нужды системы здравоохранения. Это заметно в области урологии?*

М.Ч. Чарыев: Вы очень правильно отметили, Виктория Анатольевна. Наш президент по профессии врач, ученый, доктор медицинских и экономических наук и член Академии наук Туркменистана. Он превосходно понимает проблемы медицины, поскольку прошел весь путь, начиная от простого сотрудника участковой больницы – окончил аспирантуру, был районным врачом, потом — директором лечебного учреждения, позднее возглавил наше Министерство здравоохранения и курировал вопросы медицины как вице-премьер. В конце концов он стал президентом, который лучше всех понимает проблемы системы здравоохранения, при этом продолжая глубоко вникать во все области народного хозяйства. Надо сказать о том, что всю работу, которая осуществляется в системе здравоохранения, он держит под личным контролем. В этом плане нам — медикам и, в том числе, урологам — очень повезло. У нас есть президент, понимающий с полуслова все проблемы медицины.

В.А. Шадеркина: *Наверное, все врачи в других странах о таком мечтают.*

М.Ч. Чарыев: Естественно. Если руководитель врач, он прежде всего, конечно, будет думать о здоровье человека и о здоровье общества, это само собой разумеется.



В.А. Шадеркина: Я знаю, что в Туркменистане сегодня есть крупный Национальный медицинский центр, Онкологический центр и другие современные центры здравоохранения. Учитывая то, что Туркменистан является эндемическим регионом по мочекаменной болезни, в Национальном медицинском центре сейчас внедряют перкутанные вмешательства и для этой цели приглашают зарубежных урологов, например, из Германии. Планируется ли подобное сотрудничество с российскими специалистами?

М.Ч. Чарьев: Вы правильно заметили – сейчас по всей стране, особенно в столице, Ашхабаде, строятся новые центры по всем направлениям медицины, например, хирургические, кардиологические, стоматологические, центры родовспоможения и так далее. Разумеется, создаются и урологические центры, оснащенные современным оборудованием, где выполняются операции, принятые на мировом уровне. В основном, в них работает молодежь. Там также идет масштабное международное сотрудничество, особенно, как Вы заметили, со специалистами из Германии. Между нашими странами есть соответствующие договоренности: наши медики также уезжают туда для обмена опытом. Что касается работы с российскими центрами — это наша мечта, ведь наше поколение воспитывалось в российских школах и традициях, я сам окончил российский ВУЗ, там же проходил аспирантуру и ординатуру, там же защитил докторскую диссертацию. Нам ближе всего российские школы, где мы воспитывались, и мы понимаем уровень возможностей российских коллег. Очень хочется наладить стойкие отношения, и сейчас делаются активные шаги к сотрудничеству медиков России и Туркменистана.

В.А. Шадеркина: В заключение скажите пожалуйста, чего бы Вы хотели пожелать российским урологам?

М.Ч. Чарьев: Как я знаю, в России урология очень развита и стоит на хорошем международном уровне. Поэтому я желаю моим российским коллегам не останавливаться на достигнутом, идти в ногу со временем и международным урологическим сообществом. Желаю успехов в творчестве и повторяю, что нам тоже очень хочется с вами посотрудничать.

Урологическая дружба крепче любой политики. ■

Республика Кыргызстан: не только урология, но и вся медицина должна быть профилактической

Представляем вашему вниманию интервью с директором Республиканского научного центра урологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, заведующим кафедрой урологии и андрологии до- и последипломного обучения Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева, доктором медицинских наук, профессором Акылбеком Чолпонкуловичем Усунбаевым.



В.А. Шадеркина: Акылбек Чолпонкулович, известно, что проблемам мужского здоровья в Кыргызстане уделяется большое внимание. Какие наиболее важные урологические вопросы вы считаете заслуживающими внимания?

А.Ч. Усунбаев: Большое спасибо за приглашение, рациональная фармакотерапия в урологии — тема конференции, в дни проведения которой мы с вами беседуем, — это очень большой и важный вопрос. Резистентные к антибиотикам инфекции мочевыводящих путей (ИМП) — серьезная проблема в урологии, среди мужчин, в том числе. В Кыргызской Республике для мужского населения мы с 2002 года применяем активную тактику. Ежегодно мы проводим недели мужского здоровья, которые своим вниманием охватывают все мужское население – от детского до старческого возраста. За этот период обследовано более 20 тысяч человек.

Как нам удалось выявить, основные проблемы среди мужского населения — это ИМП, инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), а также заболевания предстательной железы. В основном, заболевания простаты инфекционного характера являются осложнениями всех этих инфекций, возникающих в течение жизни человека.

В настоящее время мы проводим исследование среди мужского населения. В фокусе внимания — ИМП, ИППП и влияние их последствий на качество жизни мужчин. Получаем интересные данные: например, о том, что заболевания предстательной железы, такие как, скажем, доброкачественная гиперплазия (ДГПЖ) сегодня почти у 90% мужчин сочетаются с ИМП. Это, можно сказать, бич мужчин нашей республики. Последствия этого понятны: эректильная дисфункция, участвовавшие случаи мужского бесплодия... Так что проблема очень сложная, и нам нужно бороться с ней.

В.А. Шадеркина: *Как производится раннее выявление урологических заболеваний у мужчин? Используете, например, опросники, или терапевты, принимая пациентов, уделяют повышенное внимание мужскому здоровью?*

А.Ч. Усунбаев: Наш Научный центр урологии в настоящее время проводит скрининговые исследования. Ежегодно на периферии работают выездные врачебные бригады, проводится обследование больных. Все это делается на благотворительной основе. Также нам всегда оказывают содействие лаборатории, работающие в республике: и частные, и государственные. Таким образом, мы выявляем больных и, конечно, затем оказываем им помощь. Для людей это бесплатно, все это проводится в соответствии с программой Министерства здравоохранения.

В.А. Шадеркина: *Как сами мужчины к этому относятся? Они охотно идут на такие обследования?*

А.Ч. Усунбаев: Очень интересный вопрос. Дело в том, что менталитет нашего, центрально-азиатского мужчины отличается от других. В Центральной Азии семья всегда считалась главным для человека, все вопросы решались через мужа, отца и так далее. Естественно, в начале наших исследований и проведении различных благотворительных акций очень трудно было заманить этих мужчин даже на бесплатные обследования. Мужчины привыкли скрывать свои болезни не только от знакомых, но и от семей.

В последние годы, в связи с экономической ситуацией, качество жизни людей в странах СНГ несколько снизилось, проблем очень много, мужчины перестают быть не только патриархами в собственных семьях — они вообще выпадают из экономической и социальной жизни. На них навалилось сразу множество проблем: стресс, безработица, как следствия — наркомания, алкоголизм... В такой ситуации мужчина остается беспомощным. Поэтому мы ведем все более активную работу. Привлекаем СМИ — газеты, журналы, телевидение — и объясняем, что очень важно вовремя диагностировать болезнь и начать лечение. К тому же, это дешевле обойдется и самому пациенту, и его семье, и государству. Менталитет надо менять, работать над отношением к ■

здоровому образу жизни. Сейчас мы считаем, что ситуацию понемногу удастся переломить: мужчины гораздо активнее обращаются за помощью, и это уже результат.

В.А. Шадеркина: Скажите, пожалуйста, Вы можете выделить какое-то особо важное, приоритетное направление будущего для урологии в целом?

А.Ч. Усупбаев: Как главный внештатный специалист Министерства здравоохранения и воспитанник советской школы я считаю, что медицина должна быть профилактической. Не только урология — медицина вообще. Сейчас этого, к сожалению, нет. Не знаю, как в других местах, но в странах СНГ я вижу одну и ту же проблему: врачи борются с уже запущенными заболеваниями и их последствиями. Поэтому я считаю, что дальнейшие реформы здравоохранения должны тяготеть к профилактической направленности. Работа и Минздрава, и правительства должна быть направлена на предупреждение заболеваний, а не лечение. Лечить невыгодно, тем более, в наше время.

В.А. Шадеркина: Тут мы, пожалуй, возвращаемся к истокам советской медицинской школы.

А.Ч. Усупбаев: Да, и тут все взаимосвязано: воспитание молодежи, деятельность профессиональных сообществ и многое другое. Ранее многие реформы в странах СНГ, в том числе, в Кыргызстане проводились, я считаю, неверно. В результате этого многие службы и многие системные подходы в здравоохранении попросту исчезли. Теперь приходится начинать с нуля. Поэтому, пока не поздно для будущего поколения, надо начинать правильно.

В.А. Шадеркина: Полностью с вами согласна и полностью поддерживаю. Формирование моды на здоровый образ жизни, воспитание молодежи — это залог будущего любой нации. Скажите, пожалуйста, а изменились ли требования к урологическим кадрам? Какими качествами должен обладать современный уролог?

А.Ч. Усупбаев: Я считаю, что он должен быть широким мультидисциплинарным специалистом, а не узкопрофильным. Тут должен работать принцип семейного врача, который более или менее ориентируется во всем. Так и уролог должен знать не только чисто урологические вещи, но и то, что относится к эндокринологии, хирургии, патофизиологии и другим специальностям. Должен подходить к больному с мультидисциплинарным видением. Только при этих условиях мы

получим хорошего врача. В советское время урологов начали делить на мелкие субспециальности: андрологи отдельно, детские урологи отдельно, онкоурологи отдельно... Я считаю, это было неправильно, уролог должен владеть всем.

В.А. Шадеркина: Но ведь и субспециальности должны существовать?

А.Ч. Усупбаев: Они должны быть, но сам врач должен ориентироваться не только в пределах своей субспециальности. Сейчас создаются многопрофильные лечебные учреждения нового типа, а количество узкоспециальных понемногу снижается. Идет объединение, так что врач должен владеть всеми методами диагностики и лечения, несмотря на возраст пациента или рассматриваемую форму заболевания.

В.А. Шадеркина: Вы рассматриваете какие-то формы сотрудничества с российскими урологами?

А.Ч. Усупбаев: На самом деле, мы все являемся выходцами из советской и российской школы урологии, воспитанниками профессора Николая Алексеевича Лопаткина. Российская школа дала нам очень многое в плане подготовки кадров для республики, так что я надеюсь, что и дальше мы будем находиться в тесном контакте. Не зря мы создали Ассоциацию урологов стран СНГ, президентом которой сегодня является профессор Олег Иванович Аполихин. Он очень широко смотрит на процесс объединения, понимает, что оно нужно не только России, но и другим странам содружества. Мы вместе должны думать о будущем, не только проводить конференции, но и заниматься подготовкой кадров, совместной научно-исследовательской работой, скрининговыми исследованиями. Я считаю, что нужно иметь даже общие клинические протоколы, ведь подходы к диагностике и лечению заболеваний у нас, в принципе, ничем не отличаются. Тем более, огромная часть нашего населения сейчас проживает в России. Здесь работает молодежь, многие уже получили российское гражданство, но продолжают регулярно ездить домой. Никаких жестких границ тут нет, так что я надеюсь на совместное будущее в подготовке кадров, проведении исследований и так далее. И, конечно, нужны хорошие человеческие взаимоотношения: без России нашего будущего я не вижу.

В.А. Шадеркина: России без стран СНГ, согласитесь, тоже никак. Эти чувства взаимны, и мы будем стремиться к укреплению нашего сотрудничества. Как представитель UroWeb.ru предлагаю Вам сотрудничество со своей стороны, и думаю, что оно будет успешно развиваться. ■

Республика Беларусь: Будущее урологии в том, чтобы работать с болезнью, а не ее симптомами

В ходе XII Всероссийской научно-практической конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии-2018» редакцией Дайджеста урологии были взяты интервью у авторитетных урологов стран СНГ. Одним из собеседников стал заведующий кафедрой урологии и нефрологии БелМАПО, главный внештатный уролог Республики Беларусь Дмитрий Михайлович Ниткин.



В.А. Шадеркина: Дмитрий Михайлович, мы знаем, что буквально накануне нашей встречи стали доктором медицинских наук, с чем мы Вас поздравляем. Спасибо, что Вы приехали в Москву и согласились на интервью.

Д.М. Ниткин: Спасибо, Виктория. Я с огромным удовольствием всегда приезжаю на все мероприятия, которые вами организуются. Приглашайте в дальнейшем, всегда буду рад принять в них участие.

В.А. Шадеркина: Мы тоже очень рады. Беларусь всегда славилась урологической школой и урологами. Каким вопросам сейчас уделяет внимание белорусская урология?

Д.М. Ниткин: Я горжусь школой белорусской урологии, и так получилось, что я представляю эту школу – школу Николая Евсеевича Савченко, Вячеслава Андреевича Мохорта, Аркадия Александровича Греся. Это все мои учителя, с которыми я общался в различные периоды своего становления как уролога.



В настоящее время приоритетными являются все трендовые направления мировой урологии: лапароскопия, эндоскопическая урология, современные методы лечения мочекаменной болезни; очень хорошо развиваются у нас в стране онкоурология, трансплантология, сегментная трансплантация почки, реконструктивная урология, а также так называемая урогинекология, т. е. все современные направления представлены в разных клиниках: они развиваются и в нашей клинике, и в республиканских научно-практических центрах.

В.А. Шадеркина: *Все они востребованы населением?*

Д.М. Ниткин: Разумеется. Развитие какого-то тренда в науке и в практике невозможно, если это не востребованно. Республика Беларусь действительно не очень большая, но, если смотреть по нашей популяции, удельный вес пациентов такой же, как и в Западной Европе и в Российской Федерации. Как говорится, и урологи «без границ», и болезни нашего региона тоже «без границ». Всеми заболеваниями, к сожалению, люди страдают и у нас, поэтому приходится высокотехнологично помогать нашим пациентам.

В.А. Шадеркина: *Дмитрий Михайлович, скажите, изменилась ли за последние 10–15 лет структура урологической заболеваемости в Беларуси?*

Д.М. Ниткин: Конечно, она меняется, с одной стороны, в связи с тем, что совершенствуются методы диагностики. Улучшается выявляемость болезней. Тренд на развитие современных методов диагностики влияет на структуру заболеваемости. Кроме того, растут и развиваются высокотехнологичные методы оказания помощи, соответственно, изменяется и структура ее оказания. С одной стороны, мы распознаем больше, выявляем то, чего не выявляли раньше (например, онкологические болезни), раньше предлагаем пациентам радикальные методы лечения, уходим от инвазивных открытых операций и отдаем предпочтение операциям лапаро- и эндоскопическим. Это говорит о том, что наша специальность – урология – развивается, в том числе и в Республике Беларусь.

В.А. Шадеркина: *Скажите, пожалуйста, сколько урологов в Республике Беларусь?*

Д.М. Ниткин: В настоящее время примерно 285. Сами понимаете, что ежегодно эта цифра меняется в силу естественных движений специалистов: кто-то из ■

молодежи приходит, некоторые уважаемые коллеги уходят на пенсию. Сейчас у нас примерно 285 специалистов-урологов, тогда как урологических должностей – 365. Существует определенный дефицит укомплектованности кадров. Одной из важнейших задач, стоящих перед Министерством здравоохранения, на сегодняшний момент является решение вопроса об укомплектации кадров — оптимизации подготовки специалистов: чтобы, с одной стороны, у нас не было дефицита кадров, и, с другой стороны, кадры обладали высокой квалификацией.

В.А. Шадеркина: А легко ли стать урологом в Беларуси?

Д.М. Ниткин: Наверное, легче, чем где бы то ни было. Во многом так происходит в силу специфики: страна небольшая, и в ней есть определенный дефицит урологических кадров. Это привело к тому, что у нас появилось несколько вариантов подготовки специалистов. Оптимальным способом является подготовка через клиническую ординатуру или резидентуру: когда специалист от двух до пяти лет проходит непосредственно очную подготовку в клинике, где есть квалифицированные опытные кадры где применяются современные методы диагностики и лечения. Соответственно, в таких условиях подготавливается наиболее опытный, наиболее квалифицированный и в последующем востребованный специалист.

Но у нас в стране существует и другой вариант подготовки — так называемая «подготовка через переподготовку»: когда, например, человек получает диплом по урологии, проходя в течение четырех месяцев переподготовку на нашей кафедре. Я считаю, что это не совсем оптимальный путь подготовки. У человека появляется юридическое обоснование, дающее ему право работать врачом, но, мы сами понимаем, что за четыре месяца невозможно стать урологом. Хорошо, если потом он попадает в качественную клинику, где его учеба продолжается на рабочем месте. Но, к сожалению, специалист с дипломом может оказаться там, где он вообще является единственным урологом. Вот тогда и встает вопрос о квалификации такого специалиста, подготовившегося лишь за четыре месяца.

Мы разработали «Концепцию развития урологической службы Республики Беларусь», которая в настоящий момент находится на утверждении Министерства здравоохранения. Там одним из пунктов мы прописали, что урологом должен становиться только тот, кто прошел клиническую ординатуру в течение 2–4 лет (в зависимости от того, в каком виде этот документ примет Минздрав). Я считаю, что эта концепция развития подготовки кадров правильна, она находит подтверждение и поддержку у нас в Министерстве.



В.А. Шадеркина: Скажите, а какими качествами, по вашему мнению, должен обладать молодой уролог?

Д.М. Ниткин: Он энергичен, постоянно пытается овладеть навыками, что-то узнать. Это человек, обладающий практическими и теоретическими навыками, который прикрепился к определенному ментору (заведующему отделением, профессору, доценту, заведующему кафедрой). Он постоянно впитывает новые знания, которыми, как я считаю, уважаемые коллеги должны делиться с молодежью. Это и есть основная черта юного уролога – обучаемость и неутомимость в познаниях.

Есть такое выражение, ставшее популярным еще со времен Гиппократы, — «врача учит врач», но для того, чтобы молодой врач учился, необходима, прежде всего, мотивация самого специалиста. У него должно быть желание постоянно овладевать знаниями. Мы подписались быть врачами, быть урологами, и, соответственно, мы подписались на пожизненное образование. Каждый день у постели пациента, с журналом или книгой мы делаем себя как специалисты. Думаю, что именно это для молодого уролога основное.

В.А. Шадеркина: Какими профессиональными ресурсами пользуются урологи Республики Беларусь в целях повышения своего профессионального опыта?

Д.М. Ниткин: Здесь есть несколько вариантов ресурсов. Во-первых, традиционные ресурсы: они как раз актуальны для того молодого специалиста, который только решил стать урологом. Это известные нам учебники, клинические рекомендации, которые позволяют нам освоить азы, урологическую семиотику.

Затем, существуют различные инструменты дистанционного образования. В настоящее время у нас есть интернет, который, благодаря таким проектам, как, в частности, ваш (Uroweb.ru – прим. редакции), позволяет специалистам очень качественно повышать свою квалификацию дистанционно, находясь, например, в Минске или любом другом городе нашей страны. Имея общий язык общения, мы можем пользоваться такими ресурсами. Я думаю, что статистика скажет вам о том, что урологи из Беларуси активно пользуются Вашим ресурсом.

Помимо этого, я считаю, что очень важно «не вариться в собственном соку». Участие в конференциях и круглых столах — это тоже учеба и общение. Со своей стороны, я мотивирую как молодых, так и опытных специалистов ездить на ■

конференции в Россию, в ближнее зарубежье. Кроме того, сейчас одним из основных требований, предъявляемых к специалистам в нашей и других клиниках, является знание иностранного языка. Тот, кто владеет европейскими языками, может слушать доклады и выступать на конференциях дальнего зарубежья. За одним прочитанным докладом стоит огромная работа, проделанная в клинике, а также огромное количество проработанной литературы. И это тоже образовательный процесс.

В.А. Шадеркина: *Дмитрий Михайлович, а какие направления в урологии — не конкретно в белорусской, а вообще — вы считаете «будущим»?*

Д.М. Ниткин: В начале разговора я называл некоторые тренды: лапароскопия, эндоскопия. Это уже стало настоящим, они уже есть и развиваются. Но хочется поговорить немного о будущем, пофантазировать о том, что могло бы быть. Возможно, была бы перспективна так называемая урологическая инженерия. Мне очень нравится это направление: благодаря ему мы смогли бы использовать в нашей специальности био-прогнозирование, биоинженерные технологии. Оно очень интересно, например, с позиции таких заболеваний, как мочекаменная болезнь, и других болезней обмена, актуально для реконструктивной урологии, молекулярной биологии и генетики.

Эндокринная урология — это тоже очень любопытное новое направление, возникшее на грани молекулярной урологии и биологии: мы можем говорить о каких-то вариантах коррекции и прогнозирования, профилактики тех состояний, которые наблюдаются у пациентов с андрогенным дефицитом или возрастными нарушениями андрогенного статуса. Эндокринная урология очень интересна и в связи с тем, что урологи очень долгое время работали «на симптом»: мы можем успешно победить образовавшийся камень в почке, успешно сделать заместительную пластику при болезни уретры, но не победить при этом болезнь. Будущее урологии в том, чтобы работать с болезнью, а не ее симптомами.

В.А. Шадеркина: *Следующий вопрос у меня к вам как к специалисту Минздрава Республики Беларусь. Скажите, пожалуйста, что Вы считаете необходимым изменить в белорусской урологии?*

Д.М. Ниткин: Помимо всех общепонятных требований относительно материально-технического обеспечения, штатного расписания и количества урологов,

ЧАС С ВЕДУЩИМ УРОЛОГОМ



Online-трансляция на сайте Uro.TV

**Уникальная возможность
задать вопрос в
ПРЯМОМ ЭФИРЕ**



Все темы урологии, андрологии, онкологии
и других субспециальностей.



Обратная связь с аудиторией, интерактивное
голосование, награждение наиболее
активных участников

Спросите то, что вас давно интересует!

мы выдвинули идею о необходимости опираться не на идущие еще с советских времен экстенсивные показатели, а на интенсивные. То есть работа должна привязываться не к штатному расписанию, а к продукту, который производит данное урологическое отделение.

Продукт урологического отделения — это количество сделанных операций. Когда идет работа «на продукт», мы опираемся на интенсивные показатели, а не на экстенсивные. Здесь большое значение имеет количество врачей, реально вкладывающихся в работу, производящих продукт, а не количество «коек». Второй момент, заложенный в нашу концепцию, — это образование. Лично я считаю, что кадры решают все. Это на самом деле так: лечат не стены, а люди, которые работают в этом отделении. Мы очень сильно зависим от квалифицированных кадров, способных решать реальные и конкретно поставленные задачи на современном уровне.

Поэтому мы уходим от 4-месячной подготовки и работаем исключительно через клиническую ординатуру и резидентуру, когда специалист готовится в клинике. Дальше этот специалист может оказаться в любом месте, где он с хорошей подготовкой и ответственностью будет принимать высокограмотные решения. Я считаю, что только такой подход имеет развитие. Не нужно изобретать велосипед: многие страны пробовали различные системы подготовки, но все же вернулись к системе резидентур и клиник, и это правильно.

В.А. Шадеркина: *Что бы Вы хотели бы в заключение пожелать российским урологам?*

Д.М. Ниткин: С российскими урологами у нас общая ментальность, общие подходы в развитии оказания урологической помощи. Я хочу пожелать профессионального роста на благо нашей общей специальности — это самое главное. Я очень благодарен вам и могу с гордостью констатировать, что уровень российских конференций по урологии в настоящее время весьма высок. По продуктивности они превосходят многие зарубежные конференции. Я желаю только творческого и практического роста, внедрения новых методик. В Российской Федерации есть для этого люди, умения и знания. Желаю в этом развитии удач.

В.А. Шадеркина: *Мы ждем Вас снова в Москве. Всегда будем рады видеть не только Вас лично, но и всех наших белорусских коллег. Большое спасибо вам за интервью.* ■

Республика Молдова: Урология не должна иметь границ

Представляем интервью с доктором медицинских наук, доцентом кафедры урологии и хирургической нефрологии ГУМФ «Н. Тестемицану», главным специалистом Минздрава Республики Молдова по андрологии и сексуальной медицине Ионом Васильевичем Думбрэвяну.



В.А. Шадеркина: *Ион Васильевич, расскажите, пожалуйста, немного об урологии и андрологии в Молдове. Сколько у вас урологов, где они больше работают?*

И.В. Думбрэвяну: В Молдове так же, как в России и везде в мире, уже много лет существует урологическая служба. На сегодня в стране зарегистрировано более 140 урологов. Также у нас существует большое Научное общество урологов, андрологов и нефрологов, где зарегистрировано около 190 человек вместе с резидентами (учащимися резидентуры — это ступень подготовки врача в ряде государств, аналогичная ординатуре, — прим. ред.). Кроме этого, есть менее широкое Общество по андрологии и сексуальной медицине. Тут нас поменьше — около 20 человек.

В.А. Шадеркина: *Что дает членство в обществе?* ■

И.В. Думбрэвяну: В основном, информационную поддержку, которая бесплатна для членов общества: возможность узнавать обо всем новом, что происходит в урологии, нефрологии, андрологии и сексуальной медицине.

В.А. Шадеркина: *Как часто проходят заседания?*

И.В. Думбрэвяну: По-разному, но меньше четырех заседаний в году нас не бывает. Кроме того, мы организуем множество тематических симпозиумов и конференций. Если они представляют общий интерес — например, конференция о симптомах нижних мочевых путей или инфекциях, — то мы об этом объявляем и собираем всех членов большого общества. Если мы говорим на более узкие темы — об эректильной дисфункции, например, или гипогонадизме — то и собираемся в более узком кругу. В любом случае, раз в 2–3 месяца мы стараемся встречаться.

В.А. Шадеркина: *Где предпочитают работать урологи? В городских учреждениях, в сельской местности? Везде ли урологов хватает?*

И.В. Думбрэвяну: Это наша проблема на сегодня: в районах специалистов не хватает в силу разных причин. Раньше в сельской местности работали урологи моего поколения и старше. После ряда реформ здравоохранения специалисты предпочитают работать в Кишиневе. Даже во втором по величине городе Молдовы — Бельцах — осталось всего четыре уролога, как минимум, трех еще там не хватает.

В.А. Шадеркина: *Где работает большее количество специалистов: в государственных или в частных клиниках?*

И.В. Думбрэвяну: На данный момент в государственных, но частная медицина развивается достаточно быстрыми темпами, в особенности на амбулаторном уровне. Есть очень много частных центров, которые более или менее оснащены и где работают мои коллеги. Некоторые также совмещают работу в государственных и частных медучреждениях.

В.А. Шадеркина: *Андрология у вас выделена в отдельную специальность или, так же, как у нас, является субспециальностью урологии?*

И.В. Думбрэвяну: Это субспециальность, что, я считаю, правильно. Все-таки,



нужно иметь базовые урологические знания — хотя я знаю, что многие мои друзья и коллеги могут не согласиться с таким подходом, они склоняются к тому, что эндокринологи и дерматовенерологи также могут заниматься андрологией. Но я считаю, что базой является все же урология.

У нас с 2001 года андрология официально признана субспециальностью урологии, так что подготовка ведется либо через клиническую ординатуру — для совсем молодых специалистов, либо через курсы повышения квалификации — для урологов со стажем, которые хотят заниматься андрологией. Нынешняя система здравоохранения не приветствует занятия большой продолжительности, поэтому у нас, в основном, проводятся тематические курсы: 2–3 недели, максимум — месяц. Но они охватывают разные темы: гипогонадизм, эректильную дисфункцию и так далее. Информация, таким образом, подается дробно.

В нашем обществе работают и специалисты, обладающие изначально подготовкой андролога, и врачи, которые имеют первичную специализацию, например, дерматовенеролога или психиатра, но решили переквалифицироваться через курсы — они занимаются консервативным лечением андрологических пациентов. В общем, мы находим точки соприкосновения. Комиссия по аттестации у нас одна, она присваивает категории по урологии, андрологии и нефрологии.

В.А. Шадеркина: *У вас в стране профессия уролога считается престижной?*

И.В. Думбрэвяну: Я считаю, что профессия уролога престижна везде.

В.А. Шадеркина: *Много ли студентов медицинских вузов хотят стать урологами? Или у вас строгий отбор?*

И.В. Думбрэвяну: Отбор, я думаю, как везде. Есть конкурс на поступление в резидентуру, и сейчас у нас учится одиннадцать резидентов, один из которых на данный момент проходит стажировку за рубежом.

В.А. Шадеркина: *Сколько человек претендует на одно место во время конкурса?*

И.В. Думбрэвяну: По-разному из года в год. Тут еще имеет значение то, что у нас, в отличие от России, резидентура длится пять лет — довольно долгое время, а стипендия резидента невелика. Но все же у наших резидентов есть надежда на то, ■

что когда они станут врачами, ситуация изменится, или они трудоустроятся в других странах — почти у всех есть такая возможность.

В.А. Шадеркина: *Много ли молодых урологов остается в Молдове?*

И.В. Думбрэвяну: Мало.

В.А. Шадеркина: *Будем надеяться, что когда-то ситуация стабилизируется.*

И.В. Думбрэвяну: Это зависит от экономики страны. Когда рядом предлагают зарплату в десять раз выше, трудно отказаться.

В.А. Шадеркина: *Возможно, там и требования в десять раз выше?*

И.В. Думбрэвяну: Вы знаете, психологическая нагрузка везде одинакова: и в России, и в Молдове, и дальше в Европе. Возможно, там даже немножко легче, потому что нужно действовать строго по протоколам.

В.А. Шадеркина: *Возвращаясь к урологии: какова структура урологической заболеваемости в Молдове? Каких заболеваний больше, а каких — меньше?*

И.В. Думбрэвяну: Я на текущей конференции слушал, о чем говорят мои коллеги из России и стран СНГ, и не заметил больших отличий. У нас, например, в стационарах больше всего пациентов с мочекаменной болезнью — это особенность Молдовы, за которой следуют опухолевые новообразования, как доброкачественные, так и злокачественные. На амбулаторном приеме многое зависит от региона, от врача и так далее. Много воспалительных заболеваний. Среди андрологических проблем — эректильная дисфункция и преждевременная эякуляция.

В.А. Шадеркина: *Скажите, пожалуйста, какие новые технологии и методы доступны для урологических пациентов в Молдове, и на какой основе проводится высокотехнологичное лечение?*

И.В. Думбрэвяну: Более десяти лет у нас работает страховая медицина, то есть если пациент застрахован, то он ничего не должен платить. Другой вопрос — то, что иногда приходится немного подождать: есть очередь на высокотехнологичные ме-



тоды исследования, МРТ или другие методы исследования. На основании страховки оказываются фактически все услуги. Все, что есть в мировой урологии на данный момент, – доступно. Есть некоторые нюансы относительно уродинамических методов исследования, но я надеюсь, что и эту часть мы будем развивать. Что касается эндоскопических и лапароскопических методов, в нашей клинике они все доступны, повторяюсь, — на основании страховки.

Платно сейчас оказывается помощь только в области репродуктивной медицины. Пока она не входит в страховой полис, хотя в прошлом году в Молдове внедрена программа на этот счет, но сейчас она еще охватывает очень малый процент населения. Со временем и к высокотехнологичным методам искусственного оплодотворения можно будет прибегнуть за государственный счет.

В.А. Шадеркина: *В каких мероприятиях больше участвуют молдавские урологи: российских, европейских?*

И.В. Думбрэвяну: О наших собственных я уже упомянул в начале разговора: помимо съездов обществ, проводятся тематические конференции. В прошлом году их было три, уже спланировано расписание на текущий год. Участвуем и в зарубежных собраниях. Лично я и многие мои коллеги являемся членами Европейского общества андрологии и Европейского общества по сексуальной медицине, мероприятия которых стараемся посещать. И, конечно, российские мероприятия. В них мы участвуем активно, периодически посещаем тематические конференции — такие, как нынешняя по фармакотерапии, — или съезды Российского общества урологов. К сожалению, не всегда есть возможность поучаствовать везде, но по мере сил мы стараемся.

В.А. Шадеркина: *Считаете ли Вы полезным сотрудничество между российскими и молдавскими урологами?*

И.В. Думбрэвяну: Я не считаю бесполезным любое сотрудничество. Медицина, в частности, урология не должна иметь границ — мы буквально вчера говорили об этом с коллегами из разных стран. Это наука, в которой мы занимаемся болезнями, чтобы помочь нашим пациентам. Любое сотрудничество, любой обмен опытом могут быть только полезны.

В.А. Шадеркина: *Спасибо Вам больше за интервью, я надеюсь, что в Москве или в Кишиневе — но наше сотрудничество продолжится. ■*

Монголия: положено начало сотрудничеству с российскими коллегами

На XII Всероссийской научно-практической конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии-2018» Виктория Анатольевна Шадеркина побеседовала с ведущими урологами стран СНГ о проблемах специальности и перспективах взаимного обогащения опытом. И хотя Монголия не входит в Содружество независимых государств, нельзя было упустить возможность узнать о жизни урологов в Монголии. На наши вопросы ответил директор Центра урологии и андрологии Первой центральной больницы Монголии Дагвадорж Баян-Ундур.



В.А. Шадеркина: Расскажите нам, пожалуйста, о монгольской урологии: сколько в Монголии урологов, как вы живете?

Д. Баян-Ундур: В первую очередь скажу, что я очень благодарен российским коллегам за приглашение поучаствовать в конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии», это очень хорошая конференция.

В Монголии работает сейчас 53 уролога, мы старались активно обучать их в последние 5 лет. Раньше, до 2013 года, работали не более 20 специалистов нашего профиля. С тех пор мы подготовили более 30, и каждый год сейчас выпускаем около 10 урологов. Нехватка в областных больницах уже почти исчезла.

Раньше больным было очень трудно пролететь тысячи километров, чтобы получить квалифицированную помощь в Улан-Баторе, сейчас урологи есть во всех ре-



гиональных столицах. Мы часто планируем командировочные визиты для проведения операций больным с урологическими заболеваниями в областных больницах, проводим там открытые операции. В Монголии работает один урологический центр и несколько клиник. В их число входят частные медучреждения, а также 2-я и 3-я клинические больницы, где также работают урологи, — там по 5–10 урологических коек в отделениях. Все это облегчает нашу нагрузку в центральной больнице.

В.А. Шадеркина: *То есть урологи центральной больницы иногда выезжают в регионы Монголии и проводят плановое лечение пациентов или консультируют?*

Д. Баян-Ундур: Конечно. Расходы на перемещение и недолгосрочное оказание медицинской помощи оправданы, когда в провинции собирается, например, 5 и более пациентов. Нам нужно летать в регионы и мы это делаем по плану.

В.А. Шадеркина: *Скажите, пожалуйста, как в Вашей стране становятся урологами?*

Д. Баян-Ундур: Лично я окончил Минский медицинский институт, а после этого — резидентуру в Монголии по общей хирургии. После этого я прошел урологическую резидентуру — для этого мне потребовалось учиться 10 месяцев. Сейчас мы организуем подготовку урологов в резидентуре по окончании хирургической резидентуры: сразу берем хирургов, обучаем их 6 месяцев на открытой общей урологии и еще 6 — на эндоскопической урологии. Получается, через 3 года после окончания медицинского ВУЗа они становятся урологами.

В.А. Шадеркина: *Сами студенты хотят стать урологами, это престижно?*

Д. Баян-Ундур: Если сравнивать с профилем общей хирургии, эта специальность требует проведения множества эндоскопических операций, оказания высококвалифицированной помощи, ведь к нашему направлению относятся даже пересадки почки. Поэтому многие хотели бы стать урологами. Но у нас только один центр для обучения и подготовки, поэтому в год мы выпускаем не больше десяти специалистов.

В.А. Шадеркина: *Какие урологические заболевания встречаются в Монголии наиболее часто?* ■

Д. Баян-Ундур: Пять лет назад самая высокая заболеваемость была по доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). В последние три года, однако, ситуация изменилась – на 30% выросла заболеваемость мочекаменной болезнью. Я думаю, это во многом связано с урбанизацией: население перемещается в столицу, и половина населения уже живет в Улан-Баторе. Все имеют машины, все пьют кофе, образ питания тоже сильно изменился. Раньше пили зеленый чай с молоком.

У нас действует медицинская страховка, организованная по системе трех «звеньев». Первое — это семейный врач, второе — областные и районные больницы, третье — места оказания высокотехнологичной медицинской помощи, такие как наш урологический центр. В них делают эндоскопические операции и принимают больных урологическими заболеваниями.

В.А. Шадеркина: Скажите, пожалуйста, с какими странами Вы сотрудничаете по обмену опытом в области урологии?

Д. Баян-Ундур: Мы работаем над тем, чтобы сотрудничество развивалось со всеми доступными странами. Работаем, например, с врачами из Ютты (США). Они прилетают каждый год и на месте нас обучают. Помимо этого, работаем со специалистами из Южной Кореи, Сеульского национального университета. Они также ежегодно прилетают и организуют конференции по трансплантации. Третье направление — три года назад мы начали работать с китайскими коллегами. Они прибывают с лазерными инструментами и помогают нашим больным: в дроблении камней, например. Я бы хотел, чтобы мой визит в Москву положил начало сотрудничеству с российскими коллегами. Я многое понял на этой конференции, узнал о действующем в России проекте относительно ДГПЖ. Мне очень понравилось, мы думаем об обмене опытом с российскими коллегами.

В.А. Шадеркина: Мы будем очень рады, если такое сотрудничество сложится, – думаю, оно всем пойдет на пользу. Чего бы Вы хотели пожелать российским урологам в завершение интервью?

Д. Баян-Ундур: Стараясь помочь пациентам, мы не всегда помним о собственном здоровье. Хочу пожелать крепкого здоровья и успехов урологам России и стран СНГ.

В.А. Шадеркина: Спасибо Вам большое. Передавайте взаимные пожелания монгольским урологам. Мы хотим, чтобы они знали, что в России живут и работают их друзья. ■

Республика Узбекистан: Вместе мы делаем одну большую общую работу

Своим видением нынешнего состояния урологии на территории Узбекистана и стран СНГ в интервью поделился д. м. н., профессор Фархад Атауллаевич Акилов — главный уролог Минздрава Республики Узбекистан и директор Республиканского специализированного центра урологии.



В.А. Шадеркина: Фархад Атауллаевич, Вы являетесь одним из основателей узбекской урологии. Как вы стали урологом?

Ф.А. Акилов: Наверное, правильное будет назвать основателями наших учителей, но и нашим поколением был внесен большой вклад в становление ■

современной урологии. Я окончил Ташкентский медицинский институт в 1978 году. Конечно, все молодые студенты хотят быть хирургами. Спроси любого – «кем ты хочешь быть?» — ответят «хирургом». А ведь медицинских специальностей более 80, и это основные. В процессе обучения начинаешь понимать, что будущее – за современными технологиями – диагностическими и лечебными. На тот период наиболее перспективным направлением, с позиции студента мединститута, была трансплантация органов, под которой в первую очередь подразумевалась трансплантация почки. Также рассматривались различные варианты заместительной терапии, в первую очередь, технологичные, такие как экстракорпоральное очищение крови и гемодиализ. Все эти техники были связаны с кафедрой урологии. Наверное, это повлияло на мой выбор, о котором я нисколько не жалею.

Мне пришлось в течение примерно восьми лет заниматься проблемами, в основном, острой почечной недостаточности (ОПН), а в Центрально-Азиатском регионе она имеет свою специфику. Основным этиологическим фактором ОПН тогда было акушерское кровотечение: все-таки, в Центральной Азии традиционно высокая рождаемость. Вместе с высоким процентом экстрагенитальной патологии все это приводило к тому, что молодые женщины в ходе родов или в ближайшем послеродовом периоде теряли большое количество крови и развивалась ОПН. Я летал по санавиации и собирал таких больных не только из Узбекистана, но из некоторых районов сопредельных республик, привязанных к нам. У нас были достигнуты определенные успехи, имелись свои наработки, и это легло в основу моей кандидатской диссертации об усовершенствовании и улучшении результатов комплексного лечения больных ОПН. А дальше происходило все более глубокое внедрение в урологию.

Я с удовольствием хочу отметить роль своего учителя, это выдающийся ученый и организатор Дмитрий Львович Арустамов, который заложил основы современной урологии не только в Узбекистане, но и во всей Центральной Азии. Именно при его организационном участии и под его непосредственным руководством была выполнена первая эндоскопическая чрескожная операция в Узбекистане, она же вторая или третья во всем Советском Союзе. Также под его руководством была выполнена первая трансуретральная резекция предстательной железы. Мы были свидетелями и участниками всех этих процессов – в течение 12 лет я возглавляю Республиканский специализированный центр урологии и могу ответственно сказать, что теперь у нас все эти операции не просто постав-



лены на поток — мы их выполняем тысячами, они стали рутинными. Но когда-то нужно было выполнить первую операцию, и инициатором этого стал Дмитрий Львович Арустамов.

Это касается не только новых технологий, но также разнообразных методов диагностики, среди которых уродинамические исследования, лабораторные, сосудистые, ангиографические... Мы выполнили первую эмболизацию почечной артерии, внедрили эндоваскулярные методы лечения варикоцеле у мальчиков и целый ряд других методик. Конечно же, команда, которую создал Дмитрий Львович, мы, его ученики, постарались эту эстафету не прервать. Так что основная тенденция у нас на сегодня — постоянное и все более широкое внедрение современных методов диагностики и лечения урологических заболеваний шаг за шагом.

В.А. Шадеркина: *А у вас много учеников?*

Ф.А. Акилов: Это сложный вопрос. Я, наверное, еще не закончил процесс их подготовки. Есть над чем работать.

В.А. Шадеркина: *Какие направления урологии сейчас в приоритете?*

Ф.А. Акилов: Приоритеты в урологии для нас не меняются, меняются только названия. Сегодня мы всячески развиваем лапароскопические операции. Также это онкоурология, это мочекаменная болезнь. Без ложной скромности я могу сказать, что на сегодня больных с мочекаменной болезнью в 90 с лишним процентах случаев мы оперируем эндоскопическим путем. Независимо от формы, размера, локализации камней. Это касается и первичного, и рецидивного камнеобразования. То есть, в принципе, наши показатели не уступают самым лучшим европейским, хотя все еще сохраняется определенный процент больных, которых приходится оперировать открытым способом. Но это, как правило, запущенные сложные ситуации, где речь идет об органосохраняющей хирургии. В этом, наверное, есть и доля нашей вины. Видимо, в свое время была проведена недостаточная работа по санпросвету, пациенты были недостаточно проинформированы. Все это вместе приводит к тому, что приходится иметь дело с запущенными пациентами. ■

В.А. Шадеркина: *Изменилась ли как-то структура урологической заболеваемости в республике за последние годы?*

Ф.А. Акилов: Да, изменилась. Кстати, еще среди основоположников урологии в Центральной Азии я с удовольствием хочу отметить профессоров Шухрата Турсуновича Мухтарова, Татьяну Николаевну Позднякову, Николая Ивановича Тарасова, заведовавшего клиникой в Ашхабаде. Там же он написал монографию о мочекаменной болезни, которая по сей день не потеряла своей актуальности.

В нашем регионе мочекаменная болезнь считалась и считается краевой патологией. Причины тому — это целый ряд факторов внешней среды, в первую очередь, сухой жаркий климат, особенности минерального состава воды, очень высокий процент ультрафиолетовой инсоляции: у нас порядка 320 солнечных дней в году. В итоге происходит гипервитаминоз D, нарушение обмена кальция и фосфора, поэтому мочекаменная болезнь у нас всегда была, есть и, мне кажется, будет. Я думаю, это вообще проблема номер один для нашей урологии.

Но урбанизация, улучшение условий жизни — общемировые тенденции. Они имеют место и у нас, независимо от региона. Это влечет за собой повышение продолжительности жизни. В первый год независимости республики, в 1991 году, по данным статистики, средняя продолжительность жизни в Узбекистане составляла 67 лет. Сегодня этот показатель достиг 73 лет, а для женщин — 75. Значит, есть пациенты, которые доживают до 80 лет и более. Когда мы начали ездить по миру, появилась возможность ознакомиться с деятельностью наших коллег в передовых клиниках ведущих стран, будь то США, Европейские государства или Япония. Меня всегда поражало то, что они оперируют больных очень пожилого и преклонного возраста.

Как-то в одной из токийских клиник я видел пациента, которого только что выкатили из операционной. Ему сделали операцию на предстательной железе, и ему было 93 года. По тем установкам советского времени, на которых мы выросли, преклонный возраст считался противопоказанием к хирургическим вмешательствам как таковой. Сегодня это стало нашей повседневной практикой, мы оперируем мужчин 80, 85 лет и старше, и это нормально. То есть, наверное, основная задача современной медицины — обеспечить не только высокую продолжительность жизни, но и ее качество. Если человек живет долго, он должен не прозябать,



не существовать, а жить соответствующей активной жизнью, чтобы старость была в радость.

Конечно, увеличение продолжительности жизни становится причиной и того, что у нас из года в год увеличивается количество больных с онкологическими заболеваниями. Сегодня современная урология постепенно перетекает в уроонкологию. Если оценить тенденции, скажем, в европейских урологических клиниках, то основную часть там составляют больные с онкологическими проблемами. Это течение видно и в наших клиниках. У нас продолжает сохраняться высокий процент больных с мочекаменной болезнью, сохраняется проблема резистентных инфекций мочевых путей, но в то же время растет число онкологических больных. И, конечно, в первую очередь, наша задача — насколько возможно более ранняя диагностика: чем раньше поставили диагноз, тем более эффективно и с меньшими затратами мы можем заняться лечением этих больных.

Но урология — это хирургическая специальность. И основным методом лечения является оперативное вмешательство. Мне кажется, сегодня основной тренд урологии как клинической дисциплины — нанесение минимальной травмы пациенту в сочетании с обеспечением высокой эффективности операции. Это эндоскопические лечебные и диагностические технологии, вмешательства через естественные пути и посредством минимального доступа. Мы сегодня внедрили практически весь спектр лапароскопических и ретроперитонеоскопических операций. Если в первые годы мы начинали, в основном, с диагностических процедур или с органоуносящих операций там, где речь шла о первичных неосложненных больных, то сегодня на повестке дня широкое внедрение реконструктивных эндоскопических операций. Это касается и врожденных аномалий, и приобретенных патологий, которые требуют реконструктивно-восстановительных операций.

В этом плане мы очень широко сотрудничаем с коллегами — в первую очередь, конечно, с российскими. Традиционно это московский НИИ урологии, который сегодня носит имя нашего учителя академика Николая Алексеевича Лопаткина, Первый мед, МГУ имени Ломоносова, где сегодня восстановили медицинский факультет. Клиники этих учреждений возглавляются нашими коллегами и близкими друзьями, со многими из них мы вместе выросли и прошли этап становления. Наверное, нашим главным достижением является то, что мы смогли сохранить дружеские контакты, и это во многом помогает ■

нам в подготовке молодого поколения специалистов-урологов, носителей уже современных технологий.

Параллельно мы сотрудничаем с Европейской ассоциацией урологов, регулярно проводим европейские школы. Последняя школа у нас прошла в 2017 году, она была посвящена вопросам малоинвазивных вмешательств при онкологических урологических заболеваниях. Выступить модератором этой школы мы пригласили профессора Антонио Алькараса из Испании. Это не первый его визит, он очень любит приезжать и проводить мастер-классы не только в Ташкенте, но и в наших региональных центрах. То есть мы пытаемся идти в ногу со временем. нынешний, 2018 год — ответственный для нас, мы планируем провести очередной съезд урологов Узбекистана, уже пятый по счету. Мы надеемся, что наши коллеги и друзья придут к нам в гости и примут участие в работе нашего форума, — мы народ очень гостеприимный.

В.А. Шадеркина: Очень хорошо, когда есть планы, тем более такие профессиональные и продуманные. Скажите, а чем полезно членство в Ассоциации урологов Узбекистана?

Ф.А. Акилов: Это важная проблема, поскольку мы уже неоднократно обсуждали вопрос, в частности, с Николаем Алексеевичем Лопаткиным, который долгое время возглавлял Научное общество урологов СССР, а потом общество в Российской Федерации. Многократно поднимался вопрос создания на постсоветском пространстве ассоциации урологов наподобие европейской. В первую очередь, во главу угла ставился образовательный компонент. Ведь, к сожалению, на постсоветском пространстве у нас есть одна большая общая беда: очень мало специалистов, знающих иностранный язык. Вся современная литература, как правило, выходит на английском.

Под эгидой Николая Алексеевича мы все-таки успели создать Ассоциацию урологов СНГ, которую возглавляет сегодня Олег Иванович Аполихин. Ее основная задача — развитие образовательного компонента. Те знания, те рекомендации, которые сегодня имеются, необходимо донести до рядовых урологов, которые имеют ограниченный доступ к информации. Скажем, в Научном обществе урологов Узбекистана, которое я возглавляю, я определил в качестве приоритета образовательную работу. На съезде каждое заседание посвящено какой-то

актуальной проблеме, и докладчики в своих рассказах держатся рамок, задаваемых современными европейскими и американскими рекомендациями. Эти рекомендации выработаны экспертами в своих областях, — так что разумно ими воспользоваться. Это, конечно, не догма, и с учетом своих диагностических и лечебных возможностей каждый госпиталь, каждая клиника составляет свои собственные алгоритмы, опираясь на знания, почерпнутые из рекомендаций.

У нас ведется объемная работа и над собственными рекомендациями. Первое издание мы опубликовали и распространили среди практикующих врачей еще в 2006 году. Мы их обновляем не каждый год, — думаю, нет такой необходимости. Но где-то с периодичностью раз в 5 лет обновление происходит. Последнее мы подготовили в 2017 году, и новые рекомендации как раз будут утверждены на съезде. Работа в этом направлении является, на мой взгляд, задачей нашего общества. Молодые и будущие врачи — ординаторы, студенты магистратуры — являются полноценными членами общества и получают полный доступ к современным источникам, касающимся сегодняшних процессов к диагностике и лечению наиболее распространенных урологических заболеваний.

В.А. Шадеркина: Скажите, пожалуйста, чего бы вы могли пожелать российским урологам.

Ф.А. Акилов: Успехов, дальнейшего процветания и дальнейшего развития. Мы не видим себя в отрыве от деятельности наших российских коллег, поскольку работаем в постоянном контакте, и все самые обширные планы у нас — общие. Сейчас мы готовимся к проведению первого тематического съезда урологов стран СНГ. Ассоциация создана, организационный съезд проведен. Теперь мы собираемся для того, чтобы обсудить конкретные вопросы. Чтобы, наконец, Ассоциация урологов СНГ начала путь к реализации тех задач, которые были заложены при ее основании. Мне кажется, национальные сообщества должны видеть себя в качестве ячеек этой большой ассоциации. Работа должна координироваться после того, как будут приняты совместные решения. Поэтому, пожелав успехов российским урологам, мы опосредованно желаем этих успехов и себе. Вместе мы делаем одну большую общую работу. ■

Хронический абактериальный простатит: дополнительные возможности физиотерапии

Хронический абактериальный простатит (синдром хронической тазовой боли, ХАП/СХБТ), характеризующийся упорным течением и крайней устойчивостью к терапии, продолжает оставаться предметом профессиональных дискуссий. Согласно урологи достигли лишь в том, что лечение ХАП должно быть направлено на все звенья этиологии, патогенеза, а также устранять клинические проявления заболевания.

Несмотря на достаточно большой спектр лечебных подходов, полностью избавить пациента от ХАП/СХБТ удастся не всегда. Поэтому актуальной задачей является устранение симптомов, продление асимптомного периода, улучшение качества жизни пациентов.

Зарубежные клинические рекомендации (EAU, AUA, 2017 г) говорят о том, что критериям доказательной медицины соответствует применение альфа-1-адреноблокаторов, антибиотиков и некоторых фитопрепаратов. Эмпирически могут быть назначены нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), обезболивающие препараты, фитотерапия, ингибиторы 5-альфа-редуктазы, термотерапия, психотерапия и альтернативные методики и т.д.

Российские урологи традиционно дополняют лечение ХАП/СХБТ физиотерапевтическим воздействием и массажем предстательной железы. В публикациях 90х гг (Perachino et al, 1993; Sahin, et.al., 1998) предполагается, что нагревание простаты, возможно, ускоряет естественное разрешение воспалительных процессов, ускоряет образование фиброзных и рубцовых стриктур в очаге хронического воспаления, повреждает афферентные нервные волокна, отвечающие за боль.

В зарубежной литературе приведены результаты некоторых неконтролируемых исследований по использованию термотерапии, в которых было отмечено улучшение у 75% пациентов, получавших трансректальную микроволновую терапию (ТрМТ) по сравнению с 52% пациентами контрольной группы. Montorsi F. и коллеги еще в 1993 году в журнале Prostatae представили эффекты ТрМТ на группе 54 пациентов с ХАБ, резистентным к нескольким курсам стандартной терапии.

В России также была предпринята попытка выяснить эффективность инфракрасного излучения и термического воздействия, подводимых трансректально, на простату, и их комбинации с магнитным и механическим воздействием. С этой целью была применена урологическая физиотерапевтическая система «СМАРТ-ПРОСТ» - система таргетной физиотерапии простаты, позволяющая осуществлять одновре-

менно или выборочно 4 вида воздействия на простату трансректально (Сравнительное клиническое рандомизированное исследования эффективности и безопасности прибора медицинского физиотерапевтического “Урологическая физиотерапевтическая система “СМАРТ-ПРОСТ” в комплексной терапии пациентов с хроническим абактериальным простатитом (Федеральное государственное бюджетное учреждение «НИИ Урологии» Минздрава России. 04.04.2014).

В НИИ Урологии МЗ РФ им. Н.А. Лопаткина весной 2014 было проведено плацебо-контролируемое клиническое исследование, в котором приняли участие 90 пациентов с хроническим абактериальным простатитом (NIDDK/NIH категории, IIIA и IIIB и имеющие не менее 19 баллов по шкале NIH-CPSI), в которых стандартная терапия, проводимая в течение не менее 6 месяцев, была неэффективна. Данное исследование явилось статистически достоверным. В ходе исследования численно измерялся ряд параметров состояния пациентов до и после лечения.

Первая основная группа (30 человек) - пациенты, получавшей стандартное лечение и физиотерапию аппаратом «СМАРТ-ПРОСТ» в режиме инфракрасного излучения и термического воздействия на предстательную железу.

Вторая основная группа (30 человек) - пациенты, получавшей стандартное лечение и физиотерапию аппаратом «СМАРТ-ПРОСТ» в режиме инфракрасного, термического, механического и магнитного воздействия на предстательную железу.

Контрольная группа (30 человек) - пациенты, получавшей стандартное лечение и плацебо/шам* (аппарат «СМАРТ-ПРОСТ» с работающими дисплеями, но с отключенными физиотерапевтическими воздействиями – 10 сеансов).

Общая длительность лечения составила 30 дней. Стандартная терапия включала ципрофлоксацин в течение 28 дней и тамсулозин 30 дней. Результаты исследования показали: ■

Среднее количество остаточной мочи

Группа	До лечения	После лечения
I Основная группа	36,3 мл	14,5 мл
II Основная группа	35,7 мл	9,5 мл
Контрольная группа	43 мл	31,7 мл

Среднее значение максимальной скорости мочеиспускания

Группа	До лечения	После лечения
I Основная группа	13,5 мл/с	17,8 мл/с
II Основная группа	14,7 мл/с	22,3 мл/с
Контрольная группа	14,8 мл/с	16,3 мл/с

Среднее значение количества лейкоцитов в секрете простаты (в поле зрения)

Группа	До лечения	После лечения
I Основная группа	6,2 в п/зр	2,6 в п/зр
II Основная группа	7,3 в п/зр	1,27 в п/зр
Контрольная группа	7,3 в п/зр	6,5 в п/зр

По результатам исследования трансректальное воздействие на простату инфракрасного излучения совместно с термическим воздействием имеет статистически достоверное положительное влияние при лечении ХАП.

Трансректальное использование 4х видов воздействий (инфракрасного, термического, механического и магнитного) на предстательную железу, проводимых одновременно, является значительно более эффективным и может быть применено в составе комплексной терапии.

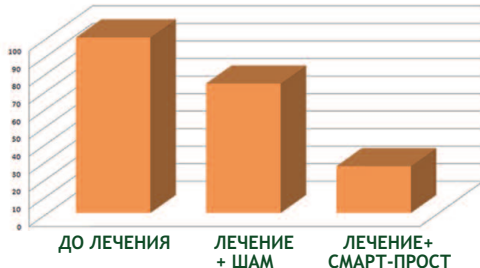
Сравнение эффективности лечения со СМАРТ-ПРОСТ и шам:

Группа	Снижение уровня лейкоцитов	Снижение остаточной мочи	Увеличение скорости мочеиспускания
II Основная группа	83%	84%	84%
Контрольная группа - шам	11%	27%	27%
Улучшение со СМАРТ-ПРОСТ	7,5 раза	3,1 раза	3,1 раза

Уровень лейкоцитов в секрете простаты (в поле зрения) индикатор воспаления и эффективности лечения



Уровень остаточной мочи



Применение СМАРТ-ПРОСТ в комплексном лечении простатита:

- Уровень лейкоцитов в секрете простаты у пациентов, лечившихся с применением физиотерапии был в 5 раз ниже, чем у пациентов, которые применяли только стандартное лечение и шам физиотерапию (аппарат с отключенными воздействиями, но работающими дисплеями).

- Физиотерапия также позволила увеличить скорость мочеиспускания почти в 1.5 раза, а количество остаточной мочи снизить в 3.7 раза в сравнении с 1.1 раза и 1.3 при лечении без физиотерапии.

Терапия СМАРТ-ПРОСТ признана безопасным и хорошо переносимым методом лечения, который позволяет уменьшить боли, дизурические явления, тем самым улучшая качество жизни пациентов.

По результатам клинического исследования аппарат СМАРТ-ПРОСТ может применяться в составе комплексной терапии для лечения пациентов с хроническим простатитом как в кабинете врача, так и пациентом на дому под контролем врача. ■

Материал подготовлен Ассоциацией медицинских журналистов

*Sham - шам = плацебо прибора – прим. Редакции



SMARTPROST

СОВРЕМЕННЫЙ КОМПАКТНЫЙ АППАРАТ ДЛЯ ФИЗИОТЕРАПИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

для профессионального и личного применения



Рег. уд. № РЗН 2013/82 от 07.12.2015

Эффективность аппарата SMART-ПРОСТ подтверждена слепым, плацебо-контролируемым клиническим исследованием НИИ УРОЛОГИИ МЗ РФ (04.04.2014 г.), в котором приняли участие 90 пациентов. Результаты лечения основной группы пациентов, получавшей стандартное лечение и физиотерапию SMART-ПРОСТ, и контрольной группы пациентов, получавшей стандартное лечение и плацебо (аппарат SMART-ПРОСТ с работающими дисплеями, но с отключенными физиотерапевтическими воздействиями) кратно отличаются. Основная группа / контрольная группа:

Снижение лейкоцитов
в секрете простаты (%)

83 / 11

Уменьшение объема
остаточной мочи (%)

74 / 27

Увеличение скорости
мочеиспускания (%)

52 / 10



4 воздействия на простату одновременно или в любых комбинациях

1. ИК 940 нм (проникает в толщу простаты)
2. Магнитное поле – 10 мТл, 0-100 Гц
3. Вибрация – 10 уровней, 32 вида
4. Нагрев – 10 уровней

www.smartprost.ru, info@smartprost.ru
+7 (499) 340-25-14

ООО "ФИЛИ-МЕДТЕХНИКА", Россия, 121170 Москва,
Кутузовский проезд, д. 16, стр. 4А, часть пом. 22

Рекомендованная цена
18700 руб.

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)



Редакция дайджеста:

- »» Главный редактор Аполихин Олег Иванович, чл.-корр. РАН, 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:
 - Красняк Степан Сергеевич
 - Зеленская Мария Петровна
 - Болдырева Юлия Георгиевна
 - Коршунов Максим Николаевич
- »» Дизайн и верстка Белова Оксана Анатольевна
- »» Корректор Болдырева Юлия Георгиевна

Тираж 7000 экземпляров

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: 111020 Москва, ул. Боровая 18, офис 104

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»