

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ:

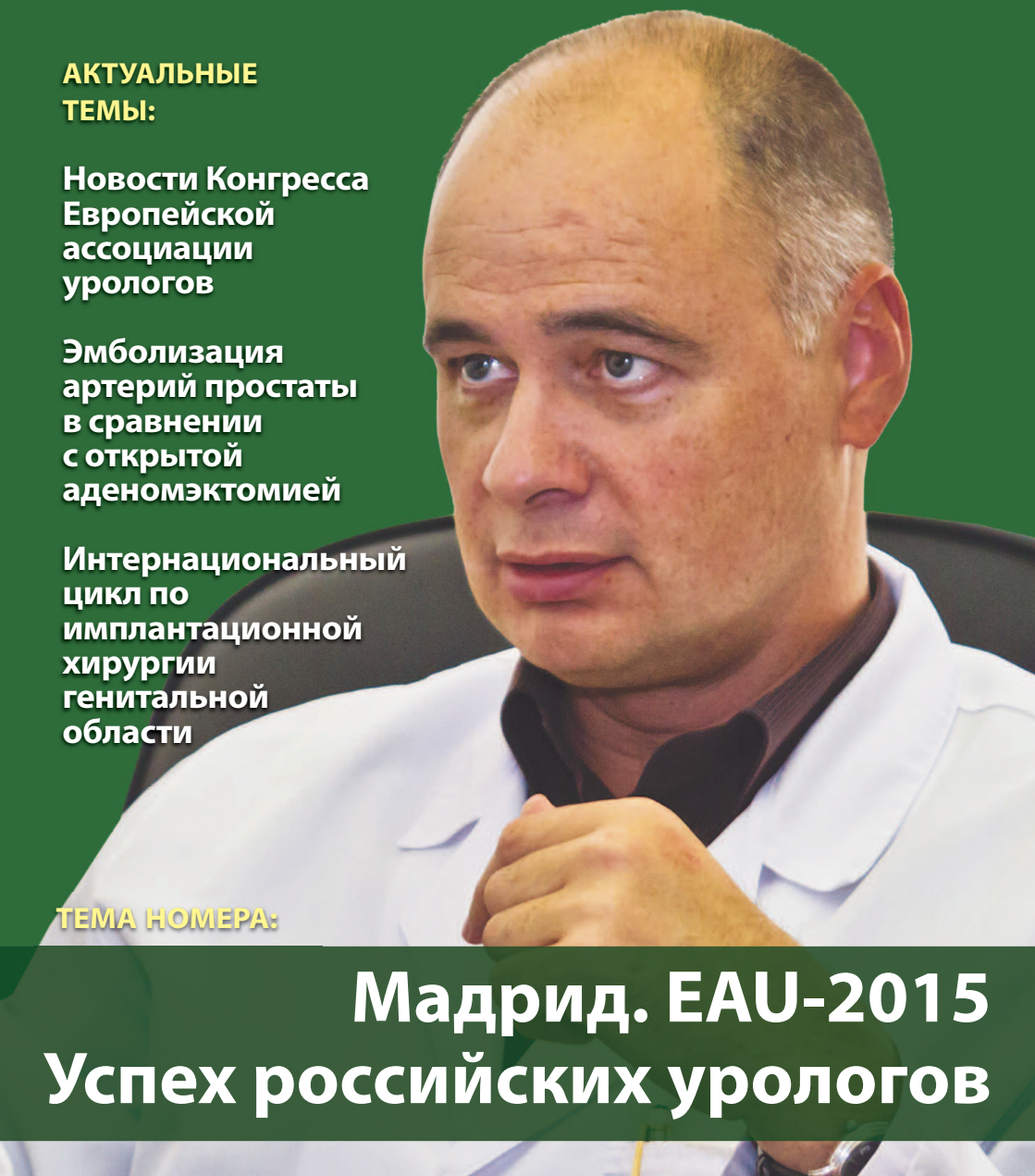
**Новости Конгресса
Европейской
ассоциации
урологов**

**Эмболизация
артерий простаты
в сравнении
с открытой
аденомэктомией**

**Интернациональный
цикл по
имплантационной
хирургии
генитальной
области**

ТЕМА НОМЕРА:

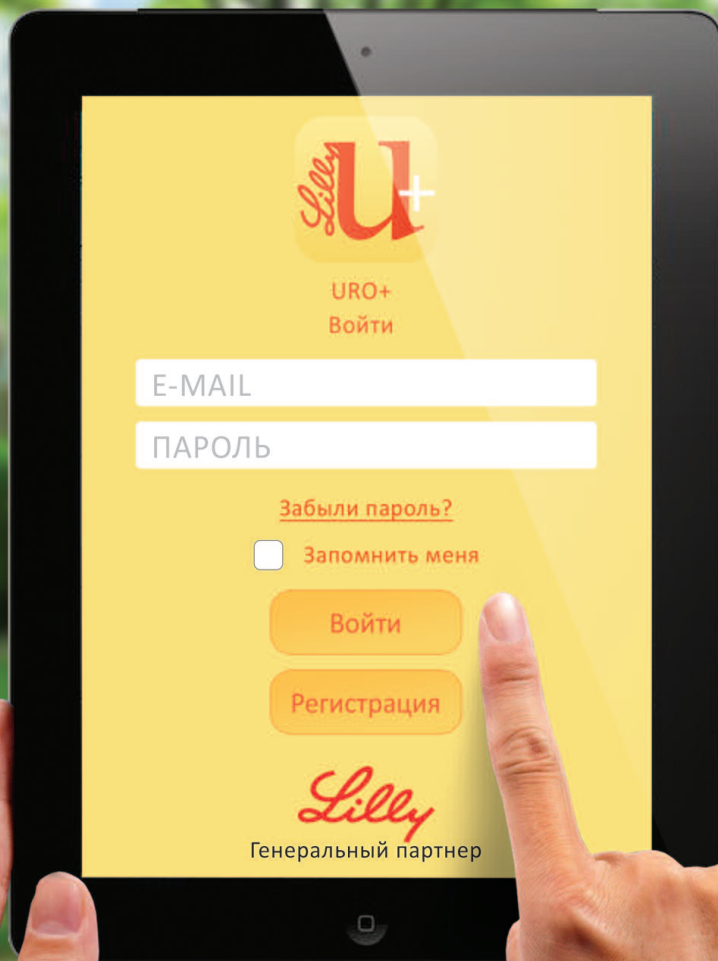
**Мадрид. EAU-2015
Успех российских урологов**





Мобильное приложение для урологов

*Всегда в курсе всех
урологических новостей!*



App Store



Google play

Тема номера: Мадрид. EAU-2015 Конгресс Европейской ассоциации урологов	
•»	Эмболизация артерий простаты в сравнении с открытой аденомэктомией: анализ функциональных результатов после 1 года наблюдения 2
•»	Увеличенная простата: скальпель или лазер?.....6
•»	Оптимальные пути выявления костных метастазов8
•»	Рецидив рака предстательной железы и курение: есть ли связь?10
•»	Робот-ассистированная радикальная цистэктомия не признана новым стандартом лечения..... 12
•»	Таргетная терапия рака простаты 14
•»	Качество жизни после операции и радиотерапии. 16
•»	Новый уровень скрининга РПЖ: сочетание МРТ с традиционными методами диагностики. 18
•»	Новые методы в хирургии и антибиотикорезистентность 20
•»	Экономические затраты, связанные с недержанием мочи после операций на предстательной железе 22
•»	Нормальная эректильная функция после РПЭ восстанавливается реже, чем считалось..... 24
•»	Новые требования к наблюдению молодых мужчин, перенесших РПЭ..... 26
•»	Тенденции в лечении рака мочевого пузыря..... 28
•»	Мочекаменная болезнь: чего хотят пациенты?..... 30
•»	Международный форум «Новые горизонты репродуктивного здоровья»... 34
•»	Интернациональный цикл по имплантационной хирургии генитальной области 38
•»	Заместительная гормональная терапия тестостероном при гипогонадизме не повышает риск развития рака простаты 40
•»	Федеральные клиники станут площадкой для проведения клинических испытаний 42
•»	«Органическая пленка» консервирует вирусы на медицинских приборах и заражает пациентов 44
•»	Новый метод диагностики РПЖ оценивает агрессивность заболевания 46
•»	Физические нагрузки снижают риск смертельного исхода у мужчин с локализованным раком простаты..... 48
•»	ВЦИОМ: растет спрос на платные медицинские услуги 49
•»	Минтруд запретил снижать компенсации медикам за вредность 50
•»	В 40 регионах России медики ждут сокращения 51
•»	Продолжительность жизни россиян достигла 71,6 года 52
•»	Электронную медкарту до конца года получают 2 млн москвичей 54
•»	Порядок ознакомления пациентов с медицинской документацией 55
•»	В 2014 году в России сокращено 50 тысяч больничных коек 56
•»	Подогрев сидений в автомобиле опасен для мужчин!..... 57
•»	Сентябрь 2015 год: выдача образовательных сертификатов для врачей..... 58
•»	Аудитор: Сокращения не делают медицинскую помощь доступнее..... 60
•»	В. Скворцова: результаты работы системы здравоохранения за 2014 год..... 62
•»	Производитель Андрогеля получает иски от пациентов..... 64
•»	Анонс курса дистанционного обучения по детской урологии..... 65

EAU15 | MADRID

20-24 March 2015

Sharing knowledge - Raising the level of urological care

Мадрид-2015. Конгресс Европейской ассоциации урологов

Эмболизация артерий простаты в сравнении с открытой аденомэктомией: анализ функциональных результатов после 1 года наблюдения



Д.Г. Курбатов
д. м. н., профессор, руководитель
отделения андрологии и урологии
ФГУ «Эндокринологический
Научный Центр»
Москва

Хирургическое лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) больших размеров в настоящее время эволюционирует от традиционной открытой аденомэктомии (ОАЭ) к минимально инвазивным хирургическим методам лечения, таким как трансуретральная резекция, лазерная вапоризация или гольмиевая энуклеация, а также эмболизация артерий предстательной железы (РЭВОАП). Целью нашего исследования было сравнение хирургических, функциональных параметров и осложнений ОАЭ и РЭВОАП.



Материалы и методы

С января 2006 года по январь 2013 года мы провели проспективный анализ данных 120 наблюдаемых больных с симптомами поражения нижних мочевыводящих путей (LUTS, Lower Urinary Tract Symptoms) вследствие ДГПЖ. Было проведено сравнение в 2-х группах, сопоставимых по возрасту, индексу массы тела, уровню ПСА, объему простаты, пиковой скорости потока мочи, объему остаточной мочи, данным опросников IPSS, МИЭФ-5 и дооперационному уровню гемоглобина. Первая группа включала 40 пациентов после ОАЭ, вторая – 80 после РЭВОАП. Все операции ОАЭ проводились на базе ка-

федр урологии Университета Катании (Катания, Италия), а все процедуры по РЭВОАП выполнялись на базе отделения Андрологии и Урологии ФГБУ ЭНЦ МЗ РФ (Москва, Россия). РЭВОАП проводились, как уже сообщалось ранее профессором, д.м.н. Курбатовым Д.Г. с его коллегами. Первыми конечными точками исследования были результаты сравнений данных IPSS, МИЭФ-5, пиковой скорости потока мочи, объема остаточной мочи и IPSS-QoL (качество жизни) через 1 год наблюдения. Второй конечной точкой было сравнение послеоперационных уровней гемоглобина, длительности катетеризации и продолжительности госпитализации. ■

Результаты

Средний возраст пациентов составил 67,5 (IQR: 64.0-72.0) в группе ОАЭ и 65,0 (IQR: 63.0-71.75) в группе РЭВОАП. Средний объем простаты был 102,0 (IQR: 95.0-117.0) в группе ОАЭ и 108.0 (IQR: 99.25-128.75) в группе РЭВОАП. Медиана IPSS составила 23,0 (IQR: 21.0-28.0) в группе ОАЭ и 22,5 (IQR: 18.25-29.75) в группе РЭВОАП. Группы были также сопоставимы по ИМТ, пиковой скорости потока мочи, объему остаточной мочи, МИЭФ-5, уровню ПСА, предоперационным ПСА, IPSS-QoL и индексу коморбидности Charlson. В парных сравнениях показано более высокое значение послеоперационного гемоглобина (мг/дл) (14,4 против 11,0, $p < 0,05$) и снижение продолжительности госпитализации (2,0 против 9,0, $p < 0,05$) и длительности катетеризации (0,0 против 7,0; $p < 0,05$) для группы РЭВОАП. Что касается первичной конечной точки, мы обнаружили, снижение показателей IPSS через 1 год (5,0 против 9,0; $p < 0,05$), остаточной мочи через 1 год (0,0 против 20,0; $p < 0,05$), уровня ПСА через 1 год (0,89 против 2,1; $p < 0,05$), IPSS-QoL (0,0 против 3,0; $p < 0,05$) и МИЭФ-5 через 1 год (14,0 против 15,0; $p < 0,05$) для группы ОАЭ. Похожие результаты, касающиеся пиковой скорости потока мочи через 1 год (18,4 vs. 17,5; $p = 0,34$) для ОАЭ против РЭВОАП. Многомерный логистический регрес-

сионный анализ с поправкой на пред- и периоперационные переменные, показал, что РЭВОАП ассоциируется с постоянными симптомами после 1 года ($IPSS \geq 8$) (OR: 12.44 [95% CI: 5.5-12.89]; $p < 0,05$) и пиковой скорости потока мочи через 1 год ≤ 15 мл /с (OR: 4,95 [95% CI: 1.73-14.15]; $p < 0,05$). В послеоперационном периоде, 5 (12,5%) больным в группе ОАЭ требовалось переливание крови. Только 1 пациент (1,25%) из группы РЭВОАП предъявлял жалобы на гемоспермию в течение первых 4 недель. Меньшее количество осложнений было зафиксировано в группе РЭВОАП по сравнению с группой ОАЭ (11,25% против 42,5%; $p < 0,05$). Группа РЭВОАП имеет меньший показатель по классификации осложнений Clavier по сравнению с группой ОП (1,25% против 12,5%, $p < 0,05$).

Выводы

Выполнение РЭВОАП должна быть проведена пациентам по строгим показаниям. РЭВОАП является минимально инвазивным методом, не связанным с катетеризацией мочевого пузыря, меньшей продолжительностью госпитализации и неизменными показателями послеоперационного гемоглобина. Однако, после проведенной РЭВОАП может сохраняться симптоматика нижних мочевых путей по данным анкетирования ($IPSS \geq 8$) с низкой пиковой скоростью потока мочи ≤ 15 мл/с. ■

Материал подготовили:

Russo G.I.¹, Kurbatov D.G.², Sansalone S.³, Lepetukhin A.², Dubsky S.2, Sitkin I.², Rozhivanov R.², Salamone C.¹, Fiorino L.¹, Cimino S.¹, Morgia G.¹

¹ University of Catania, Dept. of Urology, Catania, Italy,

² Endocrinological Research Centre, Dept. Andrological and Urological, Moscow, Russia

³ Tor Vergata University, Dept. of Experimental Medicine and Surgery, Rome, Italy

Постер профессора Дмитрия Геннадьевича Курбатова, представленный на EAU-2015 в Мадриде и посвященный эмболизации артерий простаты, признан лучшим!

Коллектив Uroweb.ru и Дайджеста урологии поздравляет профессора, его российскую команду и итальянских коллег, принявших участие в совместной работе.

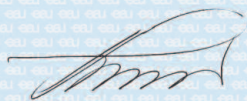
Certificate

The European Association of Urology acknowledges the selection of the Best Poster in Poster Session 47: "Minimally-invasive therapy of bladder outlet obstruction revisited"

G.I. Russo

for the abstract entitled: "Prostatic arterial embolization vs open prostatectomy: A matched-pair analysis of functional outcomes and morbidities after 1-year of follow-up"

at the time of the 30th Annual Congress of the European Association of Urology, 20-24 March 2015, Madrid, Spain



Prof. P.-A. Abrahamsson
EAU Secretary General



Prof. A. Stenzl
Chairman Scientific Congress Office

PO Box 3006
6803 AA Arnhem
The Netherlands
T +31 (0) 26 389 0680
F +31 (0) 26 389 0674
eau@uroweb.org
www.uroweb.org



**European
Association
of Urology**

Увеличенная простата: скальпель или лазер?

Тематическая сессия, посвященная симптомам нижних мочевых путей (СНМП) у мужчин, прошла на ежегодном конгрессе Европейского общества урологов, который работал в Мадриде 20–24 марта 2015 года. Узнать о вопросах, связанных с СНМП, а также новых методах лечения, собралась достаточно большая аудитория специалистов.

Жан-Николя Корню (Франция) рассказал о новейших исследованиях и находках в области эндоскопической хирургии при лечении доброкачественных обструкций. Он представил данные по открытой простатэктомии, энуклеации гольмиевым лазером и вапоризации зеленым лазером, подчеркнув при этом, что другие виды лазеров, а также биполярная трансуретральная резекция (ТУР) и биполярная энуклеация не имеют достаточных оснований, чтобы считаться лучшими методами лечения.

Корню признал, что, хотя существуют доказательства 1 уровня для энуклеации гольмиевым лазером, сама процедура на сегодня доступна далеко не везде. Кроме того, требуются сравнительные данные по зеленому и гольмиевому лазером, основанные на долгосрочном наблюдении. По его оценкам, новые хирургические технологии могут также использоваться при лечении увеличенной простаты, для чего до недавних пор применялась

только открытая простатэктомия.

«Это поле стремительно развивается, и открытая простатэктомия уже стала из «золотого стандарта» — устаревшим методом», — заявил исследователь.

Козимо де Нунцио из Италии, в свою очередь, подчеркнул важность пациент-ориентированной терапии при лечении СНМП у мужчин. Он выступает за переход к этой стратегии от подхода, ориентированного на болезнь, где в центре внимания оказывается опухоль. Взамен, считает итальянский доктор, во главу угла должен ставиться больной, нужды и проблемы его самого и его семейства. По мнению де Нунцио, это «поможет повысить уровень приверженности терапии, а также снизить распространенность обращения ко многим врачам сразу». Также он добавил, что такой подход, по его убеждению, позитивно повлияет на качество ухода за пациентами в целом. ■

Материал подготовила
Ю.Г. Болдырева



*Первая скрипка
в дистанционном
образовании!*

Непрерывное профессиональное
образование в урологии - UroEdu.ru



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

Оптимальные пути выявления костных метастазов

В прошедшей сессии конгресса Европейской ассоциации урологов (Мадрид 20–24 марта 2015 года) доктор Йохен Вальц сравнил возможности доступных сегодня методов выявления костного метастазирования.



Он начал свое выступление с обсуждения патофизиологии костных метастазов. Циркулирующие опухолевые клетки при раке предстательной железы (РПЖ) достигают костного мозга, где молекулы межклеточной адгезии, такие как CXCR4, позволяют произойти прикреплению опухолевых клеток.

Костные метастазы бывают обычно остеобластическими, остеосклеротическими или смешанными, и только в редких случаях — остеолитическими. По этой причине отображение метастазов

обычно демонстрирует повышенную плотность костной ткани и смещение костного мозга.

На сегодня принятыми методами выявления костных метастазов при РПЖ являются костная сцинтиграфия, рентген, КТ, МРТ и ПЭТ. Доктор Вальц представил участникам внешний вид костных метастазов при разных способах отображения. Поглощение маркированного компонента при сцинтиграфии происходит на участках костеобразования в силу высокой метаболической активности. Он также отметил, что КТ и рентген демонстрируют доказательства костной резорбции и остеогенеза (КТ — с лучшим разрешением), а потому оба чаще всего используются как подтверждающие методы в дополнение к сцинтиграфии. На МРТ изменения проявляются достаточно рано: видны смещения костного мозга, визуализируемые на T1 как участки потери сигнала на фоне высокосигнального отображения окружающего костного жира. На ПЭТ радиоактивный маркер фиксируется в участках костных поражений.



Далее доктор Вальц обозначил характеристики, важные при выборе методики. Они включают в себя диагностическую эффективность (чувствительность и специфичность), доступность, стоимость и возможность количественной оценки результатов. Что касается эффективности, МРТ обнаруживает на 22–38% больше поражений, чем сцинтиграфия, и позволяет выявить на 15–22% больше пациентов с метастазированием. Относительно ПЭТ Вальц отметил, что ПЭТ с 18F-холином демонстрирует идентификацию на 9% большего числа пациентов с метастазами кости на начальной стадии, чем сцинтиграфия. ПЭТ с 11C-холином, в свою очередь, показала выявление до 15% большего числа пациентов в случаях рецидива. Объединенный сравнительный мета-анализ МРТ, ПЭТ и костной сцинтиграфии показал, что МРТ обладает наибольшей чувствительностью в 95% по сравнению с 87% для ПЭТ и 79% для сцинтиграфии. Специфичность у МРТ и ПЭТ оказалась примерно равной на уровне 96% и 97% соответственно. Специфичность сцинтиграфии установлена на уровне 82%. Объединенная AUC для МРТ, ПЭТ и сцинтиграфии составила 0,99, 0,95 и 0,89 соответственно. На основании этих данных доктор Вальц сделал вывод о более высокой диагностической эффективности МРТ и ПЭТ по сравнению со сцинтиграфией.

Говоря о доступности, Вальц отметил, что ее уровень выше у сцинтигра-

фии, по сравнению с двумя другими методами. Что касается цены и продолжительности, данные на сегодня таковы: стоимость проведения МРТ всего тела во Франции составляет €250 а длительность процедуры — 50 минут, ПЭТ стоит €1090 и занимает 25 минут, а проведение сцинтиграфии — €170 и 15 минут. Так что по этим параметрам последняя пока выигрывает.

Доктор также заметил, что количественный анализ применим ко всем трем рассматриваемым техникам. Доступные системы — индекс сканирования кости при сцинтиграфии, критерии RECIST при выполнении МРТ и значение стандартизированного накопления (SUV) при ПЭТ. МРТ и ПЭТ обладают здесь преимуществом предоставления большего количества анатомической информации, благодаря оцениванию лимфоузлов, а также других абдоминальных и тазовых структур, помимо непосредственно костной ткани.

Подводя итоги, Вальц заключил, что каждая из имеющихся методик имеет свои преимущества и недостатки, так что выбор оптимальной техники зависит от текущих приоритетов и доступных ресурсов. С точки зрения диагностической точности выигрывает МРТ. Если же во главу угла ставятся доступность и снижение затрат, сцинтиграфия по-прежнему обеспечивает приемлемую точность по более низкой цене. ■

*Материал подготовила
Ю.Г. Болдырева*

Рецидив рака предстательной железы и курение: есть ли связь?

Курильщики, а также те, кто бросил курить менее, чем за 10 лет до лечения, в два раза более подвержены риску рецидива рака простаты после операции, чем другие категории пациентов. Так утверждают авторы нового исследования, результаты которого озвучены на XV ежегодном конгрессе Европейской ассоциации урологов, проходящем в Мадриде 20–24 марта.

Рак предстательной железы (РПЖ) — третье по распространенности онкозаболевание у мужчин в Европе. Только в 2012 году оно стало причиной летального исхода у 92 тыс. человек (9% мужской смертности в Европе). Около 30% пациентов, прошедших лечение методом радикальной простатэктомии, переносят биохимический рецидив заболевания (определяемый по возрастанию уровня простатического специфического антигена ПСА) в течение 10 лет после операции.

Международная группа специалистов из Европы и США ретроспективно оценила вероятность биохимического рецидива у 7 тыс. 191 пациента, подвергшегося удалению предстательной железы методом радикальной простатэктомии. Из них примерно треть никогда не курили (2513 человек или 34,9%), треть оказались бывшими курильщиками (2269 человек, 31,6%) и

ещё треть — активными (3409 человек, 33,5%). Эти пациенты наблюдались на протяжении в среднем 28 месяцев.

По прошествии медианы в 28 месяцев у активных курильщиков наблюдалась двойная (HR 2,26) вероятность рецидива по сравнению с никогда не курившими пациентами. Даже у тех, кто бросил курить меньше, чем 10 лет назад, обнаружился значительно более высокий уровень риска (HR 2,03, почти наравне с действующими курильщиками). Это позволяет заключить, что риск повторного возникновения РПЖ заметно снижается только у тех, кто бросил курить более 10 лет назад.

Комментирует доктор Мальте Рикен (Университетский госпиталь в Базеле, Швейцария), ведущий автор исследования: «Это новая работа, но схожие результаты уже были достигнуты ранее при изучении множества других видов рака. По существу, курение повышает риск рецидива онкологических заболе-



ваний после прохождения первой линии терапии. Уровень смертности от рака предстательной железы в Европе широко варьируется. Тот факт, что риск повторного развития рака так резко зависит от курения, может влиять на различия в показателях смертности. В целом, это просто ещё один повод не курить, но замечание о том, что после 10 лет воздержания от вредной привычки риск рецидива резко снижается, означает, что каждый, у кого обнаружен РПЖ, должен быть предупрежден: ему надо срочно бросить».

Также на эту тему высказался Пер-Андерс Абрахамссон, бывший гене-

ральный секретарь Европейской ассоциации урологов (Мальмо, Швеция): «Рак простаты — главная причина мужской смертности от онкологии в западном мире. Ряд существующих исследований рассматривает влияние диеты и окружающей среды на риски развития РПЖ. Это, однако, первое сообщение, проясняющее воздействие курения на рост вероятности биохимического рецидива. Таким образом, мы имеем еще одну вескую причину посоветовать своим пациентам отказаться от вредной привычки». ■

*Материал подготовлен
Thomas Parkhill*

Робот-ассистированная радикальная цистэктомия не признана новым стандартом лечения

Робот-ассистированная радикальная цистэктомия (РАРЦЭ) не может быть утверждена в качестве нового стандарта лечения при раке мочевого пузыря (РМП). К такому выводу пришли эксперты на заседании ежегодного конгресса Европейской ассоциации урологов, проходящего 20–24 марта 2015 года в Мадриде. В первую очередь, против РАРЦЭ играет отсутствие подтвержденных значительных преимуществ перед традиционной открытой хирургией.

«Робот-ассистированная радикальная цистэктомия применима в ряде случаев, но все еще не может рассматриваться как стандарт лечения рака мочевого пузыря. Относительно этого метода наши первоначальные ожидания пока не оправдались. Возможно, потому что в конечном итоге все зависит от хирурга, а не от его инструмента», — высказался профессор Урс Штудель из Швейцарии.

Однако позже, ознакомившись с презентациями докторов Бернарда Бохнера (США) и Н. Петера Вилькунда (Швеция), Штудель добавил, что сравнительные данные между РАРЦЭ и открытой цистэктомией могут быть обманчивы. То же относится к результатам рандомизированных исследований на эту тему.

«Хирургический опыт, а также институциональные данные тяготеют к благоприятным прогнозам при проведении робот-ассистированной или открытой цистэктомии. В целом же мы имеем информацию по большему объему пациентов, но это скрывает от взгляда негативные результаты первой кривой обучения», — заметил профессор.

В свою очередь, Бохнер отметил важность уверенности врача при исполнении той или иной техники: «Пациентам, по-

мимо прочего, стоит интересоваться у врача, какую из техник ему будет удобнее применить. В конечном итоге удобство врача — зачастую ключевой момент, как я сам убедился на практике». Единодушны эксперты оказались в том, что онкологический исход — один из решающих факторов — оказывается примерно на одном уровне при использовании обеих техник. Преимущества РАРЦ — меньшая кровопотеря и снижение объемов переливания, но им противостоят долговременность и затратность проведения операции.

На той же сессии конгресса представлены две лекции о прогрессе исследований в области рака почек и мочевого пузыря. Доктор Сет Лернер из США представил данные проекта Atlas по изучению генома рака (TCGA), в то время как Марго Герлингер из Великобритании осветила роль эволюции и мутации для почечно-клеточного рака. Клетки почечного рака крайне предрасположены к мутации, что делает их непредсказуемыми. А значит, врачам необходимо пристально отслеживать состояние своих пациентов, регулярно производя новые оценки для отметки прогресса заболевания. ■

Материал подготовила
Ю.Г. Болдырева

УРО-ГИАЛ

Эффективный препарат для внутрипузырной терапии

Показания:

- Хронический бактериальный рецидивирующий цистит
- Лучевой цистит
- Интерстициальный цистит
- Синдром болезненного мочевого пузыря (цисталгия)

Эффекты:

- Восстановление гликозаминогликанового (защитного) слоя мочевого пузыря
- Антибактериальное действие (*E. coli*, *P. aeruginosa*)
- Противовоспалительное действие (блокада действия противовоспалительных цитокинов)



Купить он-лайн: <http://03uro.ru/shop/urogial>

Телефон поддержки: +7 (499) 322-03-69

Доставка «Уро-гиал» осуществляется в течение 1-7 рабочих день в любую точку России.

Таргетная терапия рака простаты

Вместе с усовершенствованием и усложнением методов терапии, становится все более важным наличие инструментов, позволяющих врачам эффективно контролировать направленность лечения. Сегодня уже становятся реальностью методики, дающие точность на молекулярном уровне.

На второй день конгресса Европейской ассоциации урологов, проходящего в Мадриде 20–24 марта 2015 года, было озвучено несколько мыслей по этой теме. Так, профессор Фредди Хэмди (Великобритания) и Мортен Хёйер (Дания) прочли лекции о достижениях высокоточных прицельных методов в хирургии и радиотерапии, вместе давшие представление о том, каким станет самое близкое будущее этого направления. Ключевой темой в обоих докладах стала необходимость более точного таргетинга.

Хэмди рассказал о возможностях прототипа новой оптической системы, разработанной в Оксфорде. В ней объединяются свет белого спектра с инфракрасным излучением в реальном времени. В сочетании с использованием молекулярных мини-тел при ее помощи могут проводиться хирургические процедуры очень высокой точности. Профессор рассказал о численности команды разработчиков, включающей в себя инженеров и радиоло-

гов. «Над этим проектом работала широкая группа специалистов, но именно урологи лучше всего понимают нужды пациентов», — отметил он.

В свою очередь, Хёйер поднял вопрос включения тазовых лимфатических узлов в радиотерапию при раке предстательной железы (РПЖ) и мочевого пузыря: «Эффективность активной лучевой терапии тазовых лимфатических узлов при РПЖ остается недоказанной рандомизированными клиническими исследованиями, результаты ретроспективных когортных исследований также разнятся. Однако наблюдаемая низкая эффективность может объясняться неудовлетворительным отображением результатов, неверно выбранными техниками или дозами при радиотерапии».

По окончании лекции Хёйер отметил, что оптическая система, продемонстрированная командой Хэмди, может оказаться очень эффективной в сочетании с методами радиоонкологии: «При совместном применении это может

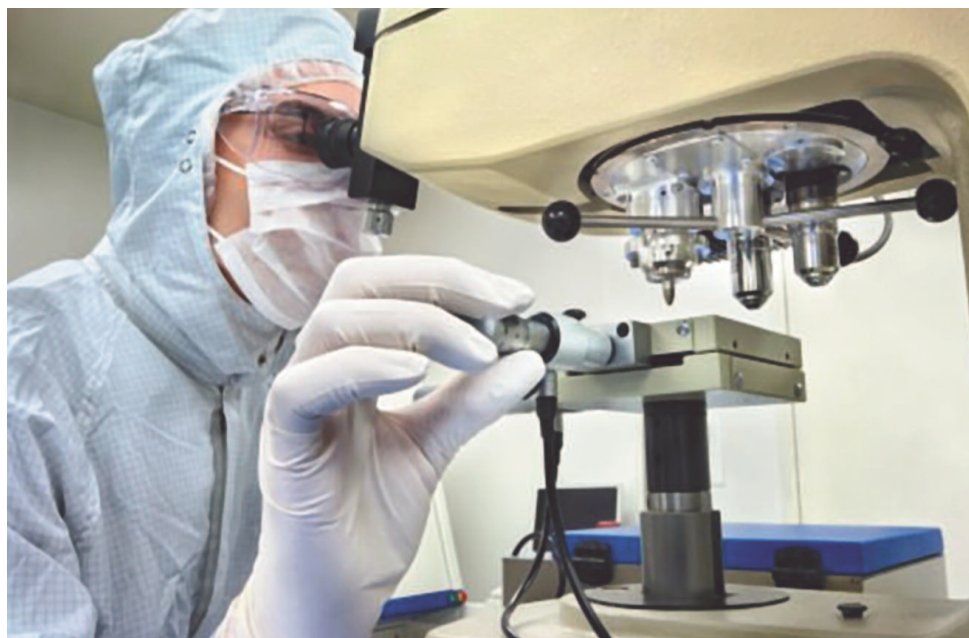


оказаться будущим как хирургической, так и радиационной онкологии. Сейчас нам необходимо акцентироваться на таргетинг, т. е. очерчивание границ, в которых мы производим хирургическое или лучевое лечение. Необходимо помнить, что конгресс урологов — это не соревнование, а напоминание о сотрудничестве, нашей общей миссии, и способ лечения должен выбираться, исходя из нужд пациента. К примеру, больных с метастазами лимфатических узлов резонно направлять на лучевую терапию, поскольку мы можем проводить избирательное воздействие на сравнительно больших участках, что недоступно хирургам. Мы можем нара-

щивать уровень воздействия в зонах высокого риска или там, где есть метастазы».

Говоря о мультидисциплинарном подходе, часто упоминаемом в связи с лечением урологической онкологии, Хейер заметил: «Об этом не нужно просто рассуждать. Мы все живем в общем доме. Наша новая клиника лечения РПЖ в Аархусе, которая откроется в 2018 году, будет объединять все доступные медицинские специальности под одной крышей. Надеюсь, со временем таких учреждений в Европе станет больше». ■

*Материал подготовила
Ю.Г. Болдырева*



Качество жизни после операции и радиотерапии

В ходе дискуссии на ежегодном конгрессе Европейской ассоциации урологов (Мадрид, 20–24 марта 2015 года) участники обратились к вопросу о том, что предпочтительно в лечении рака предстательной железы (РПЖ) высокой степени риска: хирургический метод или лучевая терапия? Доктор Маркус Графен представил данные по радикальной простатэктомии (РПЭ).



Он начал с того, что радикальная простатэктомия (РПЭ) у больных с РПЖ высокого уровня риска эффективна как единственный метод лечения: после нее, согласно данным исследования IMPACT, до 50% пациентов не требуют вспомогательной терапии. Напротив, лучевая терапия требует применения сопутствующей андрогенной блокады на протяжении длительного времени, что значительно влияет на качество жизни пациента. В

качестве иллюстрации Графен представил данные собственного медицинского учреждения относительно необходимости во вспомогательной терапии при проведении РПЭ (лечение РПЖ с высоким уровнем риска). Он указал на необходимость в консультировании пациентов по поводу вероятности применения мультимодальной терапии. Однако вместе с тем, по словам доктора, две трети пациентов в его учреждении не требовали ни лучевой (адъювантной



или спасительной), ни гормональной терапии в течение трех лет после радикальной простатэктомии.

Другим преимуществом операции является возможность более точного определения стадии заболевания, что позволяет лучше адаптировать лечение. Графен снова обратился к данным IM-РАСТ, по которым до 44% пациентов с РПЖ высокой степени риска имели локализованный рак. Этот факт не только серьезно сказывается на выборе лечения, но и влияет к лучшему на дальнейшее физическое благополучие пациента.

Затем Графен подробнее обратился к хирургическим аспектам. Он отметил, что уровень удержания мочи не отличается после проведения радикальной простатэктомии у пациентов с РПЖ высокой, низкой и средней степени риска. Также он рассказал о применении МРТ у таких пациентов для локализации заболевания и оценки экстракапсулярной экстензии — это помогает в хирургическом планировании и обеспечении нервосбережения там, где возможно. Графен также обсудил то, как использование замороженных срезов для достижения отрицательного края резекции помогает убедиться, что нервосбережение достигнуто в возможных случаях. Прибегая к этим техникам, он установил, что нервосбережение — унилатеральное и билатеральное — может быть обеспечено в почти 2/3 случаев у пациентов с раком простаты высокой степени риска, значительная часть из

которых сохраняет потенцию.

Свои доводы Графен подкрепил результатами демографического исследования (Нам и соавт.) с участием 30 тыс. пациентов, прошедших РПЭ или радиотерапию. По итогам работы «после учета возраста, сопутствующих заболеваний и года прохождения терапии, методами прямого сопоставления и анализа меры склонности была установлена связь лучевой терапии со значительно более высоким риском осложнений во всех пяти оцениваемых категориях, по сравнению с хирургией». Категории осложнений включали в себя минимально инвазивные вмешательства (к примеру, цистоскопии), госпитализации, ректоанальные процедуры, вторичные злокачественные новообразования, а также открытые хирургические процедуры.

Заключил свое выступление доктор Графен, заметив, что в будущем оценка относительной эффективности потребует использования стандартизированных пациент-ориентированных измерений по исходам. Это позволит обеспечить лучшее качество как базисной терапии, так и последующего ухода. Он подчеркнул важность применения такой шкалы мер ко всем доступным методикам лечения, чтобы обеспечить возможность уместной и точной сравнительной работы. ■

*Материал подготовила
Ю.Г. Болдырева*

Новый уровень скрининга РПЖ: сочетание МРТ с традиционными методами диагностики

Согласно первым результатам рандомизированного скринингового исследования, проведенного в Гетеборге, использование МРТ в сочетании с традиционными методами скрининга рака простаты позволяет повысить уровень выявляемости заболевания и минимизировать проведение ненужных биопсий.

Рак предстательной железы (РПЖ) — третье по распространенности онкозаболевание у мужчин в Европе. Только в 2012 году оно стало причиной летального исхода у 92 тыс. человек (9% мужской смертности в Европе). При этом скрининг РПЖ остается противоречивой темой.

Ощущается нехватка четких доказательств эффективности существующих скрининговых процедур (методом анализа уровня ПСА с последующим проведением биопсии при необходимости). В целом, эти методы склонны либо к пропуску случаев заболевания, либо к ложноположительным результатам, из-за которых многое мужчины подвергаются ненужным инвазивным процедурам и даже лечению.

Ощущается нехватка четких доказательств эффективности существующих скрининговых процедур (методом анализа уровня ПСА с последующим проведением биопсии при необходимости). В целом, эти методы склонны либо к пропуску случаев заболевания, либо к ложноположительным результатам, из-за которых многое муж-

чины подвергаются ненужным инвазивным процедурам и даже лечению.

Исследование в Гетеборге — шведское крыло Европейского рандомизированного исследования скрининга рака предстательной железы (ERSPC), которое на данный момент является крупнейшим в мире — в 2014 году показало существенное снижение смертности от РПЖ у мужчин в возрасте 55–69 лет при проведении скрининга, основанного на анализе ПСА. Новые данные, представленные на XV ежегодном конгрессе Европейской ассоциации урологов, который проходит в настоящее время в Мадриде 20–24 марта 2015 года, показали, что включение МРТ способно еще более повысить эффективность скрининговых мер.

Группа шведских и американских исследователей, возглавляемая профессором Йонасом Хьюгоссоном, выбрала 384 пациентов, принимающих участие в Гетеборгском исследовании, и попросила 124 из них пройти МРТ перед проведением биопсии. Те, у кого результаты МРТ оказались подозрительными, или же уровень



ПСА составил ≥ 3 нг/мл, были направлены на биопсию.

Сама биопсия проводилась как стандартным методом (путем забора 10 образцов из случайных участков простаты), так и МРТ-направленным (забирались образцы из подозрительных участков, отмеченных на МРТ).

Как показали результаты, комбинированное исследование с применением анализа ПСА и МРТ, а также последующей МРТ-направленной биопсии в подозрительных случаях дает лучшие результаты в диагностике РПЖ, чем проведение обычных скрининговых мероприятий — анализа ПСА с последующей стандартной биопсией (7,0% выявляемости против 5,2%). Кроме того, больше случаев потенциально агрессивного рака было выявлено при использовании нового метода, по сравнению со стандартным.

Анализируя итоги, гетеборгская группа предполагает, что использованная комбинация способна указать путь максимизации результативности скрининга РПЖ. Доктор Анна Гренабо-Бергдаль, участница исследования, комментирует результаты так: «Согласно первым итогам, мы вполне можем комбинировать анализ ПСА с МРТ-сканированием для достижения более точных результатов. Такая стратегия позволит узнать, является ли проведение биопсии необходимым у мужчин с низким уровнем ПСА. Еще одно преимущество состоит в том, что МРТ позволяет нам определить подозрительный участок, так что, если приходится делать подтверждающую био-

псию, мы гораздо лучше представляем себе, где локализована проблема. Все вместе это снижает уровень стресса для пациентов, и мы меньше рискуем пропустить существующий рак».

«Первые результаты очень обнадеживают, но теперь они должны быть подтверждены. Мы начинаем исследование с участием 40 тыс. пациентов в районе Гетеборга. Если удастся повторить первоначальный успех, это может привести к смене парадигмы в проведении скрининга и повлиять на общий подход к ранней диагностике рака простаты», — продолжила она.

В свою очередь, от Европейской ассоциации урологов высказался профессор Манфред Вирт (Дрезден): «Первые результаты согласуются с итогами некоторых исследований, проведенных нами в Дрездене: они показывают, что МРТ-направленная биопсия способна изменить существующий подход к диагностике рака простаты. Несмотря на это, сохраняется ряд вопросов: к примеру, недостаточная рентабельность использования МРТ в обычном скрининге. Как признают авторы, пока мы еще довольно далеки от повседневного использования МРТ для таких целей, и необходимо более масштабное исследование для того, чтобы придать силу наличествующим результатам. Но их можно рассматривать как положительное доказательство нового принципа, заслуживающее дальнейших изысканий». ■

*Материал подготовлен
Thomas Parkhill*

Новые методы в хирургии и антибиотикорезистентность

Результаты одного из свежих исследований показывают, что внедрение новых методик хирургического лечения может значительно снизить уровень устойчивости бактерий к антибиотикам (антибиотикорезистентности) при сохранении надлежащего уровня защиты от инфекции и вместе с заметным (до 60%) снижением затрат на лечение. Итоги исследовательской работы представлены на ежегодном конгрессе Европейской ассоциации урологов, проходящем в Мадриде 20–24 марта 2015 года.

Антибиотикорезистентность — одна из важнейших медицинских проблем XXI века, и сегодня врачебный мир признает ощутимую нехватку в разработке новых антибактериальных средств. При отсутствии новых препаратов в мировой фармакопее и системах лекарственного снабжения, единственный способ сдерживать развитие бактериальной устойчивости — изменение способов, которыми мы применяем антибиотики. Однако зачастую бывает удобно просто придерживаться устоявшихся порядков лечения. Новое мультицентровое исследование показывает, что соблюдение действующих клинических рекомендаций может значительно снизить устойчивость бактерий в урологической хирургии.

Назначение антибиотиков — привычное дело при проведении хирургиче-

ских операций. В 2010 году Европейская ассоциация урологов выпустила новый сборник рекомендаций по урологическим инфекциям в надежде противостоять ряду проблем, связанных с антибиотикорезистентностью. В начале 2011 года группа клиницистов из Италии, Германии, Норвегии и Великобритании начала работу строго в соответствии с этими рекомендациями, чтобы проверить их эффективность.

За 33 месяца работы они учли результаты 3529 урологических процедур (включая открытые, лапароскопические, эндоскопические и робот-ассистированные операции), проведенных в строгом соответствии с действующими рекомендациями. Затем их сравнили с итогами 2619 аналогичных процедур, проведенных в 2006–2008 гг. — до выпуска сборника рекомендаций.

Уровень инфицирования оказался



«Путем соблюдения нескольких простых правил госпитальное применение антибиотиков может быть значительно снижено без угрозы безопасности пациентов и при существенном снижении материальных затрат».

таким же по сравнению с прошлым периодом. Однако расходы на антибактериальные препараты, а также другие прямые затраты существенно снизились в период следования рекомендациям. Вместе с тем стал значительно ниже показатель антибиотикорезистентности.

Ведущий исследователь, доктор Томасо Кай из госпиталя Санта-Клара (Тренто, Италия) так комментирует эти результаты: «Предпринятые нами перемены были разительными и потребовали ежемесячных проверок, чтобы убедиться, что все мы перестроились на новую систему работы. К примеру, в старой модели стандартной практикой было давать пациенту с ДГПЖ (доброкачественная гиперплазия предстательной железы) антибиотик ципрофлоксацин как до операции, так и в течение 7 дней после. Но, следуя рекомендациям, мы стали давать его только перед вмешательством. Мы обнаружили, что уровень инфицирования остался прежним после нововведений. Вместе с тем, мы увидели значительное уменьшение затрат и, что, пожалуй, более важно, — снижение бактериальной устойчивости. К примеру, резистентность *E. Coli* к ципрофлоксацину снизилась примерно на 15% после того, как мы стали

строго придерживаться новых рекомендаций».

В свою очередь, от Европейской ассоциации урологов высказался профессор Роберт Пикард (профессор урологии в университете Ньюкалса, Великобритания, председатель рекомендательной комиссии EAU по урологическим инфекциям и соавтор исследования): «Самый распространенный возбудитель урологических инфекций - *E. Coli* - становится все более устойчивой к воздействию антибиотиков, которыми мы располагаем на 2015 год. Это — большая угроза здравоохранению, в особенности на территории стран-участниц EAU с их высокоразвитыми медицинскими системами. Единственный проверенный путь к снижению этой угрозы — строгий контроль, не допускающий чрезмерного и неправильно использования антибиотиков в здравоохранении. Данное исследование показывает, что путем соблюдения нескольких простых правил госпитальное применение антибиотиков может быть значительно снижено без угрозы безопасности пациентов и при существенном снижении материальных затрат». ■

*Материал подготовлен
Thomas Parkhill*

Экономические затраты, связанные с недержанием мочи после операций на предстательной железе

Недержание мочи — частый побочный эффект, развивающийся у мужчин после лечения рака предстательной железы (РПЖ). Свежее исследование не только подтверждает его распространенность, но и впервые оценивает экономические издержки, связанные с этой проблемой: в среднем около €210 на человека ежегодно после операции, но в некоторых случаях затраты первого года могут достигать отметки в €283. Работа представлена на ежегодном конгрессе Европейской ассоциации урологов (EAU), проходящем в Мадриде 20–24 марта 2015 года.

Рак предстательной железы является наиболее распространенным у мужчин: каждый год в Европе регистрируется до 360 тыс. новых случаев, что почти сопоставимо с данными по раку груди у женщин. Зачастую новообразование может быть удалено хирургически, что, однако, влечет за собой удаление всей простаты. Однако известен ряд частых побочных эффектов: прежде всего, эректильная дисфункция и недержание мочи. Они возникают из-за того, что нервы, окружающие предстательную железу, часто повреждаются в ходе операции. К сожалению, они же отвечают за возможность появления эрекции и контроль над мочеиспусканием.

Группа врачей из университета Неймегена (Нидерланды) в сотрудничестве с исследователями из голландской страховой компании использовала данные

медицинского страхования, чтобы выяснить, насколько распространены случаи недержания после операции и во сколько они обходятся экономически. В качестве источника использовалась база страховой компании Achmea, где содержатся данные о состоянии здоровья 17% голландских мужчин. С их помощью удалось получить информацию о 2834 эпизодах лечения рака простаты. Была установлена корреляция между хирургическим лечением и послеоперационными эпизодами недержания, а также оценен уровень стоимости материалов, необходимых при недержании, которые запрашивали мужчины по страховке (такими как вкладыши и подгузники).

Исследование установило, что в среднем эти предметы стоят около €210 на одного человека за год, с диапазоном от €112 до €283. На второй год после опера-



ции затраты остаются высокими (в среднем €219).

Также установлено, что численность мужчин, страдающих недержанием мочи в первый год после прохождения урологических процедур, варьируется от 8% у тех, кто подвергался консервативному лечению (активное наблюдение) до 80% у перенесших лапароскопическое вмешательство (удаление предстательной железы). Усредненный уровень распространенности недержания составил, таким образом, 22,6%. На второй год после операции он остался на уровне около 40% у пациентов, перенесших лапароскопическую простатэктомию.

Комментирует доктор Мартен де Руи, ведущий исследователь: «Последствия операции, связанной с РПЖ, — эректильная дисфункция и недержание мочи — могут быть мучительны для пациентов. Итоги нашей работы показывают, что, вдобавок к этому, они способны оказаться очень дорогостоящими: в среднем около €210 в год на человека в первый год после операции. Для мужчин, чье состояние не улучшается со временем, высокий уровень затрат сохраняется и в дальнейшем. Нидерландам, к примеру, побочный эффект лечения РПЖ может обходиться суммарно в €800 тыс. за год, если считать только пациентов, прошедших лечение недавно. Мы полагаем, что другие страны могут иметь сопоставимые уровни затрат в соответствии с численностью их населения. Исследование также подтверждает

масштаб проблемы недержания после лечения рака простаты. Учитывая ее серьезность, мы должны прикладывать максимальные усилия к тому, чтобы пациенты не подвергались ненужной терапии, при этом стараясь пропускать как можно меньше реальных случаев рака».

Также результаты работы прокомментировал профессор Джеймс Н'Доу (университет Абердина), председатель правления рекомендательной комиссии Европейской ассоциации урологов: «Темой издержек, вызванных недержанием мочи после лечения РПЖ, зачастую пренебрегают. Этот факт делает данное исследование важным и своевременным, поскольку оно поднимает на всеобщее рассмотрение вопрос о затратах, сопутствующих лечению рака простаты. Итоги этой работы, однако, могут недооценивать затратность проблемы для самого пациента, его близких и общества в целом. Исследование MAPS, результаты которого были опубликованы в журнале Lancet, показало, что за двадцатилетний период издержки, связанные с недержанием после операции на простате, могут приближаться к отметке в €50 тыс. на человека. Эта ситуация должна измениться, для чего нам необходимо приложить все усилия. Позиция EAU прекрасно позволяет проложить путь к решению проблемы с помощью продвинутых исследований, инноваций и просветительской работы». ■

*Материал подготовлен
Thomas Parkhill*

Нормальная эректильная функция после РПЭ восстанавливается реже, чем считалось

После проведения радикальной простатэктомии - самого распространенного хирургического вмешательства на простате - эректильная функция редко восстанавливается в нормальном объеме. Таков главный результат нового исследования, представленного на ежегодном конгрессе Европейской ассоциации урологов в Мадриде.

Радикальная простатэктомия (удаление предстательной железы при РПЖ) имеет серьезный побочный эффект - эректильную дисфункцию. Она возникает из-за того, что нервы, окружающие простату и контролирующие возможность эрекции, часто повреждаются в ходе хирургического вмешательства. Во многих случаях со временем наступает улучшение, но, по результатам нового исследования, восстановление эрекции на том же уровне, что и до операции, происходит редко, и его вероятность может значительно переоцениваться докторами.

Стандартным методом оценки восстановления эректильной функции является рассмотрение результатов опросника (Международный индекс эректильной функции, ИЕФ), однако он не ориентирован непосредственно на пациентов с РПЖ. Ряд исследователей полагает, что опросник составлен без учета специфических обстоятельств, в частности, резкого изменения эрекции,

вызванного оперативным вмешательством. Кроме того, он не предполагает сравнения текущего уровня сексуальной активности с дооперационным (опросник ориентируется только на данные последних четырех недель).

Группа под руководством доктора Миккеля Фоде из госпиталя Херлев в Копенгагене попросила 210 пациентов, перенесших радикальную простатэктомию в срок до 23 месяцев назад, заполнить опросник ИЕФ с включенным дополнительным вопросом: «Осталась ли ваша эрекция на том же уровне, что и до операции: да/нет». Только 14 пациентов (6,7% респондентов) указали, что качество их эрекции так же хорошо. При этом по стандартной оценке опросника отсутствие ухудшения наблюдалось у 49 пациентов (23,3%).

Миккель Фоде так комментирует эти данные: «Проблема эректильной дисфункции после хирургического лечения РПЖ известна давно, но наш подход оценки является новым. Результат этой



работы показывает, что восстановление эрекции после вмешательства в прежнем объеме — на самом деле редкий случай, и абсолютное большинство мужчин (более 93% в нашем образце) испытывает определенные сексуальные проблемы после операции. Не исключено, что мы задавали пациентам неправильный вопрос, но, разумеется, нужны более масштабные исследования, чтобы подтвердить или опровергнуть результаты. Мы считаем, что проведенная работа дает более реалистичное представление о проблемах, с которыми сталкиваются мужчины, подвергшиеся операции на предстательной железе».

«Принимая решение о прохождении терапии, необходимо знать, какие последствия вас ожидают. Для тех же мужчин, которые уже перенесли операцию, важно знать, что они не одни в своей проблеме, и что их врач сможет предложить помощь в том случае, если они согласны на обсуждение», — добавляет Фоде.

Данные исследования также прокомментировал профессор Франческо Монторси, глава департамента урологии в университете Вита Салюте Сан Рафаэлле (Милан, Италия) и заслуженный редактор журнала «Европейская урология»: «В свете снижения среднего возраста пациентов, страдающих РПЖ, возрастает важность сохранения нормальной эрекции у мужчин после хирургического лечения. Это первое исследование в своем роде, так что мы должны подтвердить результаты, но в целом более тщательное рассмотрение проблем, с которыми сталкиваются пациенты, крайне важно. Кроме того, сегодня необходимо сосредоточиться на более пристальном рассмотрении нервосберегающих техник, а также убедиться, что каждому пациенту обеспечивается достойный послеоперационный уход». ■

*Материал подготовлен
Thomas Parkhill*

Новые требования к наблюдению молодых мужчин, перенесших РПЭ

Влияет ли возраст на исходы радикальной простатэктомии, связанной с раком предстательной железы (РПЖ) высокого уровня риска? Влияет ли длительность канцер-специфической выживаемости на исходы у таких пациентов? Новое крупное исследование предполагает, что и возраст пациента, и показатель выживаемости имеют большую важность с точки зрения причин смерти. В практическом плане это означает, что у пациентов младшей возрастной группы с раком простаты высокой степени риска долговременные клинические приоритеты могут быть пересмотрены по прошествии определенного времени после хирургического лечения. Результаты исследования обнаружены на ежегодном конгрессе Европейской ассоциации урологов, проходящем 20–24 марта 2015 года в Мадриде.



Заключения исследователей базируются на данных, полученных многоцентровой международной коллаборацией (группа ЕМРАСТ) при рассмотрении долговременных исходов у пациентов с раком предстательной железы высокой степени риска, получивших лечение методом радикальной простатэктомии (РПЭ). Рабочей группе удалось составить базу данных на 7650 пациентов из 14 медицинских центров третичного уровня в Италии, США, Франции, Бельгии, Германии, Польше, Швейцарии и Нидерландах. Внутри этой выборки исследователи вычленили группу из 612 пациентов моложе 60 лет, перенесших радикальную про-

	Вероятность смерти от РПЖ в течение 5 лет со времени последней оценки	Вероятность смерти от других причин в течение 5 лет со времени последней оценки
Через 5 лет после операции	7,3 %	2,6 %
Через 8 лет после операции	6,7 %	5,8 %
Через 10 лет после операции	5,3 %	9,9 %

статэктомию за 26-летний срок (с 1987 по 2013 год). Медиана наблюдения составила 89 месяцев. Количество летальных исходов, связанных с раком, было подсчитано и сопоставлено со случаями смерти, не вызванной раком.

Оказалось, что у пациентов моложе 60 лет вероятность смерти, связанной с раком простаты, выше, чем по другим причинам, в первые 10 лет после радикальной простатэктомии. Однако по прошествии этого срока угроза смерти от рака снижается, и на первый план выходят другие факторы риска. Это означает, что с течением времени после проведения операции приоритеты в наблюдении пациентов должны постепенно смещаться от рака предстательной железы к другим угрозам для здоровья (в частности, заболеваниям сердечно-сосудистой системы) при сохранении регулярных урологических осмотров.

Ведущий автор исследования, доктор Марко Бианки из госпиталя Сан Рафаэле в Милане (Италия) говорит:

«Результаты работы подтверждают, что, если вы подвергаетесь радикальной простатэктомии в возрасте до 60 лет, вам следует в ближайшее десятилетие сосредоточиться на возможной угрозе рецидива РПЖ. По прошествии этого времени пациентам следует меньше волноваться о раке и обратить внимание на другие факторы риска, не забывая при этом о регулярных урологических осмотрах. Для врачей это на практике означает, что каждый пациент требует внимательного, персонализированного наблюдения, при котором уролог не должен концентрироваться только на угрозе рака: следует учитывать общий уровень здоровья пациента. Это становится все более важным с течением времени после операции, так как развитие других сопутствующих заболеваний (к примеру, сердечно-сосудистых) может нести опасность, требующую более срочных мер, чем онкологический фактор». ■

*Материал подготовлен
Thomas Parkhill*

Тенденции в лечении рака мочевого пузыря

Рак мочевого пузыря (РМП) — онкозаболевание, относящееся к наиболее частым в урологии. Вместе с тем, по сравнению с другими злокачественными образованиями оно осложняется тем, что клетки в его случае склонны ко множественным мутациям. Кроме того, стоимость лечения и наблюдения возрастает из-за высоких рисков рецидива и затрат на проведение цистоскопии.

В ходе тематической сессии ежегодного конгресса Европейской ассоциации урологов в 2015 году в Мадриде, посвященной вопросам рака мочевого пузыря, обсуждались новые находки в области его диагностики и лечения. Профессор Торбен Орнтофт (Дания) представил результаты своего исследования биомаркеров в жидкостях тела. Поскольку РМП состоит из различных популяций клеток, традиционная биопсия может оказаться менее надежной, чем жидкостная. В качестве варианта для проведения последней он предлагает мочу.

Преимущество здесь состоит в том, что сбор образца мочи — неинвазивная процедура, но по нему можно составить представление почти обо всех частях опухоли. Недостатки метода — время, требуемое для получения образцов, а также их негемостатичность в связи с изменчивостью концентраций, состава и уровня pH. В будущем, однако, образцы мочи могут использоваться для идентификации прогностических

и наблюдательных биомаркеров.

Профессор Кристофер Проберт (Великобритания) представил свою работу о «запахе» рака. Ранее собаки продемонстрировали способность «чувять» рак, и теперь, на основе этого принципа, команда профессора сконструировала устройство, которое может, анализируя состав мочи, установить наличие раковых тканей. Прибор, работающий на основе газовой хроматографии/масс-спектрометрии (ГХ/МС), определяет рак мочевого пузыря у контрольных пациентов в 95% случаев.

Профессор Максимилиан Бюргер (Германия) и доктор Кай Томас (Великобритания) обсудили, является ли БЦЖ-иммунотерапия по-прежнему «золотым стандартом» лечения рака мочевого пузыря. Бюргер считает, что да, основываясь на трех аргументах: данные в поддержку БЦЖ могут быть старыми, но они имеют прочные основания; на сегодня методу не существует действенной альтернативы, хотя



скоро и должны выйти результаты ряда важных исследований; БЦЖ — проверенный и эффективный метод терапии.

В свою очередь, Томас возразила, что уровень отклика на БЦЖ обычно низок при использовании в качестве единственного агента. Как альтернативу она предлагает комбинацию БЦЖ с митомицином С. Согласно представленным ею данным, в таком сочетании БЦЖ работает эффективнее. Кроме того, результаты показывают более низкий уровень рецидивов при использовании этой методики, несмотря

на то, что различия в течении непосредственно заболевания не обнаружено.

Голосование по окончании дебатов показало, что Томас удалось убедить большинство слушателей рассмотреть комбинированный метод терапии. Даже ее оппонент Бюргер признал, что видит грядущие перемены, но, пока данные о результатах комбинированного лечения не абсолютно убедительны, он делает выбор в пользу БЦЖ. ■

*Материал подготовила
Ю.Г. Болдырева*



Мочекаменная болезнь: чего хотят пациенты?

Методы интервенционного лечения мочекаменной болезни радикально изменились за последние 35 лет. Открытые операции, являвшиеся стандартом до конца 70-х годов, были заменены малоинвазивными техниками: чрескожной нефролитотомией (ЧНЛ), экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсией (ЭУВЛ), уретерореноскопией (УРС). Профессор доктор Томас Кнольц (Германия) рассказал в своем докладе о тенденциях в лечении МКБ и предпочтениях пациентов в выборе тактики лечения.

Эти перемены обусловлены, с одной стороны, технологическим прогрессом и более широкими возможностями самих технологий, а с другой — комбинацией ожиданий пациентов с предпочтениями урологов: и то, и другое, как известно, играет важную роль при выборе лечения. Современные терапевтические тенденции в индустриальных странах демонстрируют заметное снижение доли ЭУВЛ с вытеснением ее УРС во многих местах.

Несмотря на то, что УРС занимает сегодня лидирующие позиции, наблюдается сдвиг в сторону применения эндоскопии и ЧНЛ. Даже в Германии, называемой «матерью ударно-волновых технологий» некоторые крупные госпитали приняли решение не приобретать новые аппараты. Вместе с тем, при том, что всё больше урологов рекомендуют своим пациентам, в первую очередь, УРС (а не ЭУВЛ), сами они могут голосовать за ЭУВЛ, если им понадобится урологическая помощь.

Минимально-инвазивные методы лечения, согласно действующим рекомен-

дациям Европейской ассоциации урологов (EAU) по мочекаменной болезни, могут рассматриваться как вариант лечения камней (в особенности образований от 10–20 мм). Преимущества ЧН и УРС — более скорое освобождение от камней, обычно после единственной процедуры, в то время как на стороне ЭУВЛ выступает меньшая болезненность, не требующая общей анестезии. Главные аргументы против нее — более долгий срок до выхода фрагментов камней и необходимость повторных процедур у некоторых пациентов.

Как и с любыми методами лечения, в этом случае мы фокусируемся на целях и ожиданиях наших пациентов. Все три возможных варианта должны быть предложены на рассмотрение пациента. В свою очередь, эндоуролог должен иметь полный доступ ко всем из них, оставаясь при этом непредвзятым. Желания пациентов, как правило, определяются хорошим объяснением со стороны врача и — поскольку у многих наблюдается рецидив болезни — результатами предыдущего



лечения. Мы должны прибегать к выбранному ими методу терапии, а не к тому, который ожидаем увидеть в предпочтениях. Это статья предлагает обзор по документам, оценивающим пожелания и ожидания пациентов, включая вопросы вмешательства и профилактики.

Вмешательства

В 2005 году Скенази и соавт. оценили предпочтения урологов в штате Миннесота. Ответы широко варьировались, включая в себя все возможные опции лечения и факторы, влияющие на выбор врачей. Они не обязательно включали в себя только медицинские аспекты: в числе важных элементов отмечены возраст и уровень подготовки врача, а также городское окружение. Доступность видов терапии первой линии с примерно одинаковым уровнем эффективности делает выбор лечения затруднительным. Чего хотят пациенты? По этому важному вопросу не так уж много данных. Существуют тысячи документов по самим методам лечения и доступным опциям, но только малое их число касается ожиданий, предпочтений и, в конечном итоге, удовлетворения пациентов.

Недавно предпринятое интернет-исследование Чандрасекара рассматривает вопросы мочекаменной болезни в этом ключе. В работе приняли участие 443 респондента. Большая часть (46%) прошла уретероскопическое лечение с последующей ЭУВЛ (27%) и ЧНЛ (7%). Другие

пути включали в себя спонтанное отхождение (13%), экспульсивную терапию (7%) и домашние средства (14%) ($p = 0.002$). Большинство респондентов (52%) оказалось «довольно» или «очень довольно» лечением. Вместе с тем, определенная доля пациентов осталась недовольной. Уровень удовлетворения не сильно варьировался в связи с типом лечения, зато серьезно зависел от его успеха.

Туммар и соавторы в 2014 году разослали опросники пациентам с историей мочекаменной болезни. Ответы были ранжированы по пятибалльной шкале Лайкерта. В целом большинство пациентов предпочло УРС против ЭУВЛ (62% и 38% соответственно, $p = 0.03$). 95% опрошенных сочли фактор успешности в освобождении от камней крайне важным. Далее следовали риск осложнений (85%), необходимость в повторном вмешательстве (66%) и потребность в использовании стента (47%). Пациенты, выбравшие УРС, оценили важность ликвидации камней и потребности в повторном вмешательстве выше, чем тем, кто остановился на ЭУВЛ. Для последних, однако, важнее оказалась необходимость в применении стента.

Полезно ли вовлекать пациентов в принятие клинического решения? Этот вопрос был поднят Маргалит и соавт. в работе 1997 года. Экспериментальной группе численностью в 42 человека предоставили информацию о двух альтернативных методах лечения: ЭУВЛ и УРС. Затем участников спросили, что бы они предпочли. Контрольная группа — ■

54 человека — прошла терапию в соответствии с решением врача, без предоставления информации или права выбора. Затем у каждой из групп был сравнен уровень тревожности в трех ситуациях: перед встречей с врачом, сразу после нее и при госпитализации для лечения камней.

Также оценивались восприятие информации пациентом, его методы справляться с ситуацией (копинг-стратегия), уровень образования и осведомленности о методах терапии. Статистически значимое снижение уровня тревожности после встречи с урологом наблюдалось у пациентов, которых не просили участвовать в принятии решения, а также у тех, кто отметил предоставление достаточного объема информации. Те же результаты наблюдались после беседы со специалистом общей практики.

Тревожность пациентов

Уровень образования и манера поведения пациентов оказались связаны с их показателем тревожности. Снижение тревожности наблюдалось у респондентов с низким образовательным уровнем, которые отмечали предоставление им информации, а также у тех, чей уровень образования выше, при наличии чувства, что им позволили участвовать в принятии решения.

У пациентов с пассивной копинг-стратегией тревожность также зачастую снижалась, когда они ощущали, что им предоставили информацию или возмож-

ность выбора. Таким образом, результаты отражают необходимость персонализации терапевтического процесса в соответствии с характеристиками пациента.

Еще одной дилеммой долгое время являлось отсутствие специфических опросников по качеству жизни для пациентов с мочекаменной болезнью.

Однако в 2014 году Пеннистон и Накада разработали для этой цели Висконсинский опросник по камням. В работе участвовали пациенты с рецидивирующей мочекаменной болезнью, как с наличием камней на момент исследования, так и без таковых. Предварительный инструментарий создавался, основываясь на отзывах пациентов, путем сокращения пунктов. Итоговый опросник из 28 пунктов тестировался на достоверность, внутреннее восприятие, конструктивную и дискриминантную валидность с участием 248 пациентов.

Висконсинский опросник демонстрирует возможность оценки качества жизни (связанного со здоровьем) в разных аспектах на всем протяжении болезни. Будущие оценки установят минимальные клинически значимые различия для использования у пациентов индивидуально.

В отличие от онкологических заболеваний, мочекаменная болезнь не так часто становится поводом для инициативы со стороны пациентов. Это может отчасти объяснить, почему мы так мало знаем об их ожиданиях и страхах. Интересная идея, исходящая от американских урологов и пациентов, — сайт stoneformers.org. Он пре-



доставляет выдающийся объем информации о заболевании, как и страница информации EAU (patients.uroweb.org). Однако дополнительный интерес к этой группе пациентов пробуждают результаты проводимых в ней опросов по различным темам: от удовлетворенности лечением до боли при наличии стента.

Профилактика

Рекомендации EAU по мочекаменной болезни предписывают проведение метаболической оценки и принятие превентивных мер у пациентов с высоким риском камнеобразования. Однако большая часть пациентов не получает соответствующих рекомендаций от своих врачей. С другой стороны, долговременная приверженность терапевтическим процедурам может быть подавляющей.

Бенсала и соавторы сравнили представления о ходе терапии мочекаменной болезни у пациентов и врачей. Всего было проинтервьюировано 159 пациентов. Им задавалось по три вопроса относительно субъективной терпимости к отхождению камней и хирургическим вмешательствам по сравнению с ежедневным приемом лекарств. Те же вопросы были направлены членам Общества эндоурологов.

Средний возраст пациентов составил 51 +/- 14 лет. Рецидивирующая мочекаменная болезнь наблюдалась у 72% респондентов, и 76% из них уже подвергались хирургическому вмешательству, в то время как 43% принимали профилактические

препараты. 81% и 88% пациентов заявили, что лучше будут регулярно принимать лекарства, чем переживут отхождение камней дома или в отделении неотложной помощи, соответственно.

Кроме того, 92% предпочли ежедневный прием медикаментов любой хирургической процедуре. Из 61 опрошенного уролога 26%, 38% и 18% соответственно предположили, что пациент переживет один, два или три эпизода отхождения камней дома, прежде чем согласится принимать лекарства. Также 66% заявили, что пациенты переживают до двух острых приступов, требующих неотложной помощи, прежде, чем начать медикаментозное лечение. Вдобавок, 20%, 31% и 33% урологов соответственно посчитали, что пациенты примут необходимость хирургического лечения ежегодно, через год, или через два, вместо того, чтобы принимать лекарства.

Превентивные меры

Большинство пациентов с наличием камней согласилось рассмотреть превентивные медицинские процедуры для избежания рецидивов, а также связанных с ними хирургических вмешательств и боли. Напротив, большая часть урологов предположила, что пациенты станут избегать лечения, даже если это будет значить острые приступы боли и/или хирургические процедуры. ■

*Материал подготовила
Ю.Г. Болдырева*

Международный форум «Новые горизонты репродуктивного здоровья»



Уважаемые коллеги!

Репродуктивное здоровье – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или недугов во всех сферах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов.

В существующих социально-экономических условиях состояние репродуктивного здоровья населения страны остается одной из наиболее острых медико-социальных проблем, являясь фактором национальной безопасности.

В последние годы были достигнуты значительные успехи в области охраны материнства и детства, характеризующиеся значительным снижением материнской и младенческой смертности. Однако, сохраняется низкий уровень рождаемости и высокий показатель общей смертности населения в трудоспособном возрасте приводят к снижению уровня воспроизводства населения, ухудшению качества здоровья детей.

В сложившихся условиях назрела необходимость разработки межведомственной стратегии по охране репродуктивного здоровья населения. Этому и будет посвящена предстоящая встреча.

В конференции примут участие ведущие мировые специалисты в области андрологии и репродуктивного здоровья, совместно с которыми была создана и успешно реализована Российско-германская программа дополнительного профессионального образования «Андрология».

До встречи на конференции!

Председатель конференции главный внештатный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью, директор НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина, профессор Анолихин Олег Иванович

Основная информация

Организаторы:

- Министерство здравоохранения Российской Федерации
- НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина
- Европейская академия андрологии (European Academy of Andrology)
- Гиссенский университет имени Юстуса Либиха, Германия
- МООУ «Интернет форум урологов»

Дата мероприятия: 9-10 июля 2014 года

Место проведения: Российская Федерация, г. Москва, ул. Пречистенка, д. 16.
Центральный дом ученых РАН.



Форматы участия:

Регистрационный взнос для очного участия в конференции включает в себя:

- Участие в заседаниях, круглых столах, обсуждении клинических случаев, видеосессиях
- Печатные материалы конференции (тезисы докладов Международного форума «Новые горизонты репродуктивного здоровья» на русском языке)
- Получение печатной версии сертификата участника Международного форума «Новые горизонты репродуктивного здоровья» на русском языке
- Посещение выставки
- Обед и кофе-брейки во время конференции

Регистрационный взнос для заочного участия в конференции включает в себя:

- Доступ для просмотра он-лайн трансляции докладов и лекции Международного форума «Новые горизонты репродуктивного здоровья»
- Получение электронной версии сертификата участника Международного форума «Новые горизонты репродуктивного здоровья»

Регистрационный взнос:

Категория	Ранняя регистрация (до 01 июня)	Поздняя регистрация (после 01 июня)
Члены МОО «Интернет форум урологов»	35 Евро	50 Евро
Не члены МОО «Интернет форум урологов»	150 Евро	200 Евро
Студенты, ординаторы, средний медицинский персонал (при предъявлении документов, подтверждающих статус)	бесплатно	бесплатно
Заочное участие (on-line трансляция на сайте Uro.TV) для членов МОО «Интернет форум урологов»	20 Евро	30 Евро
Заочное участие (on-line трансляция на сайте Uro.TV) не членов МОО «Интернет форум урологов»	35 Евро	50 Евро

Предполагаемое количество участников – 250-300 человек.

Заинтересованная аудитория: урологи, гинекологи, детские урологи-андрологи, специалисты в области репродуктивной медицины.

Во время проведения конференции доклады и обсуждения будут транслироваться **в on-line режиме на сайте Uro.TV** (требуется регистрация на сайте и оплата регистрационного взноса). Обращаем ваше внимание, что доклады и лекции Форума после окончания мероприятия доступны не будут. Вы сможете с ними ознакомиться только во время проведения мероприятия.

Председатель конференции:

Главный внештатный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью, директор НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина, д.м.н., профессор **Аполихин Олег Иванович** (Россия, Москва).

Со-председатели:

- Яковлева Татьяна Владимировна – д.м.н., заместитель Министра здравоохранения России.
- Вольфганг Вайднер (Wolfgang Weidner) – глава департамента урологии детской урологии и андрологии Гиссенского Университета им. Юстуса Либиха, Германия, председатель секции Андрологической урологии Европейской ассоциации урологов.

Оргкомитет:

- Сивков Андрей Владимирович – первый заместитель директора НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина, кандидат медицинских наук (Россия, Москва)
- Казаченко Александр Викторович – заведующий отделом постдипломного обучения НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина, доктор медицинских наук (Россия, Москва)
- Ефремов Евгений Александрович – заведующий отделом андрологии и репродукции человека НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина, доктор медицинских наук (Россия, Москва)
- Шадеркин Игорь Аркадьевич – заведующий отделом развития региональной урологии НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина (Россия, Москва)
- Красняк Степан Сергеевич – м.н.с. отдела андрологии и репродукции человека НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина (Россия, Москва)

В ходе работы конференции будет организован синхронный перевод на русский и английский языки.



В холле будет организована выставка фирм-спонсоров конференции.

Научные тематики форума:

- Мужское репродуктивное здоровье
 - сексуальная дисфункция
 - мужское бесплодие
 - инфекционно-воспалительные заболевания мужских половых органов
 - эндокринные и кардиологические аспекты мужского здоровья
- Женское репродуктивное здоровье
 - женское бесплодие
 - инфекционно-воспалительные заболевания женских половых органов
- Детское репродуктивное здоровье
 - пути профилактики нарушений репродуктивного здоровья
 - врожденные заболевания мочеполовых органов
- Вспомогательные репродуктивные технологии
 - современные тенденции (распространенность, технологии)
 - осложнения ВРТ и их влияние на здоровье будущей матери и ребенка
- Репродуктивное здоровье населения (организационные, экономические аспекты).
 - концепция охраны репродуктивного здоровья населения Российской Федерации
 - программы поддержки семьи и методу улучшения демографической ситуации
- Современные технологии в области охраны репродуктивного здоровья:
 - мобильные гаджеты
 - программное обеспечение
 - телемедицина
 - дистанционное образование и т.п.

Контакты:

Красняк Степан Сергеевич

Телефон: +7(909)973-63-96

E-mail: krasnyakss@mail.ru

Интернациональный цикл по имплантационной хирургии генитальной области



П.С. Кызласов
К.м.н., заведующий отделением
урологии Центра урологии и
андрологии

Со 2 по 14 марта 2015 года впервые в России на базе ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России прошел первый интернациональный цикл по имплантационной хирургии генитальной области.

Цикл был посвящен крайне актуальным проблемам - недержанию мочи у мужчин и у женщин, пролапсу тазовых органов и эректильной дисфункции. Курировал цикл профессор М.М. Соколышник.

В общей сложности в ходе цикла профессором М.М. Соколышником и заведующим отделением урологии Центра урологии и андрологии к.м.н. П.С. Кызласовым было выполнено 14

операций с использованием имплантов. При этом одному пациенту была выполнена одномоментная имплантация искусственного сфинктера мочевого пузыря и гидравлического фаллоэндопротеза. Две операции по имплантации фаллоэндопротезов при болезни Пейрони были выполнены по запатентованным авторским методикам М.М. Соколышника, еще одна операция была выполнена совместно с хирургами - од-





номоментная имплантация искусственного сфинктера мочевого пузыря и пластика пахово-мошоночной грыжи. В теоретической части цикла были рассмотрены такие важные вопросы имплатологии, как антибактериальная профилактика перипротезной инфекции, показания к установке того или иного импланта, анатомические особенности генитальной области и т.д. Цикл длился 72 часа.

Общее количество участников

цикла составило 10 человек из разных регионов России (Москва, Санкт-Петербург, Новороссийск, Новосибирск, Тюмень, Чита), а также из Казахстана (г. Астана) и Украины (г. Донецк), при этом каждый врач имел возможность ассистировать на операции и участвовать в дискуссии при разборе клинических случаев.

Все участники цикла отметили необходимость и доступность такого метода обучения. ■



Заместительная гормональная терапия тестостероном при гипогонадизме не повышает риск развития рака простаты

Продолжительное применение тестостерона для гормонотерапии гипогонадизма не увеличивает риск развития рака предстательной железы. К такому выводу пришли исследователи из Университета Мюнстера (Германия). Результаты данного исследования опубликованы в журнале The Journal of Urology.

Связь рака простаты с повышенным уровнем тестостерона в мужском организме вызывает обоснованные опасения в отношении отдаленных последствий терапии с помощью препаратов этого гормона. Но у больных, страдающих гипогонадизмом, даже вследствие продолжительного применения тестостерона риск развития злокачественной опухоли не возрастает.

На данный момент препараты тестостерона довольно часто назначаются больным для терапии нарушений эрекции и эякуляции и даже для повышения «общего тонуса организма». Подобное лечение вызывает критику со стороны онкологов, поскольку сфера применения этого гормона у мужчин должна быть ограничена заместительной терапией гипогонадизма. Именно аргументом в пользу такого подхода служат доказательства того, что в этом случае даже продолжительное применение тестостерона не связано с риском развития

рака предстательной железы, полученные немецкими учеными.

Исследователи наблюдали за 1023 больными, страдавшими гипогонадизмом, которым была назначена терапия с помощью препаратов тестостерона, в течение пяти лет. В этом случае диагноз «гипогонадизм» ставился при показателях концентрации тестостерона в крови менее 12 нмоль/л и при наличии других симптомов: эректильной дисфункции, повышенной утомляемости, депрессии и специфических анатомических изменений.

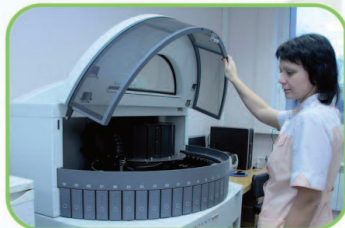
В трех когортах больных заболеваемость раком простаты колебалась в пределах от 30,7 случаев на 10 тысяч пациенто-лет до 54,4 случаев на 10 тысяч пациенто-лет. Это заметно ниже средних показателей заболеваемости этой формой рака в общих популяциях США (116 случаев на 10 тысяч пациенто-лет) и Западной Европы (96,6 случаев на 10 тысяч пациенто-лет). ■

Наши ВОЗМОЖНОСТИ

Лаборатория патологической анатомии



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



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



Иммуногистохимические методы

Цель:

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

Методы молекулярно-генетических исследований

Цель:

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

Перспективы лаборатории

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

Федеральные клиники станут площадкой для проведения клинических испытаний

Клиническую апробацию новых медицинских технологий станут проводить в федеральных клиниках. Об этом сообщается в законопроекте, разработанном Минздравом РФ.



Согласно данному законопроекту станет возможным проведение клинической апробации новых методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, а затем внедрения их в повседневную медицинскую практику лечебных учреждений. В Министерстве здравоохранения считают, что это способствует повышению технологического уровня и качества оказываемой медпомощи.

Площадкой для клинических испытаний станут федеральные клиники, а организацией процесса займутся федеральные органы власти в сфере охраны здоровья.

Минздрав должен утвердить положение об организации медицинской помощи в рамках клинической апробации, в том числе прописать, каким образом будут направляться пациенты для оказания такой помощи и как позже станут внедряться в практику полученные результаты. Однако участие в эксперименте будет доступно не всем: так, использовать новые методы не станут на детях, беременных и кормящих грудью женщинах, военнослужащих, а также на людях, страдающих психическими расстройствами.

Финансировать медицинскую помощь в рамках клинической апробации будет федеральный бюджет в виде субсидий на выполнение государственного задания. Законопроект уже одобрен комиссией по законопроектной деятельности, и в скором будущем его рассмотрят на заседании Правительства РФ. ■

Наши ВОЗМОЖНОСТИ

Биохимическая
лаборатория
НИИ урологии



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

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



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

Онкоурология:

- Определение онкомаркеров рака предстательной железы (PSA, хромогранин А)

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

Трансплантология:

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



Перспективы: дальнейшее совершенствование методов диагностики урологических заболеваний.

«Органическая пленка» консервирует вирусы на медицинских приборах и заражает пациентов

Риск заражения вирусной инфекцией при проведении трансректальной биопсии предстательной железы может оказаться не так низок, как принято считать, утверждает группа исследователей из Франции.

В доказательство своих слов французские доктора приводят эпизод с 53-летним пациентом, получившим заражение гепатитом С при во время проведения биопсии в ходе индивидуальных процедур скрининга рака предстательной железы. В самом начале его состояние не вызывало опасений: уровень ПСА был зафиксирован на отметке 5,62 нг/мл, результаты цифрового ректального исследования также оказались удовлетворительными.

Однако через месяц после проведения биопсии пациент продемонстрировал псевдогриппозный синдром, связанный с печеночным цитолизом (показатели проб в 20 раз превысили нормальные). Исследование этиологии обнаружило положительный результат на анти-HCV (антитела к гепатиту С) и наличие вируса (6 генотип) методом ПЦР. Серологические исследования на другие типы вирусов, такие как гепатит А и В, а также моноклеоз, показали отрицательный результат. Пациент не подвергался переливанию крови или

инъекциям, проведение которых зачастую связывается с риском инфицирования.

Внутреннее расследование в больнице показало, что в около 36% случаев защитная оболочка оборудования была повреждена после проведения биопсии. Таким образом, повторно используемые металлические части могли быть заражены в ходе проведения процедур. Несмотря на очистку металлических приборов, в особенности эндоскопов и ультразвуковых датчиков, «органическая пленка», оседающая на аппарате, может защищать вирус в течение довольно долгого времени: до 10–15 дней. Таким образом, не исключено, что заражение инструмента вирусом, поразившим французского пациента, произошло за две недели до проведения ему биопсии.

Подобный риск распространения инфекции может быть актуален при проведении множества других процедур. Как отмечают эксперты, даже при немедленной очистке оборудования ручная обработка не всегда способна



полностью обеззаразить приборы. Остатки крови и других органических выделений «консервируют» вирус и позволяют ему сохраняться дольше. Фактически, единственный на сегодня способ полностью избежать риска инфицирования, связанного с фактором «органической пленки» — использовать новое оборудование при каждом проведении процедуры, что не представляется возможным в большинстве медицинских учреждений.

Таким образом, рекомендации по снижению риска заражения сводятся к регулярной проверке защитных оболочек на предмет перфорации и надлежащей очистке инструментов: риск заражения пациента возрастает, если

между инфицированием оборудования и стерилизацией проходит много времени, а также при использовании старых, поцарапанных элементов оборудования. Рекомендуется также при возможности отдавать предпочтение одноразовым инструментам.

Между тем, риск получения инфекции при прохождении биопсии простаты остается чрезвычайно низким.

В ранее проведенном исследовании на предмет распространения гепатита С никто из 528 пациентов, подвергавшихся процедуре за 3 года, не обнаружил признаков заражения. В свою очередь, пострадавший из Франции получил соответствующую компенсацию. ■

Новый метод диагностики РПЖ оценивает агрессивность заболевания

Тест Проларис (Prolaris), разработанный специалистами из британского Бирмингема, позволяет «заглянуть» внутрь новообразования при раке предстательной железы и предсказать то, как быстро оно способно расти.

Как поясняют в Бирмингеме, новый метод предназначен для пациентов, у которых уже диагностирован рак простаты, определен уровень ПСА и выявлены показатели по шкале Глисона. Он позволяет выйти на новый уровень индивидуального прогнозирования: с его помощью врач способен точнее понять, как ведет себя рак и каких это требует терапевтических мер в перспективе.

Для определения показателей по шкале Проларис образцы ткани после биопсии отправляются на генетическое исследование, в ходе которого устанавливается степень выраженности генов, способствующих разрастанию опухоли. Далее результату дается оценка от -2 (наименее агрессивный уровень) до +5 (быстро прогрессирующий рак).

Разница с широко применяемой шкалой Глисона состоит, по словам, разработчиков, в способах измерения и данных, получаемых в ходе исследования. Если объяснять упрощенно, тест по шкале Глисона проводится, глядя на раковые клетки в микроскоп. Оценка базируется на их внеш-

нем виде и путях взаимодействия. Тест Проларис основан на оценке степени выраженности внутри опухоли генов, связанных с делением и ростом раковых клеток.

«Чтобы понять разницу между двумя этими тестами, проведем аналогию: к примеру, вы разглядываете автомобили на парковке. Шкала Глисона — это наблюдение: вот «Мини», вот «Феррари» и так далее. Проларис — это возможность заглянуть под капот каждой машины: внутри того, что кажется обычной «Мини», может оказаться тюнингованный двигатель. Другими словами: если у вас 3 или 4 по шкале Глисона, мы можем провести Проларис-тест, чтобы точно знать, низок уровень риска разрастания опухоли, или же требуются ускоренные меры лечения», — поясняет Алан Доэрти, консультирующий уролог из Бирмингемской клиники простаты, где разработан тест.

Метод Проларис был представлен на территории США в 2013 году и немногим позже — в Европе. На данный момент его точность в определении уровня агрессивности РПЖ подтверждена четырьмя клиническими исследованиями. ■



Профессиональная образовательная программа «Андрология»



Межрегиональная общественная
организация
«Интернет форум урологов»



НИИ урологии
им. Н.А.Лопаткина



Гиссенский университет
имени Юстуса Либиха,
Гиссен, Германия

Научные руководители курса



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



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

Представляют совместную образовательную программу «Андрология»

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



UroEdu.ru

Стань настоящим андрологом!

Физические нагрузки снижают риск смертельного исхода у мужчин с локализованным раком простаты

Физическая активность может снизить развитие рака предстательной железы (РПЖ). К такому выводу пришли исследователи Каролинского института в Стокгольме (Швеция).

По статистике, одному мужчине из семи ставят диагноз «рак предстательной железы». По данным Американского онкологического общества, в 2014 году диагностировано около 233 тысяч новых случаев заболевания раком предстательной железы и почти 30 тысяч мужчин умерли от этой болезни. Для многих диагноз «рак простаты» звучит как приговор, но новое исследование показало, что физические тренировки снижают смертность среди мужчин с локализованным раком предстательной железы. Для этого достаточно бегать или ездить на велосипеде по 20 минут в день.

По словам одного из авторов исследования Стефани Бонне, в настоящее время мало внимания уделяется изучению вопроса физической активности, поэтому целью работы шведских ученых был анализ влияния физических нагрузок, испытываемых пациентами, страдающими онкологическими заболеваниями простаты, на развитие заболевания и уровень смертности от этого заболевания.

В исследовании принимали участие 4623 мужчины с локализованным раком предстательной железы. Участники исследования заполняли анкеты, в которых подробно описывали свой образ жизни. На основании анализа анкет и клинических наблюдений ученые определяли причинно-следственные связи между образом жизни пациентов и уровнем смертности. В ходе исследования зафиксирован 561 летальный случай, в том числе 194 случая непосредственно от РПЖ.

Как показали результаты, те мужчины, которые ходили пешком или катались на велосипеде не менее 20 минут в день, на 39% реже умирали от рака предстательной железы и на 30% реже от любых других причин. Те, кто занимался физическими упражнениями по часу в неделю, имели риск умереть на 32% и 26% меньше соответственно. Однако авторы исследования подчеркивают, что эта закономерность действует только для тех, чья болезнь локализована и не запущена. ■

ВЦИОМ: растет спрос на платные медицинские услуги

В Москве ежегодно увеличивается число пациентов, которые предпочитают государственной медицине коммерческую. Согласно данным опроса, проведенного ВЦИОМ, в 2014 году в частные клиники обращались 47% опрошенных, тогда как в 2013 году этот показатель составлял 39%.

При этом уровнем медицинской помощи в частных клиниках остались довольны 70% респондентов, тогда как качество обслуживания в государственных медицинских учреждениях удовлетворило только половину опрошенных (50%).

По словам президента Ассоциации частных клиник Москвы и ЦФО Александра Грота, рост числа пациентов, готовых заплатить коммерческим клиникам, обусловлено клиент-ориентированностью таких учреждений. В то же время некоторые эксперты уверены, что рост негосударственного сектора здравоохранения обусловлен проблемами в государственной медицине — очереди и недостаточный сервис заставляют пациентов делать выбор в пользу платной медицины.

Также последние проведенные социологические опросы показали, что россияне в целом стали более позитивно оценивать систему здравоохранения. Так, за 2014 год увеличилось число пациентов удовлетворенных оказанной помощью в госу-

дарственных больницах и поликлиниках с 39% до 50%.

Кроме того, за три года число частных клиник, участвующих в ОМС, выросло вдвое и сегодня составляет до 12,5% от общего количества таких медицинских учреждений. Однако объем поступлений средств ОМС в негосударственные клиники составил в 2013 году всего 2,6% от стоимости всей программы, что свидетельствует о том, что наиболее дорогие виды помощи по-прежнему оказывают в государственном секторе.

Согласно результатам опроса ВЦИОМ, россияне готовы доплачивать за высококачественную медицинскую помощь. Так, в среднем за год население готово на доплату в размере 22 956 рублей, что является довольно большой суммой, так как среднендушевой норматив финансирования по госпрограммам бесплатной медицинской помощи на 2015 год Правительство Российской Федерации утвердило в размере 11 600 рублей. ■

Минтруд запретил снижать компенсации медикам за вредность

В связи с утверждением нового закона о специальной оценке условий труда отдельным категориям медиков стали уменьшать компенсации за вредность. По мнению министра труда и социальной защиты Максима Топилина, это недопустимо.



С начала 2014 года вступил в силу новый закон о спецоценке условий труда, пришедшей на смену аттестации рабочих мест. Теперь вредность и опасность условий на рабочем месте устанавливается по этому закону. За вредность работникам полагаются различные выплаты и гарантии — сокращенное рабочее время, дополнительный отпуск или денежная компенсация, а также повышенная оплата труда. В то же время новый закон не отменяет уже установленных компенсаций — результаты аттестаций рабочих мест, которые проводились до 2014 года, продолжают действовать. С целью изменить размер и виды таких компенсаций, работодатель

должен провести спецоценку по новым правилам и доказать, что условия труда стали лучше.

По словам главы Минтруда, уменьшение фонда оплаты труда работников учреждений здравоохранения и достигнутого уровня заработной платы медицинских работников недопустимо. Но даже при улучшении условий труда он предлагает сохранять медикам компенсационные надбавки.

Тем не менее, Национальная медицинская палата предвидит новый бунт медиков — с начала 2015 года некоторые категории медработников могут все-таки лишиться положенных компенсаций. По словам главы Нацмедпалаты Леонида Рошаля, это связано с тем, что до сих пор не разработан ряд дополнительных положений к закону о спецоценке. Министерство труда и социальной защиты до 1 января 2015 года должно было утвердить особенности проведения специальной оценки условий труда в отношении рабочих мест медицинских работников, но этого не произошло. ■

В 40 регионах России медики ждут сокращения

В 40 российских регионах медики живут в ожидании сокращения штатов — более 40,5% медицинских работников сообщили, что в их медучреждениях планируется или ведется сокращение штатов. Об этом свидетельствуют результаты опроса, проведенного фондом «Здоровье» в ноябре–декабре 2014 года среди врачей государственных медицинских учреждений.

В опросе приняли участие 3 351 человек, в том числе 2 964 врача и 387 специалистов среднего медицинского звена. 40,52 % респондентов сообщили, что в их учреждениях планируются сокращения: так, «да» ответили 1 899 опрошенных врачей, что составляет 40,5% от числа всех опрошенных, и 244 сотрудника из числа среднего медицинского персонала (33,84%).

Результаты опроса также показали, что 45,1% медработников в стационарах, 35,5% работников амбулаторно-поликлинического звена, а также 33,2% сотрудников скорой медицинской помощи сообщают, что в их учреждениях уже идут или планируются сокращения.

По словам директора фонда «Здоровье» Эдуарда Гаврилова, больше всего сообщений о сокращениях в процентном отношении пришло из Астраханской области, где о таких планах рассказали более 73% респондентов, затем следуют Москва (более 68% опрошенных), Чувашия (около 63%) и Башкирия (более 57%). При этом наиболее активными участниками опроса вполне

закономерно оказались жители столицы.

В случае сокращения устроиться в другую государственную медицинскую организацию планируют 2 339 опрошенных (44%), перейти на работу в коммерческую клинику — 1 444 (27%), найти работу в другой сфере деятельности — 645 (12%), заняться бизнесом — 354 (7%).

Таким образом, почти треть работающих в государственных медучреждениях врачей и среднего медицинского персонала планируют устроиться в коммерческие структуры: по данным Фонда, в первом полугодии нынешнего года 14,7 тысяч врачей покинули государственные медучреждения, а сотрудников частных клиник стало на 6 тысяч больше.

По мнению экспертов Фонда «Здоровье», на сегодняшний день понятие «оптимизация системы здравоохранения» стало тождественным понятию «сокращение»: сокращается коечный фонд при низкой обеспеченности дневным стационарами (менее 29 тысяч коек), врачей увольняют без предложения альтернативы по трудоустройству. ■

Продолжительность жизни россиян достигла 71,6 года

Глава Минздрава Вероника Скворцова на презентации и открытии географически удаленного офиса Всемирной организации здравоохранения в Москве, который будет заниматься изучением, профилактикой и противодействием распространению неинфекционных заболеваний, сообщила о значительном росте продолжительности жизни россиян — за последние девять месяцев россияне стали в среднем умирать на один год позже.

По ее словам, главным итогом всех усилий Минздрава стало увеличение ожидаемой продолжительности жизни в среднем до 70,8 лет в 2013 году и до 71,6 лет за девять месяцев 2014 года. Впервые с 1991 года произошел выход на естественный прирост населения.

На открытии Вероника Скворцова также заметила, что предпосылками для открытия удаленного офиса ВОЗ стали достижения России в области профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, которые были отмечены на глобальном, региональном и национальном уровне. Для работы в проекте будут привлекаться как российские, так и зарубежные специалисты, в том числе сотрудники ВОЗ, которые займутся разработкой и внедрением политики в области здравоохранения в государствах-членах ВОЗ.

По словам главы Минздрава, в 2013 году, после 30-летнего перерыва, Россия вернулась к широкомасштабной диспан-

серизации детского и взрослого населения. Ее результаты показали, что около 44% взрослого населения имеют уже сформированные хронические неинфекционные заболевания. Она также отметила, что за первый год диспансеризацию прошли 35 миллионов человек, из которых 21 миллион взрослых и 14 миллионов детей, проживающих во всех регионах страны. В ходе диспансеризации впервые были диагностированы более 1,8 миллионов сердечно-сосудистых заболеваний и более 31 тысяч онкологических заболеваний.

При этом Вероника Скворцова добавила, что 2013 год стал годом реализации государственной программы «Развитие здравоохранения». На данный момент завершены начатые в 2011 году беспрецедентные по масштабу и финансовому обеспечению региональные программы модернизации здравоохранения, на которые было выделено более 664 миллиардов рублей. ■

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

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ

УРОЛОГИЯ

ECUro.ru



www.ecuro.ru

Аккредитация ВАК
№ 22/49 от 25.05.12

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

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

Абстракты на английском языке в печатной версии журнала.

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

Электронную медкарту до конца года получат 2 млн москвичей

Этап пилотного тестирования Электронной медицинской карты (ЭМК) благополучно завершен в Москве. Теперь начнется ее поэтапное распространение в государственных поликлиниках столицы.

Как сообщил во время брифинга в Городской поликлинике №175 замруководителя Департамента информационных технологий Москвы Владимир Макаров, в рамках пилотного проекта ЭМК уже получили полмиллиона москвичей. К концу 2015 года такие карты будут использоваться в трети всех поликлиник столицы, следовательно, их получают около 2 млн жителей. Все же 10,5 млн москвичей, зарегистрированных в системе ОМС, обеспечить картами удастся ориентировочно к 2018 году.

Владимир Макаров подчеркнул несколько аспектов, важных при переходе на электронную систему. В частности, он отметил необходимость подключения к Единой медицинской информационно-аналитической системе г. Москвы (ЕМИАС) множества частных и ведомственных учреждений столицы, включая экстренные службы медпомощи. Кроме того, в качестве «ключа пациента к своим данным» он предлагает использовать социальную карту москвича.

Также до конца этого года планируется предоставить доступ к ЭМК через мо-

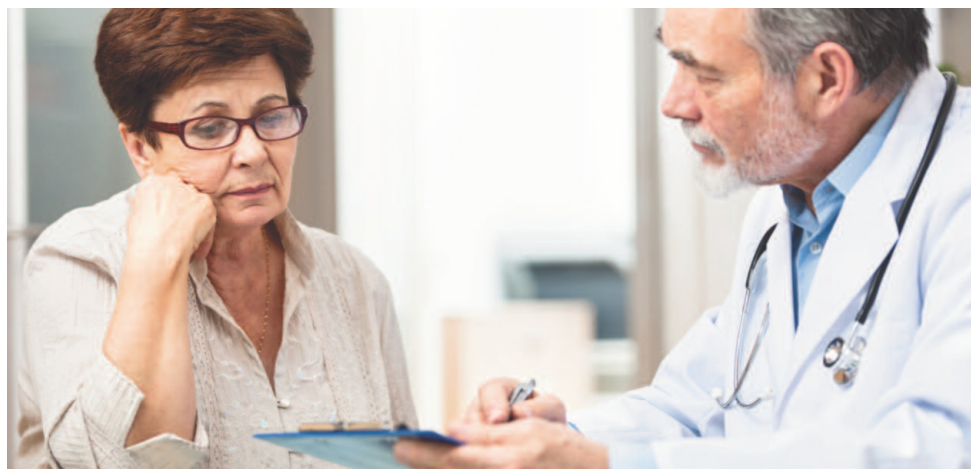
бильные устройства сотрудникам скорой помощи и врачам, выезжающим на дом к пациенту. Однако для этого придется разобраться с рядом технических проблем. «Есть непростые вопросы, связанные с защитой информации и доступом к сетям общего пользования. Кроме того, Департамент здравоохранения города сейчас обдумывает вопросы реорганизации службы врачебных бригад на дому», — поделился Макаров.

Напомним, электронная медицинская карта представляет собой автоматизированную амбулаторную карту пациента (историю болезни — для стационаров). Ее главные задачи — ускорить процесс внесения информации в систему и ее поиска там, обеспечить безопасность хранения личных медицинских данных, а также обеспечить быстрый обмен ими в случае необходимости. ■



Порядок ознакомления пациентов с медицинской документацией

Врачей обяжут показывать всем пациентам все медицинские документы в течение трех дней. Минздрав разработал специальный порядок ознакомления пациента или его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья.



Чтобы посмотреть оригиналы медицинских документов о состоянии своего здоровья и пообщаться с лечащими врачами, пациентам или их представителям надо написать письменный запрос в медицинскую организацию. Предварительное время посещения может оговариваться, но документ его строго регламентирует — не более трех рабочих дней после регистрации письмен-

ного запроса.

Также в документе оговаривается, что для общения с пациентами медицинские учреждения должны будут выделить отдельное помещение и в нем организовать комфортные условия. При этом в данных комнатах должна быть установлена система видеонаблюдения. Планируется, что этот кабинет будет работать ежедневно, кроме праздничных и выходных дней. ■

В 2014 году в России сокращено 50 тысяч больничных коек

В процессе оптимизации российской сферы здравоохранения в 2014 году уже сокращено 50 тысяч больничных коек. Такие данные озвучила глава Минздрава РФ Вероника Скворцова, выступая на совещании с должностными лицами высших исполнительных органов государственной власти субъектов РФ и представителями общественных палат субъектов РФ.



По мнению министра здравоохранения, такое решение является правильным, поскольку не должно быть пустующих коек, на которые государство тратит средства. Между тем в 2013 году больничных мест было сокращено почти на треть меньше — 35 тысяч коек. По словам Вероники Скворцовой, сокращение проводится «деликатно»: прежде всего это происходит в городах с населением более 50 тысяч человек, а не там, где необходимо

сохранять маломощные структуры.

При этом министр здравоохранения подчеркнула, что нельзя сокращать маломощные учреждения в определенных местностях, скорпомощные койки, а также койки родовспоможения. Только в тех городах, где есть дублирующие мощности, можно оптимизировать сети для высвобождения средств, развития высоких технологий в медицине и повышения зарплат медицинским работникам. ■

Подогрев сидений в автомобиле опасен для мужчин!

Сегодня не встретишь иномарку, да и большинство отечественных автомобилей, не оснащенных электрическим подогревом передних сидений. Для российских водителей, привыкших к холодным зимам, эта опция является особенно актуальной. Однако никто (ни инструкции по пользованию автомобилей, ни продавцы в салонах) не говорит о том, что использование этого устройства таит в себе опасность.

По сообщению Российской газеты, немецкий врач-уролог Херберт Шперлинг, проведя ряд исследований, пришел к выводу, что подогрев сидений может быть крайне опасен для мужчин. «Сиденья с подогревом даже более опасны для мужчин, чем слишком плотно облегающие брюки», — заявил врач. Все дело в том, что нагревательные элементы греют не только ягодицы, но и половые органы. Нормальная температура половых желез мужчины составляет 34 - 35,5 градуса, а при долгом сидении в кресле с включенным подогревом температура может повыситься до 38 (!) градусов, что губительно сказывается на сперматогенезе (процессе созревания сперматозоидов), а значит и способно помешать зачатию ребенка.

Доктор Шперлинг настоятельно рекомендует мужчинам как можно реже использовать подогрев сидений авто

или использовать его при необходимости на минимальной мощности. На женский же организм подогрев сидений не оказывает никакого отрицательного воздействия. ■



Сентябрь 2015 год: выдача образовательных сертификатов для врачей

На совещании Владимира Путина с членами Правительства в декабре 2014 года министр здравоохранения Вероника Скворцова сообщила, что уже в сентябре 2015 года в России может начаться выдача образовательных сертификатов для врачей. Глава Минздрава подчеркнула, что соответствующий законопроект находится на согласовании в Министерстве финансов.

Напомним, что 4 декабря в послании Федеральному собранию Владимир Путин заявил, что с помощью сертификата врач «сможет выбрать оптимальную программу, чтобы пройти переподготовку, повысить квалификацию, при этом формы обучения должны быть максимально удобными для специалистов». Ожидается, что уже в весеннюю сессию документ пройдет рассмотрение в Госдуме, а летом регионы пройдут подготовку к запуску проекта.

По словам Вероники Скворцовой, с 2016 года будет введена обязательная аккредитация медицинских работников. Система образовательных сертификатов поможет врачам подготовиться к аккредитации. Такой документ будет выдаваться врачам бесплатно сроком на один год. Программа будет оплачиваться территориальными фондами ОМС за счет средств нормированного страхового запаса, сформиро-

ванных из штрафных санкций, наложенных на медицинские организации.

Глава Минздрава подчеркнула, что врач сможет самостоятельно выбрать определенную образовательную программу с учетом анализа собственных компетенций и, кроме того, выбрать ту организацию, которая осуществляет образовательную деятельность. Сама образовательная программа будет состоять из трех компонентов: теоретического, симуляционно-тренингового и практической стажировки на рабочем месте.

Также министр здравоохранения сообщила, что по действующему законодательству ежегодно 155 тысяч врачей из 588 тысяч повышают свою квалификацию. На данный момент эта процедура заключается в посещении медиками групповых теоретических занятий, но такие методы повышения квалификации уже устарели. ■

Межрегиональная общественная организация

www.forumurology.ru



Интернет форум урологов



Аудитор: Сокращения не делают медицинскую помощь доступнее

В 2014 году доля платных медицинских услуг возросла на 20%, что может свидетельствовать о замещении ими бесплатных и, следовательно, снижении уровня доступности медицинской помощи в России, — заявил аудитор Счетной палаты РФ Александр Филипенко.

Комментируя эти данные на пленарном заседании Госдумы, Филипенко заявил: «Настораживает сокращение медработников. Например, Московская область в рамках оптимизации при существующем дефиците планирует уволить еще около 2 тысяч врачей. Сейчас мы проводим

проверку целесообразности и эффективности подобных мероприятий».

Выступая в Думе сразу вслед за министром здравоохранения Вероникой Скворцовой, отчитавшейся об успешном ходе оптимизации медицинской системы (к которой относятся, в частности, сокращения), Филипенко вскрыл и ряд прочих проблем, связанных с текущим переустройством. В его изложении факты выглядят далеко не так радужно.

Другие названные им сложности касаются выполнения базовой программы ОМС и государственных гарантий. На практике они рассчитываются, исходя из фактического бюджета медицинских учреждений, а не из стандартов, установленных законодательно. «В этой ситуации объективно рассчитать требуемый объем финансовых ресурсов, на наш взгляд, не представляется возможным. В итоге в 2014 году 59 регионов утвердили свои программы с дефицитом средств бюджета на 102 млрд рублей. Дефицит средств ОМС составил более 55 млрд. Еще





большой дефицит мы прогнозируем в течение нынешнего 2015 года: прежде всего, за счет региональных бюджетов», — поделился Филипенко.

Вдобавок он отметил нехватку контроля над выполнением этих программ со стороны Минздрава. «Только по отдельным проверкам нами выявлены нарушения формирования и реализации программ на общую сумму свыше 23,5 млрд рублей», — заявил аудитор.

Еще один повод для недовольства Счетной палаты — тарифная система в здравоохранении. Используемый зачастую способ оплаты медицинских услуг по «клинико-статистическим группам» (КСГ), по словам аудитора, недостаточно прозрачен и не покрывает всех существующих потребностей. На фоне

понижения Минздравом коэффициентов по ряду профилей на текущий год (что снизило стоимость одного случая лечения до 20%) это, по мнению Филипенко, «очень серьезные риски особенно для сельской медицины, где оказывается помощь преимущественно таким больным».

В конечном итоге все выглядит так, будто Счетная палата не разделяет энтузиазма Минздрава насчет текущей оптимизации, зато поддерживает замечания вышних инстанций. «В послании к Федеральному собранию президент России подчеркнул, что по-настоящему страховая медицина в России так и не заработала. Мы не раз отмечали это в своих проверках», — заметил Александр Филипенко. ■

Вероника Скворцова: результаты работы системы здравоохранения за 2014 год

Выявляемость онкологических заболеваний выросла от 50% в 2013 году до 70% на сегодня, сообщила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова на встрече с президентом Владимиром Путиным.



«**П**ри тех раках, которые не видны глазу, это особенно высокий результат. Желудок, кишечник, предстательная железа — до 70%. И, что самое важное, при активном выявлении у нас резко увеличилось число раннего выявления — на первой-второй стадии. В настоящее время, по результатам 2014 года,

это 72%. Только женщин молодого возраста мы спасли за год 15 тысяч, это раки I, II степени молочной железы и репродуктивной сферы», — рассказала министр.

По ее словам, развитие профилактического направления в целом остается приоритетным для российской медицины. В 2014 году более 40 млн людей

охвачено профилактическими осмотрами, которые, по утверждению Скворцовой, «становятся все менее формальными». В текущем году работа в этой области продолжится, фокусируясь, прежде всего, на коррекции факторов риска сосудистых заболеваний в рамках Национального года по борьбе с ними.

Другое достижение отечественной медицины за прошлый год — Россия выполнила четвертую и пятую цели развития тысячелетия ООН, снизив детскую смертность в три раза, а материнскую — в четыре с половиной. «В 2013 году снизили смертность до 8,2, в 2014 году это уже 7 с небольшим промилле и за первые два месяца текущего года – 6,3. То есть даже по сравнению с 2012 годом на 20 с лишним процентов. Фактически мы сейчас достигли нашего национального исторического минимума и по материнской, и по младенческой смертности», — отчиталась Вероника Скворцова.

По ее словам, в первую очередь, это связано с выстраиванием хорошо работающей трехуровневой системы. Вместе с тем, вводятся в эксплуатацию новые перинатальные центры: в этом году будут досрочно сданы два — в Нижегородской и Белгородской областях.

Кроме того, удалось поднять продолжительность жизни населения, которая теперь составляет 71 год. У женщин — 76,5, и 65,3 — у мужчин. В первую очередь, срок жизни увели-

чился в сельской местности. Там же заметно выросло количество медицинских учреждений: за год построено 328 фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, а также почти 700 врачебных сельских амбулаторий и офисов врачей общей практики.

«В результате у нас по сравнению с 2011 годом более чем на три тысячи увеличилось число амбулаторных объектов на селе и параллельно с этим увеличилось число сельских больниц разного уровня развития: от участковых и районных — до межмуниципальных сельских стационарных центров. Впервые в 2013–2014 году количество этих учреждений превысило три тысячи», — подытожила министр здравоохранения. ■



Производитель Андрогеля получает иски от пациентов

Американский фармацевтический гигант Abbott вместе с образованной от него компанией AbbVie Inc. получили иски от пятерых потребителей препарата AndroGel (в России распространяется как Андрогель), предназначенного для заместительной гормональной терапии тестостероном. Мужчины, трое из которых утверждают, что перенесли инфаркты, а оставшиеся двое — инсульт и микроинсульт, обвиняют производителя медикаментов в преднамеренном сокрытии информации о побочных эффектах лекарства.

Как передает информагентство Bloomberg, истцы обвиняют Abbott и AbbVie в преднамеренном введении потребителя в заблуждение и сокрытии негативной информации. В частности, фармпроизводителям ставится в вину широкое распространение положительных отзывов и статистических данных о действии Андрогеля в СМИ при замалчивании данных о негативных эффектах.

Иски были направлены в федеральный суд Чикаго через 4 дня после того, как американское Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration, FDA) заявило о намерении пересмотреть профиль безопасности распространяемых в США препаратов для заместительной гормональной терапии с содержанием тестостерона.

К такому решению в ведомстве пришли на основании данных, полученных в процессе недавних исследований. Так, результаты исследования с участием 8 тыс. мужчин, опубликованные в ноябре минувшего года, показали увеличение на 29% риска инфарктов и инсультов (в том числе,

с летальным исходом) во время приема тестостерон-содержащих препаратов. При этом, как считают авторы, возрастает риск ночного апноэ и учащается образование атеросклеротических бляшек. Стоит отметить, что участие в исследовании принимали только мужчины, проходящие терапию по предписанию врача.

При этом в FDA отмечают тенденцию к росту количества выписываемых рецептов на подобные лекарства. Так, с 2000 по 2011 гг. этот показатель вырос почти в пять раз, достигнув отметки 5,3 млн случаев в год. В свете событий с Abbott американский Саннадзор советует пациентам, получающим тестостерон-замещающую терапию, дополнительно проконсультироваться с докторами.

Abbott — одна из старейших химико-фармацевтических компаний США, которая активно наращивает свое присутствие по всему миру. В декабре прошлого года закрыта сделка по продаже американскому гиганту 98,6% воронежского производителя лекарств «Верофарм». Теперь Abbott принадлежат три российских завода — в Воронеже, Покрове и Белгороде. ■

Источник <http://www.pharmindex.ru/new16097.html>



Уважаемые коллеги!

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

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

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

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

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

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

Предварительный план лекций представлен ниже.

РАБОЧИЕ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ МОДУЛЕЙ (УМ)

УМ 1. «Эмбриология, физиология и патофизиология мочеполовой системы»

1. Эмбриология и морфологическое развитие пузырно-мочеточникового соустья. C Radmayr
2. Развитие нижних мочевых путей у детей. R Nijman
3. Этиология, патогенез: ИМП, дисфункция нижних мочевых путей и ПМП. S Tekgül

УМ-2. «Диагностика заболеваний мочеполовой системы»

1. Уродинамические исследования у детей: нормативы и подводные камни R Nijman
2. Нюансы обследования детей с нарушениями мочеиспускания. Млычик Е.В.
3. Пренатальная диагностика заболеваний мочеполовой системы. Левитская Л.М.
4. Антенатальная урология. Дерюгина Л.А.
5. УЗИ диагностика заболеваний верхних мочевых путей. Гуревич А.И.
6. УЗИ диагностика заболеваний репродуктивной сферы. Пыков М.И.
7. Методы обследования в детской урологии. Коварский С.Л.

УМ-3. «Врожденные аномалии полового члена и их коррекция»

1. Дистальная гипоспадия. T Manzoni
2. Проксимальная гипоспадия и повторные операции. E Merlini
3. Экстрофия и эписпадия. T Manzoni
4. Урологические аспекты аноректальных аномалий и других хирургических детских заболеваний. E Merlini

УМ-4. «Пузырно-мочеточниковый рефлюкс, ИМП и нарушения мочеиспускания»

1. Инфекции мочеполовой системы у детей. Меновщикова Л.Б.
2. Диагностика ПМП. Николаев С.Н.
3. Эндоскопическое лечение ПМП G Lackgren
4. Лапароскопическое лечение ПМП. R. Gobet
5. Лечение ПМП. S Tekgül
6. Реимплантация мочеточников S Tekgül
7. Стандарты лечения ненейрогенного нейрогенного мочевого пузыря у детей. R Nijman

8. Моносимптомный энурез: новое в диагностике и лечении. G Lackgren
9. Энурез: тактика ведения пациентов. Казанская И.В.
10. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря. R Nijman
11. Ранние и отдаленные результаты лечения клапанов задней уретры. S Tekgül

УМ-5. «Заболевания органов мошонки у детей»

1. Крипторхизм: современный подход. С Radmaуr
2. Варикоцеле у детей и подростков. Коварский С.Л.
3. Неотложная андрология детского возраста. Тарусин Д.И.

УМ-6. «Врожденные заболевания верхних мочевых путей у детей»

1. Консервативное и хирургическое лечение пренатально выявленного гидронефроза. G Lackgren
2. Мерауретер. T Manzoni
3. Особенности ведения детей с мегауретером. Казанская И.В.
4. Аномалии строения почек. Мультикистоз, поликистоз почек. Врублевская Н.Е.
5. Удвоение ВМП и уретероцеле. E Merlini
6. Лапароскопия в детской урологии. Что мы уже сделали и что предстоит сделать R. Gobet

УМ-7. «Заболевания связанные с нарушением дифференцировки пола»

1. Эндокринологические аспекты заболеваний, связанных с нарушением формирования пола. Калининко Н.Ю.
2. Хирургическое лечение. Морозов Д.А.

УМ-8. Почечная недостаточность у детей

1. Острая почечная недостаточность. Генералова Г.А.
2. Хроническая почечная недостаточность. Генералова Г.А.

УМ-9. Мочекаменная болезнь у детей. S Tekgul

УМ-10. Онкоурологические заболевания у детей.

УМ-11. Неотложные состояния в детской урологии.

1. Неотложные состояния у новорожденных. Дерюгина Л.А.
2. Травма мочеполовой системы. Врублевский С.Г.



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

Редакция дайджеста:

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

Тираж 7000 экземпляров

Подписка на сайте urodigest.ru

Распространение бесплатное – Россия, страны СНГ

Периодичность 1 раз в 2 месяца

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

Издательство «УроМедиа»

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

ISSN 2309-1835

Свидетельство о регистрации средства массовой информации

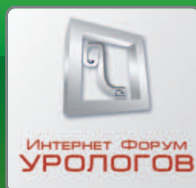
ПИ № ФС77-54663 от 09.07.2013

e-mail: info@urodigest.ru

www.urodigest.ru

При полной или частичной перепечатке материалов ссылка на Дайджест обязательна!

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



Издательский дом «УроМедиа»