Дайджест Урологии

Дайджест УРОЛОГИИ

Выпуск № 2 апрель 2016

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ:

Первый опыт аллотрансплантации трупной почки с использованием роботизированной системы «Da Vinci»

В Крыму обсудили актуальные проблемы онкологии и урологии

Аккредитация врачей: чем грозит, кому и когда

ТЕМА НОМЕРА:

Уникальный опыт краснодарских урологов!

Мобильное приложение
для урологов
Всегда в курсе всех
урологических новостей!
URO+
Войти
E-MAIL
ПАРОЛЬ
Забыли пароль?
Запомнить меня
Войти
Регистрация
Lilly
Генеральный партнер
App Store
Google play

Содержание

- Тема номера: Уникальный опыт краснодарских урологов! Первый опыт аллотрансплантации трупной почки с использованием роботизированной системы «Da Vinci» 2
- Первый опыт радикальной цистэктомии с формированием ортотопического мочевого резервуара по Штудеру с использованием роботизированной системы «Da Vinci» 8
- В Крыму обсудили актуальные проблемы онкологии и урологии 16
- Адель Измайлов: «То, что для многих – предел совершенства, для нас – обычная работа» 20
- Андрей Рябов: «Детская онкология – другая планета, со своими особенностями, лечением, прогнозированием» 24
- Крупные коралловидные камни у детей: взгляд эксперта 28
- Поздравляем! Профессор из России – в секции инфекций в урологии EAU 32
- Всероссийский курс дистанционного образования «Нейроурология и уродинамика» 34
- III научно-практическая конференция «Мочекаменная болезнь: профилактика, лечение, метафилактика» 36
- Аккредитация врачей: чем грозит, кому и когда 38
- Дайджест второго ежегодного дискуссионного образовательного клуба ассоциации специалистов консервативной терапии «аспект» в урологии «Ошибки консервативной терапии урологических больных» 40
- IV научно-практическая конференция «Малоинвазивная онкоурология: рак предстательной железы» 48
- Юрист и венеролог: Ошибки в диагностике и лечении ИППП 50
- Учебный план циклов повышения квалификации врачей-урологов на курсе постдипломного обучения кафедры урологии ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ на 2016 год 72

Уникальный опыт краснодарских урологов. Первый опыт аллотрансплантации трупной почки с использованием роботизированной системы «Da Vinci»

В ГБУЗ «НИИ Краснодарская краевая клиническая больница им. проф. С.В. Очаповского» под руководством д.м.н. проф. Владимира Леонидовича Медведева впервые в России бригадой хирургов в составе Медведева В.Л., Волкова С.Н., Палагуты Г.А., Чернова К.Е. 19.03.2016 г. выполнена ***лапароскопическая гетеротопическая трансплантация трупной почки с использованием роботизированной системы «Da Vinci».***

Клинический случай

Реципиент – пациентка 55 лет, жительница г. Ейска Краснодарского края. В 2000 г. выявлен поликистоз почек. С 2004 года диагностирована почечная недостаточность, проводилось консервативное лечение. С февраля 2008 г. диагностирована терминальная почечная дисфункция, и стал проводиться программный гемодиализ 3 раза в неделю по 5 часов. В связи с большими размерами почек и терминальной почечной недостаточностью для подготовки к трансплантации в 2013 г. выполнены последовательно нефрэктомии справа и слева. 19.03.16 г. вызвана из листа ожидания почечного трансплантата согласно протоколу типиро-

вания. При поступлении в стационар в биохимическом анализе крови: мочевина 11,65 ммоль/л, креатинин 487 мкмоль/л. Донор – мужчина 50 лет и реципиентка идентичны по системе АВО и по антигенам системы HLA (I и II класса).

На операционном столе пациентка находилась в положении Тренделенбурга с разведенными нижними конечностями. Троакары расположены стандартно для операций на органах таза. Трансплантат (левая почка) погружена в стерильный полиэтиленовый контейнер.

Операция

Основные этапы операции:

- Лапароскопия. Ревизия брюшной полости.

- Вскрытие брюшины и выделение правых подвздошных артерии (общей, наружной и внутренней) и вены (общей и наружной). Сосуды взяты на турникеты (рис. 1, 2).

- вскрытие заднего свода влагалища и трансвагинальное заведение трансплантата по рукаву из полиэтилена (рис. 3, 4).

- ушивание заднего свода влагалища.

- к контейнеру с трансплантатом подключена система постоянного орошения ледяным физиологическим

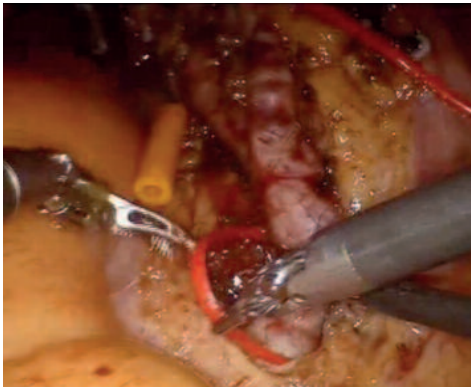

Рис. 1. Правые подвздошные (общая, наружная и внутренняя) артерии

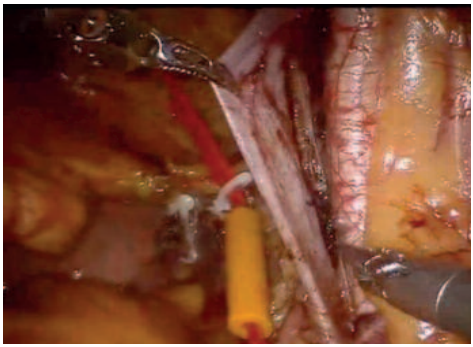

Рис. 2. Правые наружные подвздошные артерия и вена

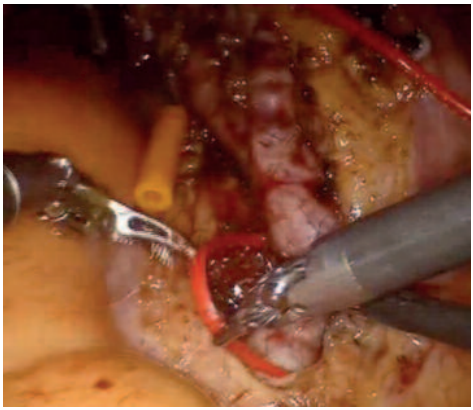

Рис. 3. Вскрытие заднего свода влагалища

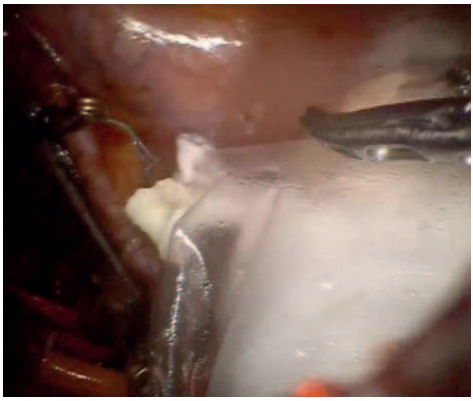

Рис. 4. Трансвагинальное заведение трансплантата по рукаву из полиэтилена

раствором, тем самым, минимизирована тепловая ишемия почки (рис.5).

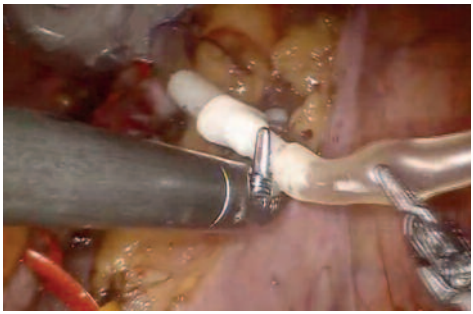

Рис.5. Перекрытие кровотока в подвздошных сосудах с последующим наложением сосудистых анастомозов по типу «конец в бок»

- перекрытие кровотока в подвздошных сосудах с последующим наложением сосудистых анастомозов по типу «конец в бок» (почечная артерия и общая подвздошная артерия, почечная вена и наружная подвздошная вена) нитью 4/0 Gore-Tex (рис. 6, 7, 8, 9, 10).

- пуск кровотока, гемостаз (рис. 11).

- наложение уретеровезикоанасто-

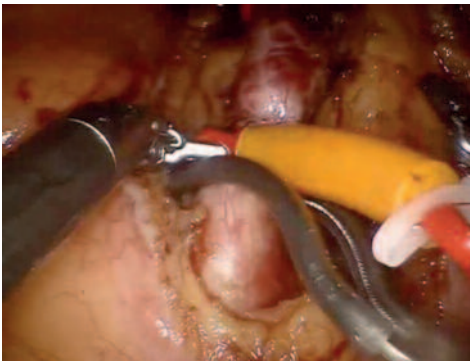

Рис. 6. Наложение сосудистого зажима типа «бульдог» на правую общую подвздошную артерию

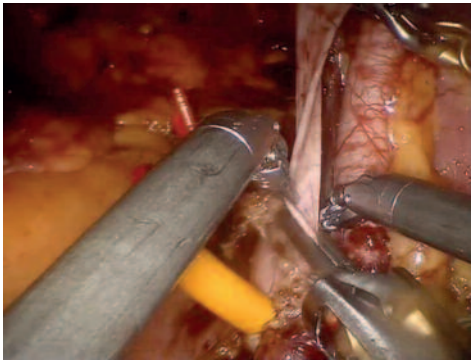

Рис. 7. Наложение сосудистого зажима типа «бульдог» на правую наружную подвздошную вену

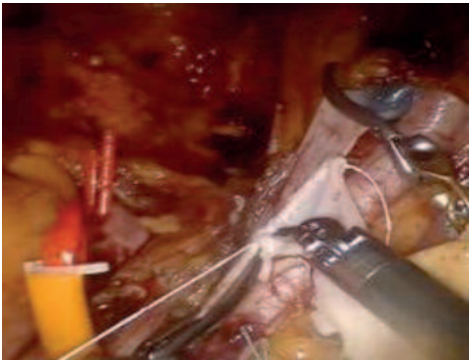

Рис. 8. Наложение сосудистого анастомоза между почечной веной и правой наружной подвздошной веной

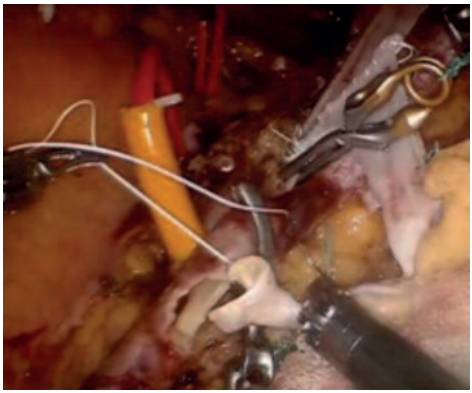

Рис. 9. Наложение сосудистого анастомоза между почечной артерией и правой общей подвздошной артерией

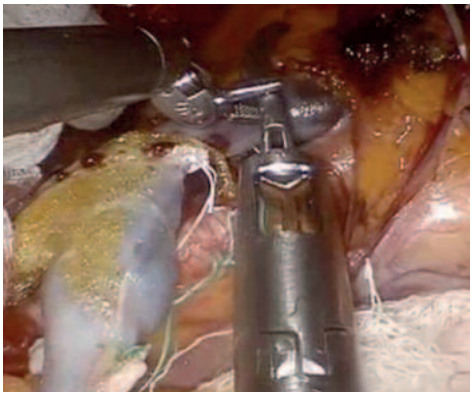

Рис. 11. Пуск кровотока, гемостаз

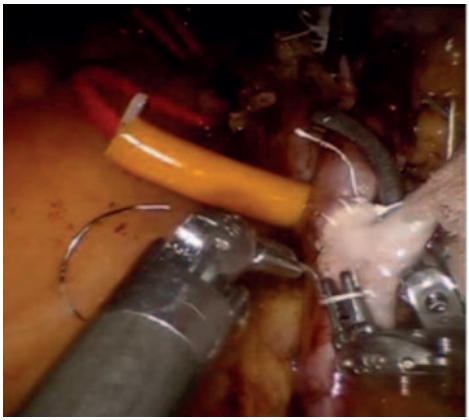

Рис. 10. Наложение сосудистого анастомоза между почечной артерией и правой общей подвздошной артерией

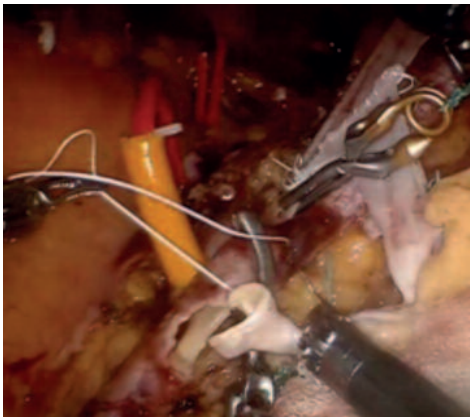

Рис. 12. Наложение уретеровезикоанастомоза со стентированием трансплантированной почки

моза со стентированием трансплантированной почки (рис. 12).

– Ушивание брюшины, дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства.

Время операции составило 405 мин при отсутствии тепловой ишемии. Время холодовой ишемии составило 120 мин, кровопотеря – 200 мл. Интраоперационно проводилась иммуносупрессивная терапия по стандартной схеме: индукция Симулект 20мг с последующим введением метилпреднизолона 1000 мг. С первых суток после операции схема иммуносупрессивной терапии следующая: Экорал 300 мг/сут, Метипред 14 мг/сут, Микофенолат Мофетил 360 мг 2р/сут.

Ранний послеоперационный период

Через 24 часа после операции пациентка активизирована, начала ходить в пределах палаты. Функция трансплантата срочная – диурез составил 4000 мл. Страховые дренажи удалены на 3-и сутки после хирургического вмешательства. При перевязках линии швов без признаков воспаления. Концентрация препаратов иммуносупрессивной терапии в крови адекватная. По данным УЗИ трансплантата: паренхима толщиной до 23 мм, дифференциация на слои сохранена, ЧЛС не расширена. Данные кровотока: общая Vmax 58 см/с, RI 0,7; сегментарная Vmax 40 см/с, RI 0,6, дуговая Vmax 22 см/с, RI 0,6. Данные лабораторных анализов крови: WBC $8,7*10^9$/л, RBC $3,11*10^{12}$/л, HGB 94 г/л. В биохимическом анализе крови: мочевина 4,64 ммоль/л, креатинин 124 мкмоль/л.

Преимущества «Da Vinci»

К преимуществам выполнения трансплантации почки с использованием роботизированной системы «Da Vinci» по сравнению с открытой операцией можно отнести: значительное уменьшение операционной травмы и, вследствие этого, минимальный болевой синдром, не требующий применения анальгетиков, удобство визуализации и работы в тазу, прецизионная техника наложения анастомозов. До минимума снижена возможность инфекционных осложнений. Из недостатков возможно отметить более продолжительное время операции на этапе освоения метода, высокую стоимость расходного материала и оборудования.

При наличии достаточного опыта хирурга с роботизированной системой «Da Vinci», оснащенности стационара, высокой квалификации сотрудников, операция вполне выполнима.

Для получения статистически более достоверных результатов необходимо выполнять большее количество подобных операций и совершенствовать технику, что позволит сократить время оперативного вмешательства.

Что такое сервис медицинских услуг

Nethealth

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

Get it on Google play

Available on the App Store

Мы в социальных сетях

www.vk.com/nethealth

www.facebook.com/nethealth.ru

Урологи Кубани: Первый опыт радикальной цистэктомии с формированием ортотопического мочевого резервуара по Штудеру с использованием роботизированной системы «Da Vinci»

В ГБУЗ «НИИ – Краснодарская краевая клиническая больница им. проф. С.В. Очаповского», которую возглавляет д.м.н. профессор, член-корр. РАМН Порханов В.А., бригадой хирургов в составе Медведева В.Л., Волкова С.Н., Палагуты Г.А., Чернова К.Е. 28.03.2016г. выполнена лапароскопическая радикальная циспростатэктомия, расширенная тазовая лимфаденэктомия, интракорпоральное формирование ортотопического мочевого резервуара по Штудеру с использованием роботизированной системы «Da Vinci».

Пациент 54 лет, житель Краснодарского края, нормостеник. В январе 2016 г. при ультразвуковом исследовании мочевого пузыря по поводу макрогематурии выявлена опухоль мочевого пузыря. В трехкратном цитологическом материале мочи опухолевые клетки не определяются. В отделении онкоурологии НИИ – ККБ №1 09.03.2016 г. выполнена уретроцистоскопия, при которой выявлено множество образований на широких основаниях до 4 см в диаметре. Выполнена ТУР-биопсия опухолей с основаниями, а так же сатурационная биопсия шейки мочевого пузыря и простатической части уретры. По данным морфологического исследования – мультифокальный умеренно-дифференцированный (G2) мышечно-инвазивный уротелиальный рак. В шейке мочевого пузыря и в уретре опухолевого роста не определяется. Больной дообследован. По данным СКТ головы, органов грудной клетки, брюшной полости, таза, а так же остеосцинтиграфии данных за вторичное поражение, лимфаденопатию не получено, признаки образований в мочевом пузыре (рис. 1, 2).

Сопутствующая патология не выражена, противопоказаний к хирургическому лечению нет. При поступлении в стационар в лабораторных показателях крови патологии не выявлено.

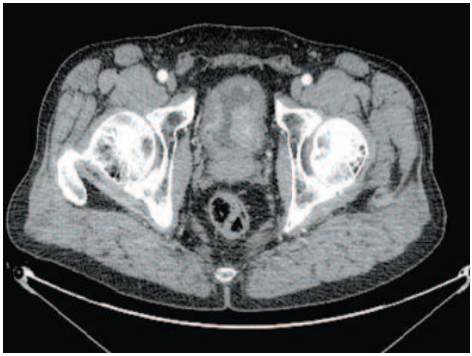

Рис. 1

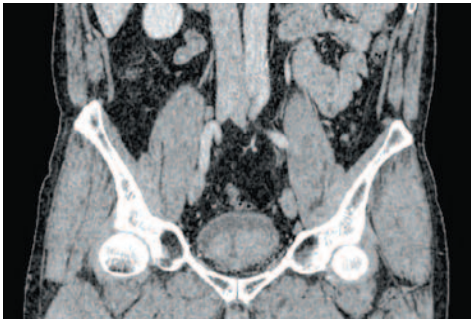

Рис. 2

Рис. 3

На операционном столе пациент находился в положении Тренделенбурга с разведенными нижними конечностями. Троакары расположены стандартно для операций на органах таза (рис. 3).

Основные этапы операции:

- лапароскопия. Ревизия брюшной полости.

– выделены и пересечены мочеточники (рис. 4).

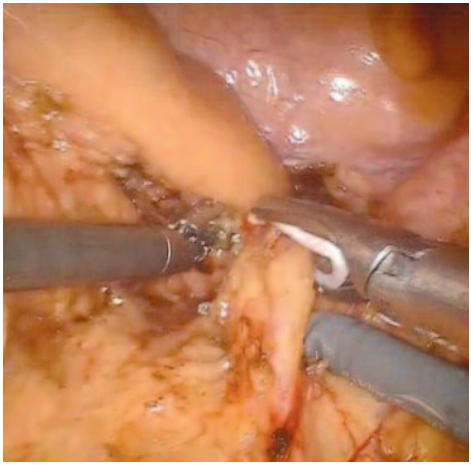

Рис. 4

– выполнена расширенная тазовая лимфодиссекция из области запирательных ямок справа и слева, правых и левых подвздошных сосудов (общие, наружные и внутренние) до уровня бифуркации аорты и нижней полой вены. (рис. 5, 6).

- ушивание дорзального венозного комплекса (рис. 7).

- выполнена мобилизация мочевого

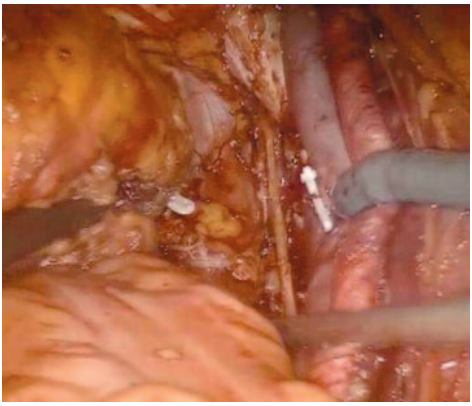

Рис. 5

Рис. 8.

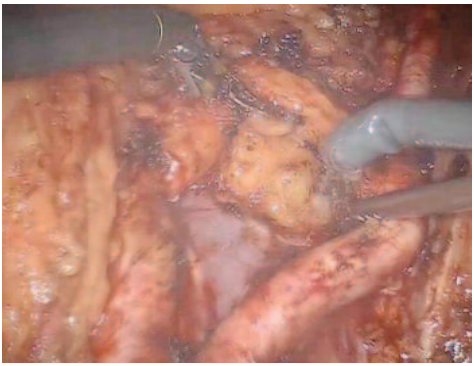

Рис. 6

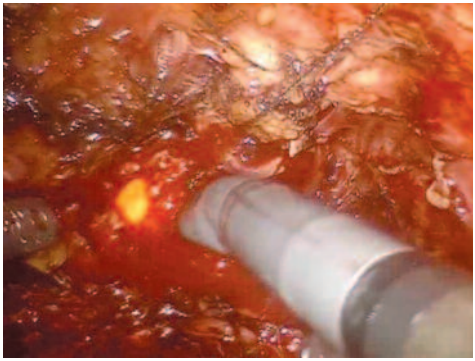

Рис. 9.

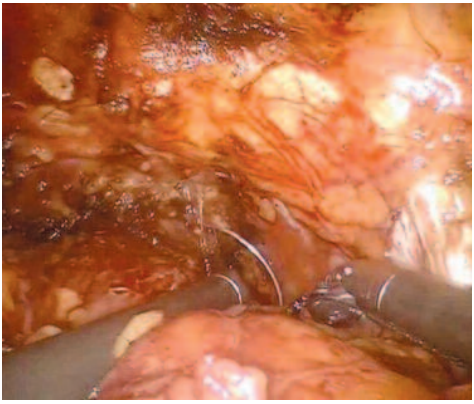

Рис. 7

пузыря с предстательной железой, клипированы и пересечены верхние мочепузырные артерии, ножки предстательной железы (рис. 8, 9);

– циспростатвезикулэктомия. Препараты погружены в контейнер и извлечены (рис. 10, 11).

- выделен сегмент подвздошной кишки на расстоянии 20 см от илеоцекального угла протяженностью 40 см (рис. 12).

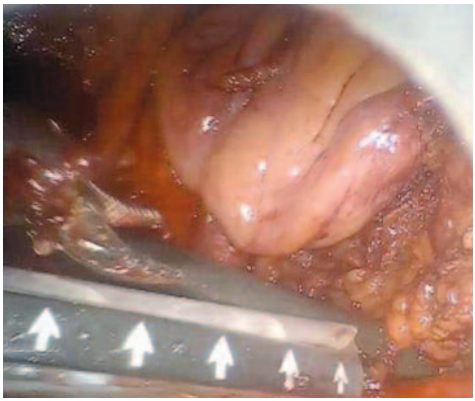

Рис. 10

Рис. 11

Рис. 12

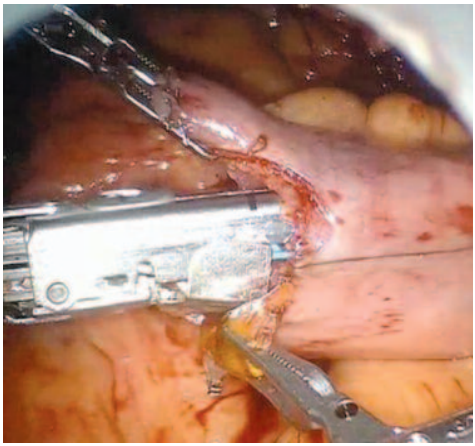

Рис. 13

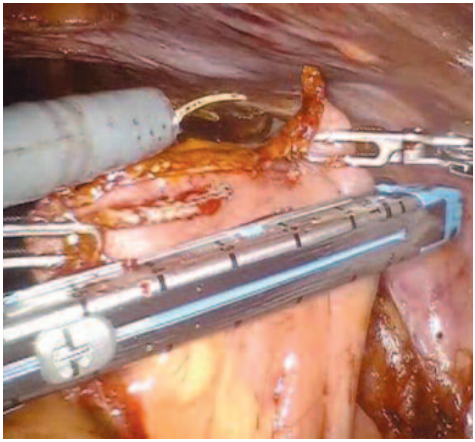

Рис. 14

– аппаратный межкишечный анастомоз по типу «бок-в-бок» (рис. 13, 14, 15).

-формирование кишечного резервуара по Штудеру (рис. 16, 17, 18).

– наложение анастомоза между резервуаром и мочеиспускательным каналом (рис. 19, 20);

Рис. 15

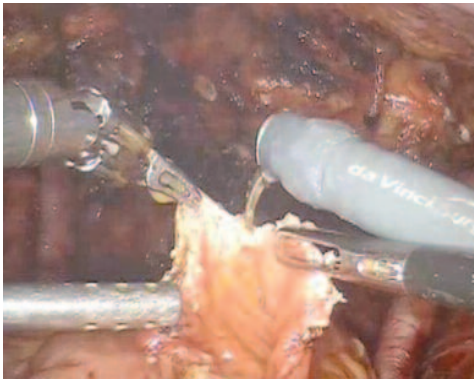

Рис. 16

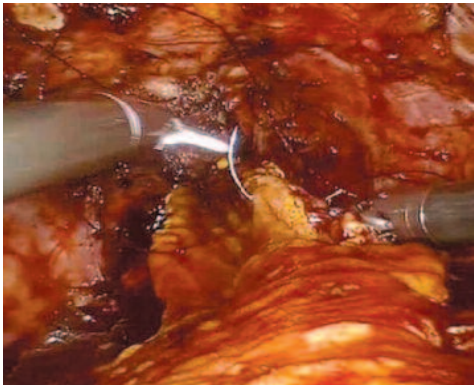

Рис. 17

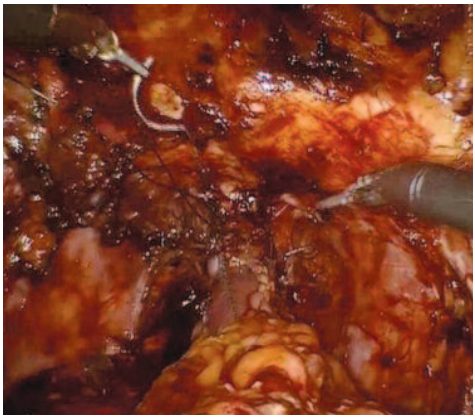

Рис. 18

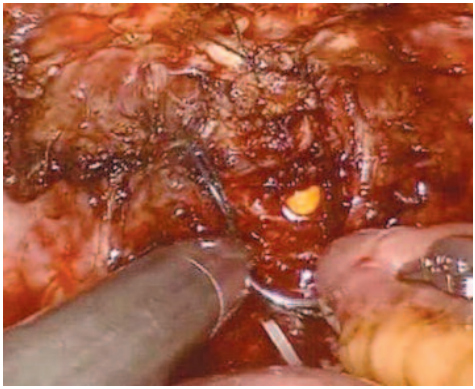

Рис. 19

Рис. 20

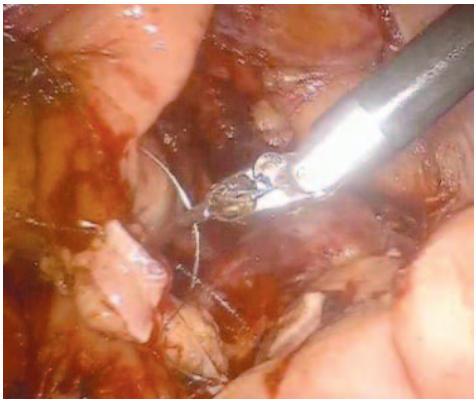

Рис. 21

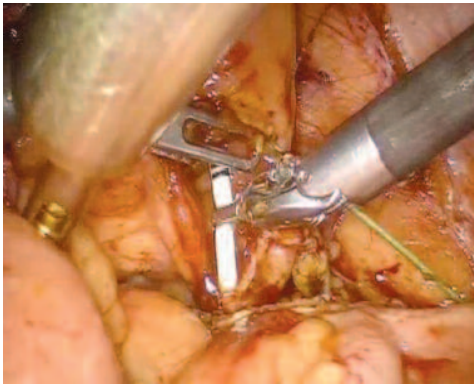

Рис. 22

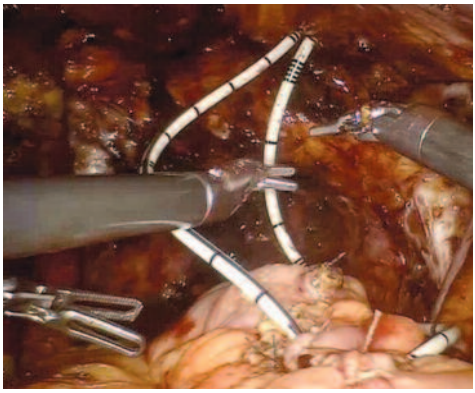

Рис. 23.

– наложение уретеро-резервуароанастомозов (рис. 21).

- установка стентов наружного дренирования (рис.22, 23).

– дренирование брюшной полости.

– ушивание ран (рис. 24).

Рис. 24

Время операции составило 425 мин. Объем кровопотери – 100 мл. При срочном гистологическом исследовании края мочеточников, уретры без опухолевого роста.

Через 24 часа после операции пациент активизирован, начал ходить в пределах палаты. Обезболивание пациента потребовалось только в первые сутки, ненаркотическими анальгетиками. Страховые дренажи удалены на 3-и сутки после хирургического вмешательства. В ОАК анемия легкой степени тяжести. В биохимическом анализе крови без изменений. По данным

контрольных УЗИ брюшной полости патологии не выявлено, ЧЛС почек не расширены. С первых суток пациенту проводится стандартная антибиотикопрофилактика (Цефтриаксон 2,0 1 раз в сутки) и профилактика тромбоэмболических осложнений (Клексан 40 мг). Раны зажиты первичным натяжением. Результат гистологического исследования: Инвазивный уротелиальный рак низкой степени злокачественности (множественные папиллярные опухоли с субэпителиальной инвазией и инвазией во внутренний мышечный слой (опухоль задней стенки)). В 36 исследованных лимфатических узлах опухолевый рост не обнаружен. В краях резекции мочеточника, предстательной железе опухолевого роста нет.

К преимуществам выполнения радикальной цистэктомии с использованием роботизированной системы «Da Vinci» по сравнению с открытой операцией можно отнести: удобство визуализации и работы в ограниченном пространстве таза, уменьшение операционной травмы и, вследствие этого, минимальный болевой синдром, не требующий применения анальгетиков, прецизионная техника наложения анастомозов и выполнения лимфодиссекции. До минимума снижена возможность инфекционных осложнений. Время выполнения операции сопоставимо с открытым вмешательством. Из недостатков возможно отметить высокую стоимость оборудования и расходного материала.

При наличии достаточного опыта хирурга с роботизированной системой «Da Vinci», оснащенности стационара, высокой квалификации сотрудников, операция вполне выполнима.

EverCare

Мобильные технологии здоровья!

- Интернет вещей меняет облик здравоохранения.
- Будущее заключено в Вашем смартфоне!

www.evercare.ru

В Крыму обсудили актуальные проблемы онкологии и урологии

В Севастополе состоялась Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы онкологии и урологии». 26 и 27 марта 2016 года в отеле «Аквамарин» собрались более 300 специалистов: урологов, онкологов, радиологов и химиотерапевтов из разных регионов России и стран ближнего зарубежья.

Организаторы конференции – Благотворительный фонд помощи онкологическим больным Московского научно-исследовательского онкологического института им П.А. Герцена в партнерстве с учреждениями «Национального медицинского исследовательского радиологического центра» Минздрава России, 1-м Медицинским московским государственным медицинским университетом им И.М. Сеченова и Российским обществом урологов. Мероприятие проводилось при поддержке Министерства здравоохранения РФ и Департамента здравоохранения Севастополя.

По статистике, большая часть выявленных случаев злокачественных новообразований относятся к урологии. Онкоурологические заболевания сложно диагностировать, а уровень смертности от них остается очень высоким. Все это, безусловно, определяет актуальность конференции.

Не менее важен и регион проведения. «Отраслевое мероприятие такого масштаба в Крыму проводилось впервые. Место выбрано не случайно, это продолжило политику по интеграции специалистов региона в российскую систему здравоохранения, а также позволило привлечь к проблемам онкологии внимание общественности», – пояснила ***Ирина Николаевна Волнистова***, Директор благотворительного фонда института им. П.А.Герцена, организатора конференции.

Первый день работы был посвящен проблемам диагностики и лечения опухолей мочеполовой системы: рака предстательной железы, почки и мочевого пузыря. В большинстве докладов речь шла о современных стандартах, проблемах диагностики и наиболее популярных методах лечения опухолей – хирургических операциях, химиотерапии, лучевой терапии. Темой ряда выступлений стали возможности новых

технологий. Так, опытом проведения робот-ассистированной радикальной простатэктомии поделился доцент кафедры урологии Московского Государственного Медико-Стоматологического Университета им. А.И. Евдокимова ***Александр Викторович Говоров***.

Обзор ситуации в целом по стране участникам представил Генеральный директор Национального медицинского исследовательского радиологического центра Министерства здравоохранения РФ ***Андрей Дмитриевич Каприн***. Он отметил, что самый высокий показатель заболеваемости зафиксирован в Сибирском федеральном округе. В целом в России смертность от онкоурологических заболеваний за период с 2004 по 2014 годы увеличилась более чем в два раза.

В ходе заседаний были охвачены и достаточно узкие темы. Прозвучал доклад о хирургических аспектах детской онкоурологии, рассматривались проблемы выявления эректильной дисфункции у онкоурологических больных.

В программе второго дня конференции обсуждались заболевания почек,

По статистике, большая часть выявленных случаев злокачественных новообразований относятся к урологии. Онкоурологические заболевания сложно диагностировать, а уровень смертности от них остается очень высоким. Все это, безусловно, определяет актуальность конференции.

верхних мочевых путей, была затронута тема репродуктивного здоровья. О 3D-технологии при операциях на почке рассказал Председатель Российского общества урологов ***Юрий Геннадиевич Аляев***. Большой интерес аудитории также вызвало выступление специалистов, поделившихся опытом реконструктивно-пластических операций на верхних мочевых путях.

Такая насыщенная программа, по мнению участников и организаторов, позволила комплексно подойти к решению проблем онкологии и урологии, что особенно значимо для региона проведения. Как отметил Директор департамента здравоохранения Севастополя ***Юрий Эдуардович Восканян***, заболеваемость злокачественными новообразованиями в городе федерального значения почти на 40% выше, чем в среднем по стране, а смертность – на 33%.

«Мы проводим уже не первое научно-образовательное мероприятие за период присоединения Крыма и Севастополя, были небольшие узкоспециализированные конференции для онкологов, мастер-классы по хирургии злокачественных новообразований, но Всероссийская конференция «Актуальные вопросы онкологии и урологии» – это первое масштабное событие в Крымском регионе, участие в котором приняли большинство ведущих специалистов страны, – подчеркнул заместитель директора, руководитель отдела по работе с регионами Московского научно-исследовательского онкологического института им П.А. Герцена ***Александр Павлович Гнатюк***. – Впервые мы рассматриваем диагностику и лечение рака мочеполовой системы в комплексе с широким участием всех специалистов: урологов, онкологов, радиологов, химиотерапевтов. Это должно привести к хорошим результатам».

UroWeb.ru

Межрегиональная общественная организация

www.forumurology.ru

Интернет форум урологов

Адель Измайлов: «То, что для многих – предел совершенства, для нас – обычная работа»

Адель Альбертович Измайлов – врач-уролог высшей квалификационной категории, заведующий отделением урологии Клиники Башкирского государственного медицинского университета, профессор кафедры урологии с курсом ИПО, доктор медицинских наук.

Вместе с коллегами на конференции «Актуальные вопросы онкологии и урологии», проходившей 27 марта 2016 года в Севастополе, он поделился результатами хирургического лечения рака предстательной железы в Республике Башкортостан. В интервью Адель Альбертович рассказал о ситуации с РПЖ в Башкортостане, о новых методах лечения онкологических заболеваний, применяемых в республике.

Адель Альбертович, в мире отмечается рост числа онкологических заболеваний, в частности, рака предстательной железы. Какие меры предпринимаются в республике Башкортостан для выявления пациентов с РПЖ на ранних стадиях?

Ежегодный прирост заболеваемости раком предстательной железы (РПЖ) в России составляет 8%, в Башкортостане – 7,4 %, РПЖ занимает второе место в структуре онкозаболеваний у мужчин (12,9%). Однако коэффициент соотношения заболеваемости и смертности в России состовляет 0,4, что в два раза выше чем в Европе (0,23) и в четыре раза выше чем в США (0,14). Поэтому нам есть, к чему стремиться, есть, над чем

работать, чтобы уменьшить смертность от этого заболевания. .В программу диспансеризации в Республике Башкортостан включен скрининг простатоспецифического антигена (ПСА). Пациентам с высокими цифрами ПСА, на базе Клиники БГМУ, на базе урологических отделений городских больниц республики проводится полифокальная пункционая биопсия предстательной железы, что позволяет выявить значительное количество бессимптомных форм локализованного РПЖ на ранней стадии.

Какие методы лечения были внедрены в Башкортостане за последние годы?

За последние годы в Республике Башкортостан внедрены все методы радикальной простатэктомии (открытая надлонная и промежностная, лапароскопическая, нервосберегающие). Кроме обычных операций по показаниям мы выполняем малоинвазивные вмешательства такие как брахитерапия рака предстательной железы, криоабляция предстательной железы, широко используем радионож в лечении локализованных форм РПЖ.

Каковы результаты: выживаемости, количества осложнений, качества жизни?

При локализованном РПЖ результаты лечения зависят от агрессивности опухолевого процесса. У пациентов с низким риском биохимический рецидив развивается не более чем в 25% случаев за пятилетний период наблюдения, у пациентов с промежуточным риском 25-50%, с высоким более чем в 50 % случаев. Поэтому мы находимся в тесном контакте с радиологами и химиотерапевтами и по показаниям в послеоперационном периоде проводим адъювантную лучевую терапию пациентам с положительным хирургическим краем или гормональную терапию пациентам с метастатическим поражением лимфатических узлов, не выявленном на этапе предоперационного обследования. хирургического лечения. Если говорить о брахитерапии, радионоже и криоабляции предстательной железы, то мы берем на все эти методики пациентов с низким риском, и, есоответственно получаем хорошие результаты лечения.

Что бы Вы порекомендовали специалистам, которые занимаются лечением пациентов с РПЖ?

Строго следовать рекомендациям Европейской и Американской ассоциаций урологов, осваивать малоинвазивные методы лечения: лапароскопические, эндоскопические. Если позволяют

финансовые возможности – приобрести роботическую установку и выполнять роботические операции. Роботическая простатэктомия имеет некоторые преимущества при оценке анализа осложнений, она легче в освоении, чем более доступная и дешевая лапароскопическая, методика. Операция действительно малоинвазивная и малотравматичная. Быстрая реабилитация пациентов: на четвертый-пятый день их можно выписать вполне, им не нужны анальгетики. Мы ждем, когда на российском и мировом рынках появится здоровая конкуренция роботической техники, чтобы этот метод был дешевле и доступнее для всех граждан России. Насколько я знаю, некоторые европейские и американские компании готовят к презентации свои роботические установки. Главный уролог России Дмитрий Юрьевич Пушкарь ведет работу над созданием отечественного робота. Надеюсь дожить до того времени, когда рынок роботов станет конкурентоспособным, расширится география использования роботической техники, и роботическая хирургия будет применяться в каждой районной больнице. ■

UroWeb.ru

Etta

ANDROID APP ON Google play | Available on the App Store

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

Экспресс-анализ мочи

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

Вес: 180 г
300 анализов на одном заряде батареи
Ресурс: 5000 исследований
Гарантия 12 месяцев
Беспроводной протокол передачи данных
Простота эксплуатации
Результат за 1 минуту
Бесплатное мобильное приложение

- Условия применения:

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

11 исследуемых параметров

- ИССЛЕДУЕМЫЕ ПАРАМЕТРЫ

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

E-mail: **info@ettagroup.ru**

Производитель ООО «ЭТТА»
ettagroup.ru

Андрей Рябов: «Детская онкология - другая планета, со своими особенностями, лечением, прогнозированием»

Андрей Борисович Рябов – руководитель отдела торакоабдоминальной онкохирургии Московского научно-исследовательского онкологического института им П.А. Герцена (филиала ФГБУ Национальный медицинский радиологический центр Минздрава России), доктор медицинских наук. 26-27 марта 2016 года он принимал участие во Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы онкологии и урологии». На заседании в Севастополе он выступил с докладом на тему «Хирургические аспекты детской онкоурологии». В интервью Андрей Борисович рассказал об особенностях детской онкологии и методах выявления заболеваний на ранней стадии.

Считается, что в мире наблюдается рост числа онкологических заболеваний. Согласны ли Вы с этим?

Действительно, мы наблюдаем рост заболеваемости по целому ряду онкологических заболеваний. Большую роль, особенно у взрослых, в этом играют модифицирующие факторы, такие как внешняя среда. И многие онкологические заболевания – это болезни больших городов, мегаполисов с развитой промышленностью. Мы видим, что прогресс может иметь негативную сторону – увеличение числа пациентов с онкологией. Но по некоторым заболеваниям в различных регионах мира есть улучшения показателей благодаря выявлению болезни на ранних стадиях. Так, в Японии достигнуты хорошие результаты в отношении рака легкого и желудка. А в ряде штатов

США в результате многолетней борьбы с курением есть тенденция снижения заболеваемости раком легкого.

Динамика количества онкологических заболеваний часто имеет волновой процесс: то вниз, то вверх, но общая тенденция – вверх. На место инфекционных болезней, которые были основными причинами смертности в прошлом, например, чума и оспа, пришли новые, неинфекционные, заболевания, которые беспокоят человечество.

Какие факторы оказывают влияние на возникновение онкологических заболеваний у детей?

Причинами могут служить наследственные факторы. Если говорить о детской онкологии, то здоровье матери (во всех смыслах) имеет большое значение. Зачастую опухоли у детей связаны с генетическими пороками развития, и входят, в так называемые, генетическими синдромы.

Какие онкоурологические заболевания чаще всего встречаются у детей?

Опухоль почек. Они составляют примерно 5% от всех детских опухолей в структуре детской онкозаболеваемости. То есть вроде бы это не очень частая патология, но доля ощутимая. Так как в 90% случаев новообразование злокачественное – это нефробластома, или опухоль Вильмса.

Саркомы мочевого пузыря и простаты – это тоже злокачественные опухоли, которые редко бывают у взрослых, но они характерны для детского возраста.

Детские опухоли отличаются от опухолей взрослых. Так, герминогенные опухоли яичек бывают как у детей, так и у взрослых, но природа этих заболеваний различна. В плане понимания детской онкологии нужно отдавать себе отчет, что это – другая планета, со своими особенностями, лечением, прогнозированием.

Большую степень важности имеет раннее выявление онокологического заболевания. Как специалисту определить эти ранние стадии у детей?

Существует программа мониторинга детей, начиная с момента беременности. И зачастую некоторые опухоли диагностируют еще внутриутробно, у плода. Выполняется ультразвуковой скрининг, это исследование имеет большое значение.

Детские онкологи читают лекции врачам первичного звена – педиатрам, а также проводят семинары. Эта работа дает специалистам необходимые

знания и формирует у них онкологическую настороженность. Например, часто по внешнему виду ребенка можно заподозрить некоторые генетические синдромы, в состав которых может входить и онкологическое заболевание. Это очень помогает в плане выстраивания программы обследования пациента. Сегодня в детской онкологии применяется весь известный диагностический арсенал: спиральная компьютерная и магнитно-резонансная томографии, а также различные методы эндоскопической диагностики. Но все так же важна способность врача к анализу клинической ситуации и его профессиональная интуиция.

Конечно, факт ранней диагностики имеет архиважное значение для улучшения результатов лечения. От квалификации врача зависит правильность первого шага, даже в понимании того, куда следует направлять пациента.

В структуре онкологической помощи детям значительную роль играет преемственность. Зачастую ребенок

получает лекарственные назначения в одном месте, потом его отправляют для проведения лучевой терапии в другое место, а на хирургию – в третье. Очень важно, чтобы программа лечения была едина на всех этапах. Специалист должен понимать единообразно тайминг, регламент проведения лечения. Несоблюдение сроков начала лечения влияет на результат.

Чтобы специалисты могли предотвратить развитие болезни на ранней стадии, пациенту нужно вовремя обратиться за профессиональной помощью. Поэтому мы проводим просветительскую работу с родителями, чтобы они умели наблюдать за своими детьми. Важно обращать внимание на то, как ребенок кушает, какой у него аппетит, как он набирает вес. Даже эти малые признаки могут подсказать, что нужно пойти на обследование к педиатру. Мы создали портал «Детская онкология РФ» (pediatriconcology.ru). Там есть рекомендации в виде статей и памяток для родителей.

Изменились ли подходы в лечебной тактике?

Безусловно. С появлением новых эффективных методов консервативной терапии у хирургов появилась возможность чаще выполнять органосохраняющие операции. Меньше стало инвалидизирующих пациента вмешательств. Развиваются и хирургические технологии, например, эндохирургия. Но существуют, к сожалению, ситуации, когда невозможно обойтись без больших операций.

Имеются в России реабилитационные центры для детей, перенесших онкологические заболевания?

Реабилитационные центры есть, но их не так много, поэтому создание и восстановление таких учреждений – актуальный вопрос. Очень часто бывает, что ребенок получает в крупном онкологическом центре сложную программу лечения, и между циклами терапии нуждается в профессиональной реабилитации, которую, может быть, сложно реализовать по месту жительства. Кроме того, возможны поздние осложнения терапии, поэтому в критические сроки лучше находиться под наблюдением специалистов.

Вопросы здоровья наших детей, то есть будущего нашей страны нуждаются в мощном патронаже государства. А государство – это в том числе и мы с вами. Мы также несем ответственность, и думаю, многое можем сделать!

UroWeb.ru

Крупные коралловидные камни у детей: взгляд эксперта

Д.С. Меринов
Зав. отделом эндоскопии НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина - филиал НМИРЦ им. Герцена МЗ РФ

Какова частота встречаемости мочекаменной болезни у детей? Есть ли российская статистика?

Известно, что мочекаменной болезнью страдает, по разным данным, от 3 до 5% взрослого населения. В последние годы заболеваемость МКБ среди детского населения растет. В младшей возрастной группе детей до 3 лет частота МКБ составляет 0,6 на 100000. Причиной возникновения МКБ у детей все чаще становятся метаболические нарушения.

Есть ли особенности лечения МКБ у детей?

Учитывая, что МКБ исходно является болезнью обмена веществ, основное лечение должно быть направлено на его коррекцию. В стационаре мы избавляем пациентов от камня и создаем условия для эффективной санации инфецированных мочевых путей. Сейчас во всем мире развиваются малоинвазивные технологии, которые в области лечения МКБ практически вытеснили старые «открытые» оперативные вмешательства. У детей ситуация осложняется миниатюрными размерами почки, что ведет к необходимости использования особого детского эндоскопического инструментария. При выполнении вмешательства необходимо учитывать деликатность строения ЧЛС, высокую степенью мобильности почки, ее поверхностное расположение и высокую чувствительностью к повышению внутрилоханочного давления.

В НИИ урологии выполняются подобные вмешательства?

Конечно. В НИИ урологии накоплен уникальный опыт лечения крупных и коралловидных камней почек у детей до 3 лет с массой тела до 15 лет путем выполнения перкутанной нефролитотрипсии (ПНЛ).

В чем заключается суть и методика операции?

Условно оперативное вмешательство можно разделить на 3 этапа: уретроцистоскопия с катетеризацией почки, выполнение перкутанного доступа в ЧЛС и контактная литотрипсия. Первый этап выполняется с помощью универсального уретронефроскопа 9.5 Ch, что обусловлено миниатюрным строением уретры. Доступ в почку обеспечивается под УЗИ-контролем, преимущественно через нижнюю чашечку, после чего нефростомический ход расширяется до 12-16 CH. Непосредственно для дробления камня используется гольмиевая или пневматическая литотрипсия.

Отличается ли ПНЛ у детей от ПНЛ у взрослых?

У детей мы всегда стремимся к минимизации количества доступов, и применяем все способы предотвращения кровотечения, которое у детей является грозным осложнением, учитывая малый ОЦК.

Сколько детей и за какой промежуток времени прооперировано таким способом? Какова продолжительность госпитализации?

В период с 2008 до 2016 года в нашем НИИ мы выполнили ПНЛ 96 детям – 25 девочкам и 71 мальчикам, средний возраст которых составил 1 год 7 мес. Средний размер камней составил 2,9 см. Как Вы понимаете, это даже для взрослых крупные камни. У большинства детей (68 человек) встречались коралловидные камни размерами около 4,7 см.

Этим 96 детям мы выполнили различные виды ПНЛ: мини-ПНЛ гольмиевым лазером и пневматическим литотриптером была выполнена 85 детям, стандартная ПНЛ – 11 (ультразвуковым и пневматическим литотриптером). У 79 детей удалось выполнить операцию через один доступ, у 19 – через 2 и 3 доступа.

Длительность операции составила около 75 минут, а продолжительность госпитализации составила 3,6 дней.

Можно ли уже говорить о результатах? Были ли осложнения и какие?

Да, общая эффективность составила 83,3%, дополнительные методы лечения – дистанционная литотрипсия потребовалась у 16% пациентов. Осложнения

в виде макрогематурии наблюдалось у 6 пациентов, гипертермии – у 12 детей. Ни одному ребенку не потребовалось переливание крови, ни у одного возник сепсис.

Как можно минимизировать дополнительные методы лечения?

Если подтверждается уратный состав камня, мы в своей практике применяем литолитическую терапию Блемареном как дополнение к хирургическому лечению. Ее основная цель – поддержание требуемого pH мочи в пределах 6,2-6,8. Этим мы достигаем «растворения» уратных, особенно резидуальных камней, предотвращаем риск развития камней после выполнения эндоскопических вмешательств. Как правило, литолитическая терапия Блемареном у детей проводится по той же схеме, что и у взрослых – начиная с ¼ таблетки под контролем pH мочи с последующим титрованием дозы. Перед каждым приемом Блемарена контролируется pH мочи. Препарат назначают больным с кислой мочой (pH менее 5,5); оптимум pH 6,0–6,7. Прием жидкости увеличивается в зависимости от возраста ребенка. У детей старшего возраста для предупреждения кристаллообразования в условиях повышенной экскреции с мочой кальция и экзогенного дефицита магния необходимо уменьшить белковую нагрузку и использовать в пищу магнийсодержащие продукты и/или магнийсодержащие препараты в сочетании с цитратами.

Существуют ли ограничения метода?

Некоторые ограничения есть, но они вполне преодолимы. Это необходимость использования специального эндоскопического оборудования (мини-нефроскоп, линейные пункционные датчики), наличие специализации и достаточного опыта у уролога/хирурга. Плюс миниатюрность строения почки ограничивает свободу действия хирурга, свободу манипуляций во время нефроскопии, что приводит к трудностям полного избавления от камня и может стать причиной резидуальных камней. Как я уже говорил, необходимо стремиться к минимизации доступов, что будет снижать риск кровотечений.

Считаете ли Вы ПНЛ у детей раннего возраста «золотым стандартом» лечения крупных и коралловидных камней?

Я считаю этот метод на данный момент развития детской эндоскопии лучшим методом при данной патологии. Эффективность удаления камней у 83% пациентов, возможность сочетания с ДЛТ в сложных случаях, минимальный риск травмы почки, низкое количество осложнений, и, конечно, короткий период госпитализации позволяют надеяться, что это действительно лучший метод в подобных ситуациях.

Спасибо! ■

Беседовала В.А. Шадеркина

Не держи камень в почках!
БЛЕМАРЕН®

ЦИТРАТ №1 В ГЕРМАНИИ**

ОТПУСК БЕЗ РЕЦЕПТА

БЛЕМАРЕН®
растворяет камни:

- ✔ Уратные
- ✔ Смешанные*
- ✔ Оксалатные

- ✚ Индивидуальный подход к дозированию
- ✚ Поддержание необходимого водного баланса

esparma®

* При содержании оксалатов менее 25% ** По данным компании IMS за 2011 год

115114, г. Москва, ул. Летниковская, д. 16, оф. 306. Тел.: (+7 499) 579-33-70, Факс: (+7 499) 579-33-71. **www.esparma-gmbh.ru www.esparma.ru**

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.
ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ

Регистрационное удостоверение
ЛСР – 001331/07 от 28.06.2011. Реклама

Поздравляем! Профессор из России - в секции инфекций в урологии EAU

В ходе конгресса Европейской ассоциации урологов, проходившего 11–15 марта 2016 года в Мюнхене, частично переизбрано правление секции инфекционных заболеваний. В новый состав вошла доктор медицинских наук, заведующая отделом инфекционно-воспалительных заболеваний с группами клинической фармакологии и эфферентных методов лечения НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал НМИРЦ Минздрава России профессор ***Тамара Сергеевна Перепанова****.*

Традиционно правление каждой секции ЕАУ состоит из 11 человек: 9-ти членов секции, председателя и одного молодого члена правления. В этом году из-за истечения срока полномочий переизбрали председателя: место норвежца Трулса Эрика Бьерклюнда Йохансена занял Флориан Вагенленер из Германии. Также в обновленный состав правления вошли доктора из разных частей мира: Гернот Бонкат, Томассо Каи, Адриан Пилатц, Цафер Тандогду и Тамара Сергеевна Перепанова. Стоит отметить, что профессор Перепанова – первый представитель России, вошедший в состав правления этой секции.

Тамара Сергеевна – один из ведущих в России специалистов по инфекционно-воспалительным заболеваниям мочеполовых путей, соавтор книги «Рациональная фармакотерапия в урологии» (совместно с Н.А. Лопаткиным), на протяжении многих лет является сотрудником НИИ урологии, является Председателем Межрегиональной общественной организации содействия эффективному использованию лекарственных средств в урологии «Рациональная фармакотерапия в урологии».

Среди ассоциированных членов секции инфекций в урологии есть еще один представитель России – профессор ***Екатерина Валерьевна Кульчавеня***.

«Это поворотная точка, открытие новой страницы, и мы желаем новой команде под управлением Флориана (Вагенленера) успешных лет впереди», – комментируют в ЕАУ избрание нового состава.

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

Всероссийский курс дистанционного образования «Нейроурология и уродинамика»

Начало курса - декабрь 2015.
Окончание курса - декабрь 2016.

Организаторы курса:

- МООУ «Интернет форум урологов»
- РОО «Общество специалистов нейроурологии и нарушений мочеиспускания»
- Санкт-Петербургское общество урологов
- Общество специалистов по нейроурологии и нарушению акта мочеиспускания

Техническая поддержка:

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

Целевая аудитория – урологи.

Учебный план курса состоит из 13 лекций, которые в свою очередь делятся на подтемы. Тема заключает в себе конкретный теоретический вопрос, дополнительные материалы, практический навык и тестовую проверку уровня знаний.

Цель КДО – предоставить наиболее полную информацию для врачей различных специальностей по нейроурологии и уродинамике.

Учебный план курса:

	Название лекции
1	Эмбриогенез, анатомия, физиология и нервная регуляция нижних мочевых путей.
2	Классификация дисфункций нижних мочевых путей и недержания мочи.
3	Методы обследования больных с нарушениями мочеиспускания.
4	Уродинамические методы исследования.
5	Нейрофизиологические исследования. Гиперактивность мочевого пузыря. Ургентное недержание мочи. Симптоматика, диагностика, лечение.
6	Стрессовое недержание мочи. Симптоматика, диагностика, лечение.
7	Нейрогенные дисфункции нижних мочевых путей. Классификация, патогенез.
8	Болезнь Паркинсона. Урологические аспекты.
9	Нарушения мочеиспускания у больных со спинальной травмой. Клиническое течение, диагностика, лечение. Сексуальные дисфункции у больных неврологического профиля.
10	Нарушения мочеиспускания у больных с периферической нейропатией. Диабетическая цистопатия.
11	Инфравезикальная обструкция. Патогенез, клиническое течение, диагностика и лечение.
12	Снижение сократительной способности детрузора. Патогенез, клиническое течение, диагностика и лечение.
13	Синдром хронических тазовых болей.

ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России
НИИ урологии и интервенционной радиологии
им. Н.А. Лопаткина -филиал ФГБУ «НМИРЦ»
Минздрава России

III научно-практическая конференция
«Мочекаменная болезнь: профилактика, лечение, метафилактика»

Оргкомитет

Председатели конференции:

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

Каприн А.Д.
член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследо- вательский радиологи- ческий центр» Минздрава России, главный уролог АН РФ

Уважаемые коллеги!

Мочекаменная болезнь (МКБ) – одно из самых распространенных урологических заболеваний на территории Российской Федерации с прогрессирующей тенденцией к росту.

История развития методов лечения МКБ претерпевает значительные изменения в последние 20 лет за счет внедрения технических достижений - дистанционной литотрипсии, высокотехнологичного эндоскопического оборудования. В рамках конференции пройдёт демонстрация современных возможностей хирургического лечения МКБ и обсуждение показаний к каждому из представленных методов.

Особое внимание будет уделено аспектам профилактики и метафилактики МКБ, которые долгое время незаслуженно оставались на втором плане лечения уролитиаза.

Рост заболеваемости мочекаменной болезнью требует усиления работы не только стационарного звена, но и амбулаторно-поликлинической службы, в области определения и устранения факторов риска развития, консервативного лечения и предупреждения рецидивирования мочекаменной болезни.

В современных экономических условиях пересмотрены некоторые аспекты ведения пациентов в пользу стационар-замещающих технологий. Стремительно развивающиеся мобильные технологии mHealth позволяют проводить удаленный мониторинг состояния здоровья пациентов не только с целью контроля и коррекции консервативной терапии, но и, что ценно, после оперативных вмешательств.

Мы надеемся, что представленная на конференции информация будет полезна и интересна не только научных сотрудников и состоявшихся практических врачей, но и для молодых ординаторов, студентов старших курсов медицинских ВУЗов, что найдет свое отражение в отдельной секции молодых ученых.

Традиционно будет проводиться трансляция хирургии и докладов на Uro.TV.

Приглашаем к участию!

8-9 декабря 2016 г.

Москва, ул. 3-я Парковая, 51, стр. 4. - НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина, административный корпус, 1 этаж, конференц-зал.

Участие бесплатное. Участникам будут выданы сертификаты

Организаторы:

- «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава России
- НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава России

Члены оргкомитета:

- Сивков А.В.
- Казаченко А.В.
- Меринов Д.С.
- Просянников М.Ю.
- Константинова О.В.
- Голованов С.А.
- Шадёркин И.А.

Рабочая группа:

- Войтко Д.А.
- Цой А.А.
- Галиев Н.А.
- Кастрикин Ю.В.

Требуется регистрация:

- Регистрация на очное участие
- Регистрация на он-лайн трансляцию

Тематики программы:

- Эпидемиология МКБ в России и мире.
- Факторы риска развития МКБ. Роль метаболического синдрома как фактора риска МКБ. Роль инфекции в развитии МКБ.
- Современные методы оценки риска развития МКБ
- Возможности диагностики литогенных нарушений
- Современные возможности оперативного лечения МКБ
- Алгоритмы консервативного ведения пациентов МКБ
- Принципы метафилактики МКБ
- Принципы персонализированной медицины в диагностике, профилактике и лечении МКБ
- Современные формы дистанционного мониторинга за больными МКБ, технологии mHealth
- Принципы профилактики МКБ – что нужно изменить в жизни?

Секция молодых ученых

Доклады от молодых ученых принимаются на конкурсной основе до 01.08.2016 года.
Продолжительность доклада 4 минуты. Планируется награждение отдельных докладчиков.

Контакты:

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

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

Аккредитация врачей: чем грозит, кому и когда

Минздрав России выпустил приказ с утверждением официальных сроков аккредитации специалистов здравоохранения. Приказ Министерства здравоохранения зарегистрирован в Минюсте 14 марта 2016 года, назначены лица, ответственные за реализацию перехода к новой системе.

Первыми в списке идут стоматологи и фармацевты: все, кто получил высшее медицинское образование по этим специальностям, начиная с 1 января 2016 года, должны будут проходить аккредитацию с этого же срока. Следом идет второй этап: с начала будущего года подвергаются аккредитации все, кто окончит специалитет в области «Здравоохранение и медицинские науки» с 1 января 2017 года. Через год к ним присоединятся окончившие ординатуру, магистратуру и бакалавриат, а также обладатели дипломов о среднем специальном образовании. Кроме них, с начала 2018-го должны будут аккредитоваться медики, получившие дополнительное образование по программе профессиональной переподготовки, обучавшиеся за рубежом, а также «лица, получившие иное высшее образование по образовательным программам высшего образования». Ну а те, кто не прошел аккредитацию за время первых трех этапов, подвергнутся ей на четвертом – с 1 января 2021 года.

Сертифицированным специалистам пока, однако, рано волноваться. Планируется, что действующая система сертификатов отойдет в прошлое постепенно, согласуясь с этапами внедрения аккредитации. Медики, у которых срок действия сертификата закончится в текущем году и позднее, «будут проходить процедуру сертификации с их последующим включением в образовательный процесс по системе непрерывного медицинского образования», говорилось ранее в пояснениях к проекту приказа. По окончании срока действия

нового сертификата они начнут проходить процедуру аккредитации специалиста, начиная с 2021 года.

Ранее первый замминистра здравоохранения Игорь Каграманян, назначенный, согласно приказу, ответственным за контроль над ходом работ, рассказал, что главная роль в новой системе аккредитации будет отведена Национальному аккредитационному центру на базе Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Кроме того, на базе региональных медицинских вузов будут созданы базовые окружные центры – всего их планируется основать 12. Вопросами методологии, в свою очередь, займутся экспертно-методологические центры.

Оценивать подготовку специалистов планируется по нескольким фронтам: в процедуру аккредитации войдут тестирование, решение ситуационных задач, выполнение заданий на симуляторах и анализ портфолио специалиста. Ожидается, что для проведения тестов будет сформирована единая стандартизованная база, из которой в ходе экзамена автоматически будет подбираться индивидуальный список вопросов. Решение ситуационных задач в соответствии со специальностью потребует подключения к банку ситуаций объективного структурированного клинического экзамена (ОКСЭ). Что же касается проверки на симуляторах, то она ожидает только специалистов-практиков.

Целью реформы в Минздраве видят унификацию системы медицинского образования: таким образом хотят добиться единого уровня качества предоставляемых знаний, вне зависимости от региона и учебного заведения. Кроме того, таким образом планируется поддерживать непрерывное обучение медиков. Самим специалистам, однако, стоит иметь в виду, что сейчас их усилия по профессиональному саморазвитию могут идти только в зачет личностного роста. Отдельные учреждения, стараясь продемонстрировать свою осведомленность о новой системе, уже сейчас приступили к начислению «баллов» и «кредитов» за участие в конференциях, подготовку публикаций и прочие виды активности. Не будучи включенными в централизованную схему аккредитации, эти мероприятия, скорее всего, ничем не смогут помочь специалисту в плане подтверждения профпригодности. Так что на сегодня практикующим врачам аккредитация мало чем грозит: имеющиеся сертификаты покроют период отладки системы, а за 5 лет, остающиеся до 2021 года, критерии прохождения новых экзаменов, вероятно, станут понятнее.

Материал подготовила
Ю.Г. Болдырева

ДАЙДЖЕСТ ВТОРОГО ЕЖЕГОДНОГО ДИСКУССИОННОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО КЛУБА АССОЦИАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ «АСПЕКТ» в УРОЛОГИИ

«Ошибки консервативной терапии урологических больных»

11 декабря 2015 года традиционно на площадке Инфопространства Event –холл в самом центре Москвы прошло мероприятие "АСПЕКТ" в котором приняли участие урологи Москвы, Московской области, Санкт-Петербурга, Ярославля и других городов России.

Дискуссионно-образовательный клуб Event-холл вызвал огромный интерес у урологов. Помимо выставки, организованной партнерами Ассоциации, врачи приняли активное участие в дискуссиях и дебатах, которые проводили ведущие урологи – эксперты в области консервативной терапии в урологии. Дебаты – совершенно новая интерактивная форма обсуждения самых актуальных вопросов консервативной терапии урологических заболеваний. Все участники дебатов получили пульты для голосования, благодаря которым вся аудитория была вовлечена в интерактив. Помимо голосования, любой участник дискуссии имел возможность не только задать вопросы, но и высказать свою точку зрения и обсудить ее. В данном дайджесте мы хотели бы ознакомить вас с некоторыми аспектами урологических заболеваний, которые поднимались во время обсуждения.

Первые дебаты, которые проводила профессор ***Л.А. Синякова***, были посвящены крайне актуальной проблеме ошибок консервативной терапии острого и рецидивирующего цистита.

Эпиграфом к докладу были взяты слова И.В. Давыдовского «Врачу более чем кому-либо необходимо в интересах науки оглашать не только успехи в медицине, но и ошибки в ней».

Ошибки в лечении неосложненных инфекций мочевых путей возникают из ошибок в диагностике, т.к. учащенное, болезненное мочеиспускание только в 40% случаев обусловлено наличием острого или обострением хронического цистита, поэтому главная ошибка – это упрощенный подход к диагностике нарушений мочеиспускания у женщин.

Ошибки в лечении рецидивирующих ИМП можно разделить на ошибки патогенетической терапии и этиологического лечения:

1. По выбору препарата (микробиологическая эффективность, фармакокинетика, безопасность)

2. По длительности терапии (комплаентность)

3. По способу применения препарата, дозировкам (возникновение резистентности или появление биопленок в случае), а также ошибки профилактической терапии.

Анализу указанных ошибок и принципам рационального лечения больных РИНМП в эру растущей резистентности возбудителей был посвящен разбор клинических случаев.

Рассмотрены также альтернативные методы лечения и различные варианты профилактики, среди которых предпочтение следует отдавать методам неантимикробной профилактики.

Дебаты по литолитической терапии были подготовлены научным сотрудником НИИ УНиРЗЧ Первого МГМУ ***Е.В. Ларцовой***. Екатерина давно занимается вопросами мочекаменной болезни (в особенности коралловидными камнями). В проведении и подготовке доклада ей помогали профессора кафедры А.З. Винаров и В.С. Саенко, доцент кафедры Спивак Л.Г. В ходе дискуссии на эту актуальную тему удалось представить некий определенный алгоритм тактики ведения пациентов с мочекислым нефролитиазом. Данный алгоритм наверняка окажется весьма полезным каждому практикующему урологу.

Даже во время перерыва на кофе научная программа не приостановилась: Президент Ассоциации «АСПЕКТ»

профессор ***А.З. Винаров*** вместе с Председателем Ассоциации доцентом ***Л.Г. Спиваком*** провели мастер-класс по ударно-волновой терапии эректильной дисфункции. Ударно-волновая терапия (ДУВТ) является одним из активно изучаемых в настоящее время и крайне перспективных эффективных и безопасных методов лечения нарушений эрекции. Во время мастер-класса был представлен обзор методики, результаты клинических исследований, в том числе собственного исследования, проводимого с коллегами из Германии и Испании. Показаны принципы действия двух различных аппаратов по ударно-волновой терапии и показано реальное действие одного из этих аппаратов. Демонстрация вызвала бурную дискуссию, в которой принял участие гость конференции профессор ***П.А. Щеплев*** – президент дружественной АСПЕКТУ Ассоциации андрологов России ПААР.

После кофе-брейка участники конференции прослушали сообщение доктора ***В.А. Кияткина*** (ФГБУ «РНЦ медицинской реабилитации и физиотерапии»), посвященный литокинетической физиотерапии. В докладе представлена значимость проблемы малоинвазивных методов терапии пациентов с мочекаменной болезнью. Представлены данные об исследовании накожного воздействия различных физических факторов при накожном и внутрипо-

лостном применении. В клинических наблюдениях применялись преформированные физические факторы: синусоидальные модулированные токи, динамическая амплипульстерапия, ультразвук, импульсное низкочастотное магнитное поле, а также естественные физические факторы: лечебно-столовая минеральная вода Московского типа, йодобромные и хлоридные натриевые ванны, радон в виде радоновых ванн и питья радоновой воды. Наиболее эффективными видами физиотерапевтических комплексов для выведения фрагментов камня из ЧЛС почки и верхней и средней трети мочеточника являлись динамическая амплипульстерапия с питьем Московской минеральной воды и йодобромными ваннами (86,7% случаев отхождения фрагментов камня из члс и верхней трети мочеточника) и радонотерапия (53%) по сравнению с другими комплексами.

Следующие дебаты были посвящены ошибкам консервативного лечения пациентов с ГПЖ. Доцент ***Л.Г. Спивак*** представил на суд участников наиболее спорные аспекты терапии пациентов с аденомой простаты – не только данные, которые фигурируют в национальных руководствах по лечению ГПЖ, но и ту информацию, которая только появляется в формате единичных публикаций и клинических исследований, но при этом вызывает острейший интерес у практикующих урологов. Аудитория активно обсуждала различные варианты медикаментозной терапии, остановившись на том, что на современном этапе консервативной терапии комбинированная терапия является наиболее обоснованной как с позиции патогенетического и симптоматического лечения, так и с учетом прогрессирующего характера данного заболевания.

Одними из наиболее запомнившихся аудитории докладов были сообщения доктора наук ***П.Г. Шварца*** и профессора ***А.З. Винарова***, посвященные нейрофармакологии мочеиспускания и новым возможностям консервативной терапии расстройств мочеиспускания. Эти сообщения были последовательными и дополняли друг друга. Если основной целью доклада доктора Шварца была демонстрация разнообразия причин различных состояний, ведущих к расстройствам мочеиспускания, то лекция профессора Винарова в первую очередь представляла практическое значение для уролога, желающего быть в курсе самых современных, только что появившихся в арсенале

специалистов консервативной терапии лекарственных средств. В ходе лекции профессор ознакомил аудиторию с практической стороной вопроса коррекции расстройств мочеиспускания на самом современном уровне.

Одни из наиболее противоречивых и дискутабельных дебатов выпали на долю доктора наук ***К.Л. Локшина***, который представил перед аудиторией ошибки терапии хронического простатита. Оживленная дискуссия в аудитории была посвящена ошибкам как терапии (в первую очередь антибактериальной), так и диагностики. Несмотря на высочайшую распространенность хронического простатита, до сих пор не только лечение, но и обследование пациента вызывает многочисленные вопросы и зачастую не обходится без ошибок. Константину Леонидовичу удалось очень аргументированно донести до аудитории множество спорных моментов и доказать правильность выбора тактики обследования и лечения. В дискуссии принимали активное участие все доктора. Особенно хотело бы поблагодарить доктора Рохликова Игоря Михайловича, любезно принявшего приглашение участвовать в модерации этих дебатов.

Дебаты, посвященные ошибкам терапии бесплодия, проводил профессор ***И.А. Корнеев*** из Санкт-Петербурга. Тема эта, к сожалению, с каждым годом приобретает все большую актуальность, о чем свидетельствует популярность и развитие вспомогательных репродуктивных технологий. Игорь Алексеевич в ходе дебатов приводил различные ситуационные примеры, наглядно демонстрирующие возможности диагностики и лечения, помогающего консервативно решить вопросы бесплодия.

Дебаты, посвященные вопросам хронической тазовой боли проводил профессор ***А.В. Зайцев***. Синдром хронической тазовой боли – наличие постоянных или повторяющихся эпизодов боли, воспринимаемой в структурах таза, как мужчинами, так и женщинами. Она нередко ассоциирована с симптомами нижних мочевыводящих путей, сексуальной, кишечной, гинекологической дисфункцией или нарушением функции тазового дна при отсутствии инфекции и другой очевидной патологии. Андрей Владимирович подчеркнул, что в настоящее время произошел фундаментальный поворот в нашем понимании подхода к изучению и лечению этих состояний. Они не рассматриваются больше как органцентрические заболевания, а характеризуются наличием разнообразных клинических фенотипов, что позволяет разрабатывать более рациональную, ориентированную на пациента междисциплинарную, мультимодальную терапевтическую стратегию. В настоящее время предлагается использование в клинической практике системы для фенотипирования и определения опти-

мального, индивидуального лечения пациентов с ХТБ. «Гипотеза снежинки», предложенная в 2009 в отношении СБМП/ИЦ и ХП/СХТБ, основывается на концепции, что нет двух одинаковых пациентов, как и похожих снежинок, хотя они все остаются снежинками и снежная масса выглядит однородной. Профессор продемонстрировал пилотную систему UPOINT, состоящую из 6 доменов (координат): мочевые симптомы, психосоциальная дисфункция, орган-специфический, инфекционный, неврологический/системный и мышечно-спастический. Эта система была предложена профессорами Nickel, Shoskes и Irvine-Bird на основании «гипотезы снежинок». Каждый домен имеет клиническое определение, связан с определенным механизмом появления или распространения симптомов и ассоциирован с определенным видом лечения. Пациенты с хроническими тазовыми болевыми синдромами в урологии имеют различные и нередко множественные причины боли. Во многих случаях необходима мультимодальная терапия. Система UPOINT разработана не для диагностики СБМП/ИЦ или ХП/СХТБ, но позволяет классифицировать пациентов с предположительным наличием этих синдромов на клинически значимые фенотипы, облегчающие проведение рациональной терапии.

В течение многих лет в изучении проблемы ХТБ внимание исследователей было направлено на периферические, органные механизмы – воспаление и инфекционные процессы. Экспериментальные и клинические исследования показали, что многие механизмы хронических болевых синдромов у этих больных находятся внутри центральной нервной системы (ЦНС). Профессор Зайцев подчеркнул, что необходимо более глубокое понимание механизмов инициации и поддержания ХТБ и церебральные корреляции могут стать новыми многообещающими терапевтическими целями.

Перед финальными дебатами вновь выступил Президент АСПЕКТа ***Андрей Зиновьевич Винаров*** с докладом по консервативному лечению пациентов с ангиомиолипомой.

В последнюю сессию дискуссионно-образовательного клуба «Аспект» выступил профессор кафедры урологии ПМГМУ имени И.М. Сеченова, доктор медицинских наук ***Ника Джумберович Ахведиани***. Свой первый доклад он посвятил проблеме эректильной дисфункции, акцентируя внимание преимущественно на правильном ведении пациентов с указанным заболеванием и типичных ошибках диагностики и лечения. Большое внимание было уделено выявлению распространенных факторов риска нарушений эрекции. Обращено внимание на то, что эректильная дисфункция является важным маркером состояния сердечно-сосудистой системы мужчины. Так же было отмечено и детализовано негативное

влияние на эрекцию гипогонадизма, а также разных видов консервативного и хирургического лечения рака простаты.

Диагностический поиск при нарушениях эректильной функции было рекомендовано разделять на базовый и специализированный блоки для эффективного выявления заболевания и предрасполагающих к нему состояний, а также определения оптимальной тактики лечения. В завершении доклада была подтверждена актуальность ступенчатого подхода в терапии расстройств эрекции с движением от наименее агрессивных воздействий (коррекции видоизменяемых факторов риска и применения ингибиторов фосфодиэстеразы-5) до инвазивных способов (интракавернозных инъекций и фаллопротезирования).

Во втором своем выступлении Ника Джумберович представил интересные дебаты по проблеме преждевременной эякуляции. В начале выступления было подчеркнуто, что вопреки распространенному мнению ускоренное семяизвержение является самой частой сексуальной дисфункцией у мужчин. Было обращено внимание на современное определение преждевременной эякуляции, предложенное в Российской Федерации и учитывающее недостатки ранее существующих дефиниций.

Для упрощенной и эффективной скрининговой диагностики указанного сексуального нарушения рекомендовано применять отечественный неквантитивный опросник «Критерии преждевременного семяизвержения» (КриПС). Автор доклада подчеркнул высокую важность дифференциальной диагностики первичной и вторичной форм ускоренной эякуляции, а также псевдоформ заболевания (вариабельного и субъективного преждевременного семяизвержения) в связи с существенной разницей в лечебной тактике. При рассмотрении доступных в Российской Федерации лечебных методик, применяемых при первичном варианте заболевания, отмечена высокая опасность и недопустимость использования «off-label» селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, относящихся к антидепрессантам и несущих риск для жизни здоровья пациентов. В связи с отсутствием на отечественном рынке основного медикамента для лечения первичного преждевременного семяизвержения – дапоксетина, обозначена доминирующая роль хирургических методов коррекции эякуляторной функции по строгим показаниям. При вторичной преждевременной эякуляции даны рекомендации по выявлению и эффективной терапии причинных заболеваний (хронического простатита, эректильной дисфункции и гипертиреоза).

Данное выступление, так же как и предыдущее, завершалось информативными клиническими примерами, вызвавшими оживленную дискуссию в зале.

URO TV

Урологическое ТВ

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

uro.tv

IV научно-практическая конференция «Малоинвазивная онкоурология: рак предстательной железы»

25 ноября 2016 года

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина - филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России
МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России
МРНЦ им. А.Ф. Цыба - филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России

On-line трансляция Uro.TV

Техническая и информационная поддержка МООУ «Интернет форум урологов»

Заинтересованная аудитория: урологи, онкоурологи, онкологи, радиологи, патоморфологи, химиотерапевты.

Оргкомитет конференции

Председатели:

Каприн Андрей Дмитриевич – генеральный директор ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, главный уролог АН Ф, член-корреспондент РАН, член-корреспондент РАО, доктор медицинских наук, профессор

Аполихин Олег Иванович – директор НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиала ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор

Научный руководитель:

Борис Яковлевич Алексеев – заместитель генерального директора по научной работе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, ученый секретарь Российского Общества Онкоурологов.

Организаторы:

- Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации
- НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России
- МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России
- МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России
- МООУ «Интернет форум урологов»

Тематики программы:

- Эпидемиология рака предстательной железы
- Скрининг рака предстательной железы: за и против
- Возможности лучевой диагностики рака предстательной железы
- Таргетная биопсия предстательной железы
- Активное наблюдение у больных раком предстательной железы
- Клинически незначимый рак предстательной железы
- Геномные и постгеномные технологии в диагностике, прогнозировании и лечении рака предстательной железы
- Аблативные технологии в лечении рака предстательной железы: HIFU, лазерная абляция, радиочастотная терапия, фотодинамическая терапия и др.
- Лучевая рака предстательной железы – кибернож, брахитерапия, конформная лучевая терапия и др.
- Химиотерапия рака предстательной железы
- mHealht – дистанционные, мобильные и IT технологии в менеджменте рака предстательной железы

Адрес проведения мероприятия:

Россия, Москва, ул. 3-я Парковая, дом 51, корп. 4,
конференц-зал административного корпуса
Участие бесплатное

Контакты для спонсоров и рекламодателей:

Шадёркина Виктория Анатольевна
+7 (926) 017-52-14
viktoriashade@uroweb.ru

Юрист и венеролог: Ошибки в диагностике и лечении ИППП

Новый формат на X Всероссийской научно-практической конференции «Рациональная фармакотерапия в Урологии – 2016» был задан мастер-классом «Что скрывают ошибки в диагностике и лечении ИППП? Особое мнение венеролога и юриста: как лечить без последствий?», который представили два специалиста – профессор, доктор медицинских наук ***Алексей Алексеевич Хрянин*** *(Новосибирск) и доцент кафедры гражданского права и процесса ЮУГУ, кандидат юридических наук* ***Маргарита Владимировна Радченко*** *(Челябинск).*

В своем подробном выступлении специалисты затронули следующие темы:

• Достоверная лабораторная диагностика ИППП – залог уверенности в правильном диагнозе. Какие отечественные рекомендации имеют юридическую силу в лечении ИППП?Может ли российский врач использовать зарубежные руководства в повседневной практике?

• Правильный выбор препарата в лечении ИППП – внимательно читаем инструкцию или рекламную брошюру.

• В чем принципиальная разница между рекомендуемыми и альтернативными схемами лечения ИППП?

• Превышение рекомендуемой дозы препарата – вред или польза для пациента?

• Эмпирическая терапия ИППП: за и против. Бренд или генерик – есть ли разница?

• Как врачу избежать юридических исков: всегда ли прав пациент?

• Как правильно оформить лечение пациенту: пишем рецепты (МНН) или в произвольной форме указываем торговые названия лекарственных препаратов?

Обширный доклад эксперты начали с неутешительной статистики. Возможно, россияне – самые недисциплинированные пациенты в мире. Согласно результатам недавнего опроса, проведенного среди участников социальной сети, 51% респондентов лечатся самостоятельно и обращаются к врачу

только в крайнем случае, 32% идут за медицинской помощью и только при отсутствии возможности лечатся сами, 8% заявили, что не болеют и еще 9% затруднились с ответом. У пациентов проявляется тотальное недоверие к медикам, которое спикеры связали с особенностями российского менталитета. Кроме того, российское население не очень ценит свое здоровье как экономическую категорию. Дело здесь не только в особенностях национального характера, но и в отсутствии у граждан достаточного объема информации о своем здоровье. Зачастую во всех бедах винят врача, который не всегда надлежащим образом проводит обследования и назначает ту или иную схему терапии.

Проблема связана также с системой лекарственного обеспечения на территории РФ. Если в большинстве стран мира серьезные препараты пациент может приобрести исключительно по рецепту врача, то в России зачастую рекомендатором выступает человек, торгующий в аптеке. Его советы носят, как правило, очень субъективный характер и направлены, в первую очередь, на увеличение прибыли. Врачом он не является, и никаких претензий к нему потом предъявить невозможно.

Сегодня, по данным ВОЗ Россия занимает 130 место в мире по качеству официальной медицины, в том числе, в силу ее низкой доступности. К сожалению, по мнению экспертов, это связано еще и с тем, что врачу, практикующему в смежных специальностях, к примеру, урологии и венерологии, не всегда хватает квалификации для того, чтобы найти верный подход к сложной клинической картине. И, конечно, особо тщательного подхода требует поиск взаимопонимания между врачом и пациентом. «Наша цель – показать вам те, может быть, типичные ошибки для их избежания, – подчеркнула Маргарита Радченко. – Ситуация, когда врач был вершителем, патерналистская система здравоохранения уходит в прошлое. Мы переходим на более гибкую систему взаимоотношений “врач–пациент”, более конформистскую, и, в то же время, никто ответственности с врача не снимает. В этом основная проблема и основной конфликт сегодняшней медицины».

Лабораторная диагностика

Достоверная лабораторная диагностика инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) – залог уверенности в правильном диагнозе. Эксперты продемонстрировали целый набор результатов лабораторных исследований, проведенных, на их взгляд,

неудовлетворительно, с нарушением установленных норм, грозящих неблагоприятными последствиями как пациенту, так и врачу.

Так, на одном из показанных бланков trichomonas vaginalis была отмечена как «воздушно-капельная инфекция», в другом документе упоминалось наличие «единичных свежих трихомонад». Назначенный пациенту-мужчине иммуноферментный анализ включает в себя проверку на хламидиоз, уреаплазмоз и микоплазмоз без уточнения конкретного возбудителя: таким образом, дорогостоящий метод диагностики не позволяет достоверно установить диагноз. Такой подход ведет к частым обвинениям сотрудников здравоохранения в некомпетентности и «выкачиванию денег».

В других представленных документах расходятся результаты проведенных анализов на наличие одних и тех же возбудителей, некорректно проставлены даты (возможно стремительное «размножение» культуры бактерий за 1–2 дня), не указаны технологии забора материала или проведения исследования, стоят нереалистичные сроки выполнения самих анализов. По итогу главная проблема – назначение большого количества затратных и ненужных исследований, не позволяющих провести качественную диагностику на их основании. Некорректное ведение документации только осложняет дело. Дополнительно затрудняет ситуацию отсутствие установленной формы бланка. На сегодня 1030-й приказ Минздрава СССР, устанавливавший альбом форм, юридически утратил свою силу, но продолжает действовать де факто в связи с отсутствием нового альбома.

При этом, как отметила Маргарита Радченко, любой анализ не является единственным и достаточным для постановки диагноза. Всегда лечат именно пациента, а не анализ. Рассматривая результаты, полученные лабораторным путем, врачу необходимо учитывать множество факторов: оснащение лаборатории, то, каким образом взят материал, какова была технология проведения анализа, наличие или отсутствие предыдущего лечения, сопутствующие инфекции и так далее. В конечном итоге постановка диагноза и назначение терапии являются строгой прерогативой врача, а не лаборантов.

«Врачу-клиницисту следует задать себе следующие вопросы: можете ли вы доверять результату анализа, полученному в вашей лаборатории? Получите ли вы тот же результат, если отправите эту пробу в другую лабораторию? Возможны ли здесь разночтения?» – подчеркнул Алексей Хрянин. Самое же

главное, по его словам, – не идти на поводу у сомнительных результатов и требовать дообследования при наличии любых несоответствий.

В случае несогласия пациента с результатами проведенного анализа необходимо оформить письменное уведомление, свидетельствующее о том, что доктор донес до пациента соответствующую информацию со своей точки зрения. Впоследствии, если дело дойдет до разбирательства, такой документ способен укрепить позицию врача в суде. Кроме того, следует помнить, что ни одна медицинская организация и ни один специалист, заинтересованные в том, чтобы иметь больного в качестве своего клиента, не могут являться экспертом тех действий, которые проводились ранее в другом месте. Это ситуация так называемого конфликта интересов. Зачастую пациент приходит в суд с новыми заключениями и анализами от неких медицинских организаций, чтобы предъявить претензии к тем, кто лечил его до этого. В процессе выясняется, что у больного заключен договор на платные медицинские услуги с текущими «экспертами». Несомненно, такое заключение будет юридически безупречно, и оно никак не может заменить судебно-медицинскую экспертизу, которая будет проводиться специалистом.

Рекомендуемые и альтернативные методы лечения ИППП

Современные клинические рекомендации разделяют рекомендуемые и альтернативные схемы лечения. Первые подразумевают обеспечение наилучшего соотношения между необходимой эффективностью и доказанной безопасностью применения средств. Вторые – обеспечение приемлемых результатов лечения при отсутствии возможности использования рекомендованных схем в силу различных обстоятельств. Однако в российской практике лекарственные средства, представленные внутри рекомендуемых и альтернативных схем, зачастую могут рассматриваться как равнозначные.

Теоретически, при наличии определенных руководств, врач не может, минуя рекомендуемые схемы, назначать альтернативные. При обращении к ним такой выбор необходимо обосновать, объяснить, почему не назначаются препараты первой линии. Причинами тому могут быть индивидуальная непереносимость, физиологические состояния, возрастные ограничения и так далее. Согласно принципам доказательной медицины, в результате должны назначаться эффективные средства с доказанной безопасностью воздействия: нельзя ставить то или другое в приоритет.

Оценить эти параметры, однако, зачастую не так просто: с 1967 года по настоящее время в мире в медицине накопилось более 20 млн медицинских исследований: объем, на изучение которого недостаточно всей жизни. Канадские специалисты (университет Мак-Мастер, Торонто) в 1990 году создали рабочую группу для совокупного анализа и обобщения имеющихся материалов. В результате была разработана технология поиска, анализа, обобщения и применения медицинской информации, позволяющая принимать оптимальные клинические решения. Новая парадигма клинической медицины отличается от прежней меньшим воздействием субъективного фактора на выбор критериев диагностики и терапии, а также требует от врача критической оценки мнений различных экспертов и результатов клинических исследований.

Сегодня существует следующая градация степени достоверности результатов исследований:

- Высокая достоверность – информация основана на результатах нескольких независимых клинических испытаний с совпадением результатов, обобщенных в систематических обзорах.
- Умеренная достоверность – информа-

ция основана на результатах по меньшей мере нескольких независимых рандомизированных контролируемых и близких по целям контролируемых исследований.

• Ограниченная достоверность – информация основана на результатах одного КИ, не удовлетворяющего критериям качества (например, без рандомизации).

• Неопределенная достоверность – строгие научные доказательства отсутствуют (КИ не проводились), утверждение основано на мнении экспертов.

Таким образом, личный опыт даже самого прославленного специалиста требует критического осмысления и перепроверки. Большего доверия заслуживают результаты исследований, проведенных должным образом, и метаанализ.

«Сегодняшние каноны доказательной медицины близко подходят к юридическим критериям, – пояснила Маргарита Радченко. – В юриспруденции есть понятие источника права, такие источники делятся на нормативные и ненормативные. Когда суд начинает разбирать ту или иную ситуацию, статьи доктора юридических наук, даже если их будет очень много, будут являться не источниками правоприменительной практики, а доктриной. Так и здесь, когда речь идет о рекомендуемых и альтернативных схемах терапии».

Таким образом, любое отступление от рекомендованных алгоритмов требует объяснения. Крайне полезно составление этапного эпикриза. Идиосинкразия, планирование беременности, лактация, – все это может стать поводом для применения альтернативных схем, но должно быть тщательно обосновано.

Кроме того, в ряде случаев инструкции лекарственных препаратов могут не успевать в своем изменении за клиническими рекомендациями и протоколами лечения или противоречить им. О таких случаях доктор должен информировать пациента, полезно указание конкретных исследований, на основании которых принимается решение о назначении. Если этого нет, возникает то, что в юридической практике называется «эксцессом исполнителя», и врач должен принять на себя полную ответственность за свои действия.

Иммуномодуляторы и комплексное лечение ИППП

Не секрет, что во время бума свиного гриппа иммуномодуляторы продаются за тройную цену. При этом, если говорить об иммунотерапии, российских врачей сегодня можно разделить на две неравные группы: иммунофилов и

иммунофобов. Как отметил Алексей Радченко, нагнетание страстей вокруг этого вопроса тоже наверняка кому-то выгодна: предыдущие назначения, с которыми пациенты приходят на прием, сплошь содержат в себе множество иммуномодуляторов. Сами иммунологи не всегда могут объективно оценить их

действие, но что же происходит, когда одновременно назначены 2–3 препарата и насколько оправдано их применение при ИППП?

Мета-анализ англо- и русскоязычной литературы, проведенный Ю.Е. Елисеевой и О.А. Мынбаевым, показывает, что существуют иммуномодуляторы, которые опасно использовать в силу недостаточной изученности: они вообще не проходили клинические испытания. К наименее исследованным препаратам относятся, в частности, арбидол и амиксин. Наиболее же изученный на сегодня класс – интерфероны.

Однако интерферонов в семействе молекул тоже много: альфа-, бета-, гамма- и лямбда-интерфероны могут применяться с различными целями. Здесь нужно понимать, о какой инфекции идет речь: бактериальной или вирусной? На какой иммунитет необходимо воздействие, клеточный или гуморальный? Острая или хроническая ситуация требует этого воздействия?

В частности, интерферон-гамма обладает противовирусным, противоопухолевым и антибактериальным действием. На сегодня есть данные о том, что он полностью ингибирует рост chlamydia trachomatis в высоких дозах, а в низких – наоборот индуцирует развитие морфологических аберратных включений. Функции интерферона-гамма при инфицировании chlamydia trachomatis включают в себя усиление экспрессии антигенов клеточных мембран, в том числе, антигенов главного комплекса гистосовместимости I и II классов; симуляцию выработки ИЛ-1В и ИЛ-2; активацию и стимуляцию выработки иммуноглобулинов В-лимфоцитами.

На сегодня в России есть всего один препарат интерферона-гамма, зарегистрированный с 2006 года, – Ингарон. Он выпускается в форме лиофилизата для приготовления раствора для внутримышечного и подкожного введения, флаконы по 100 000 и 500 000 МЕ.

Среди показаний к применению в составе комплексной терапии, в частности, урогенитальный хламидиоз, ВИЧ/СПИД инфекция, туберкулез, грипп, в том числе, «птичьего» происхождения, вирусный гепатит В и С, хронический простатит, папилломавирусная инфекция, профилактика инфекционных осложнений при хронической гранулематозной инфекции и онкологические заболевания (в качестве иммуномодулятора, в том числе, в комбинации с химиотерапией). Кроме того, Ингарон демонстрирует высокую эффективность в монотерапии генитальной герпесвирусной инфекции и опоясывающего лишая.

Однако при назначении такой терапии, как подчеркнул Алексей Хрянин, очень важно, во-первых, внимательно сверяться с инструкцией, которая, будучи главным юридическим документом, способна защитить врача от непредвиденных последствий, а во-вторых, осознавать эффективность иммунотерапии только при комплексном применении. «Согласно принципам доказательной медицины, каждое клиническое решение должно базироваться на строго доказанных научных фактах. Важно понимать, что в здоровом организме концентрация любых интерферонов очень мала. Она повышается, когда организм получает сигнал тревоги – при инфицировании бактериями или вирусами. Интерфероны – это первая волна, которая запускает последующие несколько волн продукции интерферонов, активации клеток иммунитета. Это целая стратегия организма в борьбе с патогеном, энергозависимый процесс. Когда вводится конкретная дозировка интерферона, это одна ситуация. Если вводится индуктор интерферона – ситуация другая. В случае с индуктором последующий процесс математически сложно спрогнозировать. Нужно понимать, что вы делаете и с какой целью вы это делаете», – отметил эксперт.

Другой пример, требующий комплексного подхода, – лечение хронического простатита. Актуальные данные говорят о наличии средств, позволяющих при разумном применении решить эту проблему. Для наглядности было приведено исследование по оценке влияния цитомединов (препараты, представляющих собой высокоочищенную вытяжку ядерных белков) на кровоснабжение и микроциркуляцию в предстательной железе больных хроническим инфекционным уретропростатитом с применением препарата Витапрост. В нем принимали участие 35 пациентов от 18 до 55 лет, с диагнозом хронический уреопростатит и урогенитальная инфекция, при давности

заболевания от 6 месяцев до 2 лет. У первой группы пациентов (без применения Витапроста) терапия существенно не повлияла на состояние микрогемодинамики предстательной железы и не устранила недостаток артериального притока и явления застоя в венулярном звене. Вторая группа (с Витапростом) продемонстрировала положительную динамику клинической картины, улучшение как качественных, так и количественных показателей кровотока и микроциркуляции предстательной железы.

Зачастую – у 35% пациентов – хронический простатит сочетается с проблемой преждевременной эякуляции. Для ее корректировки в методические рекомендации Департамента здравоохранения г. Москвы относительно недавно включен аминокислотный препарат Нейродоз. В декабре 2014 года проф. И.В. Виноградовым было произведено сравнительное рандомизированное плацебоконтролируемое исследование применения Нейродоза для коррекции преждевременной эякуляции у пациентов с хроническим бактериальным простатитом. Согласно выводам работы, для более успешной терапии необходимо увеличить концентрацию прекурсоров серотонина в пресинаптической щели, таких как тирозин, фенилаланин, триптофан и глютамин: все они входят в состав препарата. Также содержащиеся в составе витамин В6 и магний уменьшают роль психогенного компонента при преждевременной эякуляции. Таким образом, применение Нейродоза эффективно после прохождения терапии антибиотиками.

Как подчеркнула Маргарита Радченко, факт включения этого препарата в методические рекомендации врач имеет право озвучивать для пациента. Наличие актуальных исследований и клинических рекомендаций относительно лекарства, с которыми знакомят больного, означает, что доктор действует в соответствии со всеми канонами, не только медицинскими, но и юридическими.

Какие отечественные рекомендации имеют силу в лечении ИППП?

Как отметила Маргарита Радченко, любые клинические рекомендации, пригодные для использования в практике, являются официальным документом, а слово «документ» априори означает некий нормативный акт, изданный на бумаге. Безусловно, документы и нормативные акты могут иметь разный уровень, но печать, шаблон, реквизиты необходимы, так как указывают на определенный орган, обладающий со-

ответствующими компетенциями. Это может быть не только Минздрав, но и некоммерческие или саморегулируемые организации: с нынешнего года в 323 Федеральный «Об охране здоровья» закон введены дополнения, которые позволяют разрабатывать соответствующие клинические рекомендации и стандарты не только на уровне федеральных органов власти.

В качестве примера были продемонстрированы документы, которые действительно являются официальными: выпущенные в 2014 году обновленные Российские национальные рекомендации в урологии, «Рациональная фармакология в акушерстве и гинекологии», Клинические рекомендации Российского общества дерматовенерологов, Рекомендации Российского общества дерматовенерологов и косметологов по ведению больных ИППП и урогенитальными инфекциями. «Они должны быть у вас на рабочем столе. Вы можете найти любую патологию и прочитать, как она выявляется, лечится, контролируется», – подчеркнул Алексей Хрянин.

Для наглядности приведены рекомендованные алгоритмы лечения неосложненной хламидийной инфекции: в них входят доксициклина моногидрат, джозамицин и азитромицин. Альтернативные схемы, как подчеркнул специалист, менее эффективны, а также имеют больше побочных эффектов. Применение иммуномодуляторов в отношении этой бактериальной инфекции не прописано.

Также озвучены новые (2015 год) рекомендации по лечению генитального герпеса. Основные препараты – ациклические нуклеазиды, но есть и более интересный момент: впервые указано, что при отсутствии эффективности от лечения могут быть использованы препараты интерферона-гамма. Таким образом, теперь его применение закреплено юридически. Сложные моменты возникают в отношении вируса папилломы человека, для которого не существует специфической терапии: в рекомендации входят три иммуномодулятора, интерферон-гамма, Иназин пранобекс, а также местный иммуномодулятор имихимод. Кроме того, упоминается интерферон-альфа, обладающий мощным противовирусным воздействием.

В частности, ряд исследований препарата Генферон поддерживают универсальное прямое противовирусное действие интерферона за счет подавления репликации вируса. Кроме того, упоминается иммуномодулирующее действие, основанное на усилении фагоцитарных реакций. Также интерферон способствует снижению уровня метаболизма инфицированных клеток при внутриклеточных инфекциях, а входящий в состав препарата таурин повышает

биологический эффект действия интерферона за счет антиоксидантных и мембраностабилизирующих средств. В лечении ИППП такое средство должно применяться комплексно с антибиотиками группы макролидов или тетрациклинов по стандартной схеме, обычно курс составляет 10 дней.

Подводя итоги по теме о рекомендациях, специалисты отметили, что российским врачам не стоит просто ждать протоколов или стандартов. Профессиональные сообщества могут создавать их сами, выпускать свои нормативные акты на любом локальном уровне: главное, чтобы они правильно были составлены и не противоречили друг другу. Рекомендации, выработанные профессиональными врачебными сообществами, далее необходимо облечь в форму локальных нормативных актов, пройти утверждение в местном департаменте здравоохранения. В дальнейшем все эти меры способны юридически защитить рядового врача.

Можно ли использовать зарубежные руководства?

Может ли российский врач использовать зарубежные руководства в повседневной практике? На сегодня это очень серьезный вопрос – многие относятся к тому, что написано за океаном. Для того, чтобы по-настоящему сориентироваться в теме, следует зайти издалека: от формулировок стандартного и индивидуальный подхода к лечению. В соответствии с первым, за основу берутся рекомендации российских профессиональных сообществ, региональных министерств здравоохранения и международные рекомендации: ВОЗ, CDC, IUSTI и так далее. Индивидуальный подход подразумевает индивидуальный же порядок обследования пациента и его партнера, выбор диагностических методов и тактики лечения с учетом реальных возможностей, а также определение сроков контроля излеченности конкретно для этого случая. Здесь необходимо проявлять осторожность: возможны нарушения юридических норм. К тому же, зачастую такой подход сопряжен с назначением лишних обследований и лечения. «Вы должны понимать, каков четкий алгоритм с юридической точки зрения. Если вы назначаете лечение конкретного заболевания, вы должны быть уверены, что возбудитель есть в спектре активности препарата (согласно инструкции), что в ней содержится соответствующее показание, препарат есть в клинических рекомендациях профессиональных сообществ и включен в стандарты Минздрава РФ по оказанию медицинской помощи. Если есть стан-

дарты, вы юридически будете неуязвимы», – подчеркнул Алексей Хрянин.

Однако следованием международным рекомендациям связано с рядом тонкостей, способных породить разночтения. Эксперты рассмотрели случай с лечением хламидийной инфекции. В рекомендуемых схемах терапии, как российских, так и зарубежных, указаны антибиотики доксициклин и азитромицин. Альтернативные алгоритмы могут включать в себя амоксициклин, эритромицин, офлоксацин и другие препараты, эффективность и безопасность которых, однако, не подкреплена достаточными исследованиями.

При этом мета-анализ 2014 года показывает, что доксициклин эффективнее азитромицина, назначаемого однократно. Остается вопрос: какой доксициклин выбрать для пациента? Существуют доксициклина гидрохлорид, моногидрат и гиклат, при этом зарубежные руководства не содержат никаких указаний на конкретный выбор. Алексей Хрянин объяснил, почему: там просто невозможно встретить доксициклина гидрохлорид. Его применение способно вызывать эрозивно-язвенные поражения пищевода, поэтому, к примеру, в Швеции применение доксициклина гидрохлорида запрещено с середины 80-х годов.

В российских реалиях, конечно, встает вопрос цены: в аптеках Москвы по состоянию на 2014 год упаковка доксициклина гидрохлорида стоила 10 рублей, а препарата «Юнидокс солютаб» (доксициклина могогидрат с наилучшей переносимостью за счет нейтральной соли моногидрата) – 287 рублей. Однако подход, имеющий своей главной целью краткосрочную экономию, может грозить утратой здоровья. «Самое плохое, что может сделать врач, – это начать считать деньги пациента, – отметила Маргарита Радченко. – Разница в цене значительная, но вы понимаете, какой из этих препаратов является рекомендованным. Эта разница не стоит того. Здоровье является лишним неимущественным либо нематериальным благом, согласно юридическим категориям гражданского права. Но когда говорят, что это благо нематериально, это значит, что в судах оно стоит очень-очень дорого».

По этой причине в российских рекомендациях отдельно указано, что для лечения хламидийной инфекции предпочтительно использовать доксициклина моногидрат. Алексей Хрянин поделился личным опытом его назначения на протяжении почти двадцати лет и отметил полное отсутствие жалоб со стороны пациентов на плохую переносимость и побочные эффекты – это объясняется более высокой

«Вы должны понимать, каков четкий алгоритм с юридической точки зрения. Если вы назначаете лечение конкретного заболевания, вы должны быть уверены, что возбудитель есть в спектре активности препарата (согласно инструкции), что в ней содержится соответствующее показание, препарат есть в клинических рекомендациях профессиональных сообществ и включен в стандарты Минздрава РФ по оказанию медицинской помощи. Если есть стандарты, вы юридически будете неуяз-вимы»

биодоступностью препарата и нейтральной pH-средой.

Не разъясняя пациенту подобных моментов, врач, говоря языком закона «О защите прав потребителей», не выполняет свою информационную обязанность. Доверившись ему, пациент фактически рискует своим здоровьем. Более того, он мог уже иметь хронический гастрит на момент начала лечения, но в случае судебного разбирательства будет очень тяжело доказать, что заболевание не относится к последствиям последней назначенной терапии. Если пациенту становится хуже после принятия лекарства, а в инструкции к препарату содержатся актуальные для него противопоказания, врач будет бессилен.

Таким образом, на примере с доксициклином эксперты проиллюстрировали принципиальный для российского здравоохранения момент: несмотря на то, что в основе отечественных рекомендаций лежат международные документы, авторы российских вариантов всегда учитывали специфику нашей страны, создавая не просто копии с зарубежных рекомендаций, а оригинальные документы, являющиеся для специалистов руководством к действию именно в условиях российского здравоохранения.

Как следствие, во избежание лишних рисков лучше придерживаться отечественных документов. Но что делать в тех случаях, когда они не содержат нужной информации? В статье 15 Конституции говорится о том, что общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры РФ являются составной частью ее правовой системы, и если международным договором установлены иные правила, чем предусмотренные законом, то применяются правила международного договора. Многие юристы сейчас говорят о том, что в этой статье фактически заложено превосходство международного законодательства над национальным. Зачастую многие специалисты работают именно по международным рекомендациям, и до определенного момента это не вызы-

вало сомнений, однако, как отметила Маргарита Радченко, с нарастанием международного напряжения следование зарубежным стандартам стало временами получать негативную оценку и в судах. Тем не менее, при наличии международных рекомендаций, являющиеся общепринятыми в той или иной медицинской специальности, ссылка на них будет являться адекватной, если она не идет вразрез существующему или разработанному стандарту оказания помощи при той или иной нозологии.

Превышение рекомендуемой дозы препарата: вред или польза для пациента?

Лекарства – это особый товар, но подход к нему должен быть, как к любому товару, подчеркнул Алексей Хрянин. Стоит помнить, что потребительские свойства препарата проявляются только при соблюдении определенных условий использования. Если больной отошел от инструкции, то гарантировать эффект и отсутствие непредсказуемых последствий невозможно.

Как в отечественной научной литературе, так и в рекламных публикациях постоянно предлагаются изменения существующих схем лечения ИППП путем увеличения однократных и суммарных доз лекарства, расширения спектра антибактериальных препаратов или одновременного назначения двух-трех антибиотиков. Кроме того, низкая приверженность пациентов лечению часто ведет к прекращению приема при первом же улучшении состояния. Все это совокупно приводит к катастрофе: к повышению антибиотикорезистентности, что касается фактически любых бактерий.

При этом, по выражению председателя комитета по безопасности лекарств Великобритании сэра Дэррика Данлопа, современные лекарственные средства подобны атомной энергии: они могут принести как огромную пользу, так и огромный вред. Среди видов нежелательных побочных реакций антибактериальных препаратов на сегодня – гемато-, гепато-, нейро-, нефро- и кардиотоксичность, аллергические реакции, нарушения со стороны ЖКТ и поражения костно-мышечного аппарата. Также есть сведения о психических расстройствах, индуцированных приемом антибактериальных препаратов, наиболее часто – кларитомицина и ципрофлоксацина.

На сегодня выявлен ряд факторов, предрасполагающих к появлению нежелательных побочных реакций: назначение лекарственных средств в высоких дозах, дозирование без учета

индивидуальных особенностей больного, длительное лечение, перенесенные ранее побочные эффекты, и, в немалой степени, полипрагмазия (одновременное, зачастую необоснованное назначение множества лекарственных средств).

Выяснением причин последней не так давно озадачились американские исследователи. Они проанализировали 21 000 тыс. визитов к врачу, произведенных в две смены. В результате выяснилось, что врачи выписывают больше антибиотиков во второй половине дня. Вероятно, это вызвано утомлением специалистов за утренние и дневные часы приема и, как следствие, растущей склонностью принимать простые решения. Ведущий автор исследования Jeffrey A. Linder рекомендует перестраивать расписание, сокращать часы приема, увеличивать количество перервала и, наконец, давать врачам больше возможностей перекусывать в течение рабочего дня.

Правильный выбор препарата в лечении ИППП

Первое, что нужно здесь делать врачу – внимательно читать инструкцию к лекарственному препарату или рекламную брошюру. В качестве примера был приведен рекламный проспект препарата Клабакс (кларитромицин). В спектре активности присутствует возбудитель *chlamydia trachomatis*. Однако, если ознакомиться с инструкцией, выяснится отсутствие бактерии в показаниях к лечению и для акушера-гинеколога, и для дерматовенеролога, и для уролога. Таким образом, официально специалист не имеет права лечить этим препаратом ИППП. Больной, вероятно, посмотрит инструкцию и спросит, отчего ему назначили препарат, которым лечат бронхит и пневмонию. Возникает проблема: на основании чего врач может рекомендовать лечение венерических заболеваний таким препаратом? Сегодня Минздрав пересматривает многие инструкции к применению и приводит их к общему знаменателю с зарубежными аналогами, но на данный момент проблема сохраняется.

Другой пример – препарат Сумамед. В показаниях официальной инструкции к применению отсутствует возбудитель mycoplasma genitalium, что существенно осложняет назначение этого средства для лечения ИППП: при возникновении иска юрист, как правило, в первую очередь требует инструкцию к применению препарата, а во вторую – рекомендации, на основании которых он был выписан.

Как положительный пример, была рассмотрена инструкция препарата джозамицина: в спектре активности указан

возбудитель mycoplasma genitalium, а в показаниях есть заболевания, связанные с хламидиями и микоплазмами.

В завершение данного блока предоставлены краткие выводы относительно актуальности проблемы микоплазм как возбудителя ИППП и выбора оптимальной терапии:

• mycoplasma genitalium требует обязательной эрадикации независимо от наличия симптомов;

• при выявлении уреаплазм необходимо отличать ureaplasma urealyticum и ureaplasma parvum;

• при наличии воспаления мочеполовых органов и отсутствии других этиологических агентов, кроме mycoplasma hominis, следует устранить эту инфекцию;

• самые активные антибиотики для элиминации всех видов генитальных микоплазм: из макролидов – джозамицин, из тетрациклинов – доксициклин.

• при лечении микроплазменный инфекции у беременных препарат выбора – джозамицин.

В отношении последнего Алексей Хрянин также предоставил данные исследования, способного заинтересовать урологов: о влиянии джозамицина на подвижность сперматозоидов (Shramm P., Schopf R.E., Wildfeuer A., Andrologia, 1988 Nov-Dec; 20 (6): 521-525). В результате доказано, что джозамицин не снижает уровня подвижности сперматозоидов и, таким образом, может быть рекомендован для лечения андрологических больных. Специфический антибактериальный спектр позволяет назначать его при лечении партнеров при планировании беременности. Фактически, речь идет о том, что это средство эффективное, безопасное и многопрофильное. Оно вовлекает и внутриклеточные инфекции (хламидийные), и пристеночные (mycoplasma genitalium).

Как правильно оформить лечение пациента

Существует норма, по которой врач обязан написать рецепт по международному непатентнованному наименованию (МНН) выдать его для отправки в аптеку. Однако как быть с многокомпонентными препаратами? Может ли доктор написать рецепт, как положено, а после добавить торговое название, но устно? По словам Маргариты Радченко, делать так можно. Впрочем, сохраняется проблема пробела в действующем законодательстве: официально врач может указывать только МНН, что осложняется с учетом большого количества препаратов и торговых наименований. Зачастую на почве этой неопределенности возникают обвинения в аффилированности с некими

фармкомпаниями, торговыми организациями и так далее. Врач может донести до сведения пациентов особенности состава препарата, в том числе, сложносоставного, имеющего только торговое название. При этом неофициальные прописи необходимо указывать в рецептах. С целью недопущения упрека в том, что врач при выписке рецепта использует не только позволительные непатентованные наименования, необходимо прописать это в информированном согласии, а лучше – в самостоятельном предложении пациента ознакомить его с имеющимся спектром оригинальных лекарственных препаратов. Как утверждает юрист, совершенно недопустимо осознанное ограничение доступа больного к важной для него информации: «Тенденции сегодняшнего дня: списочные лекарства, запрет рекламы медицинских услуг по принципу “меньше знают – крепче спят” – недопустимы в цивилизованных странах, только в бедных и слаборазвивающихся, чтобы дешевых генериков на всех хватило. А Россия, к сожалению, не входит в число стран – лидеров фармпроизводства».

Бренд или генерик – есть ли разница?

По словам Алексея Хрянина, Россия сегодня переполнена генерическими аналогами лекарственных препаратов: их доля на рынке, по некоторым данным, достигает 80%. Постоянно предлагаются изменения существующих схем лечения ИППП, в частности, опираясь на расширение спектра антибактериальных препаратов за счет генериков. Некоторые рекламные материалы даже утверждают об их превосходстве по эффективности над оригинальными препаратами. По состоянию на 2003 год, согласно исследованию Ю. Белоусова, опубликованному в журнале «Ремедиум», соотношение объема продаж оригинальных препаратов и генериков в США составило около 80/20%, соответственно. В России же наблюдалась ровно обратная ситуация примерно с теми же пропорциями.

При этом провизоры не уделяют большого внимания выбору производителя. К примеру, в России сегодня зарегистрировано 27 производителей азитромицина: какой из них пациенту выдадут пациенту в аптеке, никто не знает. Таким образом, сейчас более 50% пациентов получают терапию воспроизведенными азитромицинами российского производства.

Но как действуют эти генерики? Как утверждает доктор Хрянин, иногда они не действуют вообще: просто не растворяются. Они могут быть и вредны,

но в итоге претензии предъявляются ко врачу. Иногда такие препараты содержат большое количество примесей, состав которых не могут определить даже фармакологи. В мировой практике для того, чтобы лекарство получилось действенным, требуется много времени и много стадий разработки, иногда убыточных: создать молекулу инновационного препарата очень дорого. К тому же, новые антибиотики в нынешнее время фактически не разрабатываются. Фармацевтический рынок отдает предпочтение иммуностимуляторам, кардиопрепаратам и онкопрепаратам, в то время как дотации на разработку антибиотиков сокращаются.

Лишь один из макролидных антибиотиков не имеет генериков в РФ и странах СНГ, это джозамицин, выпускаемый под торговым названием Вильпрафен: единственный эффективный макролид, предлагаемый в оригинальной форме. Поскольку генериков его не существует, к 16-членным макродидам, в том числе, к вильпрафену, стоит ожидать меньшей устойчивости патогенов. Чтобы создать эту молекулу, закрепленную практически во всех развитых странах, потребовалось более 20 лет и около миллиарда долларов. В частности, препарат зарегистрирован и используется в Италии, Испании, Франции, Австрии, Украине и России.

Таким образом, единственный вывод здесь: качество производства лекарственного средства определяет эффективность и безопасность лечения. Разница в цене может составлять 50 рублей, но разница по этим показателям окажется огромна. Один препарат не может быть механически заменен на другой.

Отказ пациента от лечения

Очень частая конфликтная ситуация – отказ пациента от медицинского вмешательства и получения медицинских услуг. По словам Маргариты Радченко, врачи постоянно обращаются к ней за юридической консультацией, когда больной, например, не подписывает информированное добровольное согласие, но настаивает на получении медицинских услуг. Другой распространенный сюжет: пациент отказывается от медицинского вмешательства или госпитализации, даже платных. Согласно действующему законодательству в этой сфере, в случае отказа потребителя от получения медицинских услуг после заключения договора этот договор расторгается. Исполнитель информирует потребителя (заказчика) о расторжении договора по инициативе последнего. При этом потребитель (заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с выполнением

обязательств по договору.

Если отказ пациента состоялся, он должен быть оформлен только в письменной форме. Невозможно доказать отказ от медицинского вмешательства, если он не был задокументирован. Если пациент не подписывает бумагу, необходимо составить акт в присутствии медицинских работников: он будет фиксировать не столько отказ пациента, столько факт того, что тот был проинформирован о последствиях прекращения терапии. Это документ, который может заменить обязательный в этом случае отказ от медицинского вмешательства.

На практике расторжение договора чаще всего происходит конклюдентными действиями. Переводя с юридического языка на повседневный, это означает, что человек просто не пришел на очередной осмотр в течение долгого времени, что привело к расторжению договора в одностороннем порядке с его стороны. Постановление Правительства №1006 «О правилах предоставления платных медицинских услуг» прямо указывает, что пациент должен быть информирован в этом случае о расторжении договора. Там же есть еще одно «золотое», по словам Маргариты Владимировны, правило, а именно пункт 15, где прямо указано, что до заключения договора врач обязан информировать пациента о том, что неисполнение врачебных рекомендаций ведет к недостижению цели медицинской услуги в срок, установленный договором, и более того: может принести вред здоровью пациента.

Как врачу избежать исков?

Одна из центральных тем выступления – избежание правовых претензий. Всегда ли, согласно закону, прав пациент? Как врачу обезопасить себя в ежедневной практике? В первую очередь, Алексей Хрянин акцентирует важность надлежащего подбора лекарственных препаратов в этом вопросе: «Для того, чтобы не было юридических прецедентов, не нужно назначать что попало. «Фуфломицина» у нас хватает и в жизни, и в аптеках, и в организме».

Большая проблема венероголов касается низкой приверженности пациентов к лечению урогенитальных инфекций. В оправдание ее приводятся разные доводы. Первое место среди них занимает высокая стоимость лекарственных препаратов. Далее – побочные эффекты, сомнения в эффективности препарата, убежденность в отсутствии необходимости приема или отсутствии эффективности, предубеждение против лекарств вообще, общее улучшение состояния и, наконец, одновременный

прием большого количества лекарств. «Пациенты боятся идти к специалистам нашего профиля, поскольку ожидают коммерческого диагноза и выкачивания денег. Очень много случаев сомнительного лечения, которое нигде, кроме как в России, не встречается», – подчеркнул эксперт.

Маргарита Радченко, в свою очередь, обрисовала нынешнюю ситуацию на правовом поле в отношении прав пациента. В июле 2012 года вышло Постановление пленума Верховного суда №17, которое является решающим по делам защиты прав потребителя. Этим постановлением нормы закона «О защите прав потребителей» были распространены не только на взаимоотношения, связанные с оказанием платных медицинских услуг, но и на все социальные отношения, в том числе, по обязательному медицинскому страхованию. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона №323 «Об основах охраны здоровья в Российской Федерации». Рассматривая этот закон как медицинскую конституцию, в которой прямо отражены права пациентов, врачу необходимо помнить, что там они представлены в усеченном варианте, потому что, кроме этого документа, существует законодательство в сфере защиты прав потребителя. В данном случае «потребитель» – физическое лицо, имеющее намерение получить, либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

Как отдельную проблему эксперт подчеркнула отсутствие адаптации потребительского законодательства к сфере здравоохранения. Следовательно, необходимо преобразование потребительского законодательства для установления соответствия. На сегодня в потребительском законодательстве объем прав пациента гораздо шире, и основным является право на информацию. К сожалению, очень многие проблемы между пациентом и врачом существуют из-за непредоставления таково. В целом же к врачу предъявляются очень высокие требования с учетом его квалификации и умения найти общий язык с пациентом.

Кроме того, гражданская правовая ответственность, с отличие от уголовной, зиждется на презумпции виновности. В случае гражданско-правовых отношений сторона договора, которая не достигла установленной в нем цели, виновата по умолчанию. Здесь также возникают проблемы взаимопонимания: пациент, как правило, считает, что врач его должен излечить. Если обратитесь к глоссарию ФЗ№ 323, заметно

отсутствие там понятия излечения. Включено понятие улучшения состояния пациента – это и есть цель, которую ставят перед, собой врач и сам пациент. Зачастую врач тоже опрометчиво дает больному оптимистичные обещания, а ничего, как подчеркнула юрист, нет дороже обманутых ожиданий. Доктор нацеливает своего клиента на то, что недостижимо в данный момент или в принципе: в конечном итоге это тоже порождает неудовлетворенность и претензии.

В заключение Маргарита Радченко дала следующие практические советы: во-первых, врачу необходимо неукоснительно соблюдать свои информационные обязанности. Как правило, с пациента взимается информированное добровольное согласие, лабораторное согласие, согласие с финансовыми обязательствами. Причем информированное согласие должно быть, в том числе, и первичное, на доступ, на измерение температуры и артериального давления. «Наша практика и проверки Роспотребнадзора основываются на том, что мы прикасаемся к человеку, и для этого необходимо соглашение, тем более если речь идет об интимной сфере», – напомнила эксперт.

В связи с запутанностью отношений в части неполного соответствия инструкции препаратов существующим и вновь выпускаемым клиническим рекомендациям, необходимо информирование пациента о тактике, которая выбирается врачом. Очень важно ведение первичной медицинской документации: ни в коем случае нельзя пренебрегать этапными эпикризами и обоснованиями при назначении соответствующих схем лечения.

Если дело, несмотря на все предосторожности, доходит до претензии, ею должен заниматься специалист. Из-за короткого срока, отпущенного на ответ – 10 дней по закону «О защите прав потребителей» – врачи часто пытаются ответить на претензию сами, не обращаясь за консультацией, что впоследствии, как правило, только осложняет работу юриста.

«Это все нужно учитывать, правовую защищенность врачей – повышать. Вы знаете, что сейчас творится в обществе: оно без должного уважения относится ко врачам. Мы не заметили, как пересекли черту, когда из людей идеальной, самой уважаемой специальности превратились в представителей сферы обслуживания, и к нам стали применять те же самые методы, которые применимы к другим. Не учитывают при этом одного: медицина – это особая сфера, и она целиком зависит от уровня квалификации и знаний доктора, которых никто не сможет заменить», – подытожила Маргарита Радченко.

Издательский дом «УроМедиа»

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

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ
УРОЛОГИЯ

ECUro.ru

www.ecuro.ru

Аккредитация ВАК
№22/49 от 25.05.12
Включен в обновленный
список ВАК от 07.12.2015

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

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

Абстракты на английском языке в печатной версии журнала.

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

© ECUro.ru — официальный сайт журнала "Экспериментальная и клиническая урология", 2009-2015 г
105425 Москва, ул. 3-я Парковая, д. 41, стр. 8

УЧЕБНЫЙ ПЛАН ЦИКЛОВ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ-УРОЛОГОВ НА КУРСЕ ПОСТДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ КАФЕДРЫ УРОЛОГИИ ГБОУ ВПО

«Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ НА 2016 ГОД

Дата проведения	*Наименование цикла*
01.02 – 27.02.2016	Поликлиническая урология. Лазерные технологии в урологии.
29.02- 26.03.2016	Клиническая андрология.
04.04-30.04.2016	Современная клиническая урология. Нейроурология и уродинамика.
10.05-04.06.2016	Эндоурология и лапароскопия
05.09-01.10.2016	Современная клиническая урология.
03.10-29.10.2016	Клиническая андрология.
31.10.-26.11.2016	Современная клиническая урология. Нейроурология и уродинамика.
28.11-24.12.2016	Эндоурология и лапароскопия.

Для сотрудников бюджетных учреждений здравоохранения прохождение циклов бесплатно.

Все циклы являются сертификационными, по их окончании сдается экзамен с продлением действующего сертификата и выдачей свидетельства о повышении квалификации государственного образца.

Запись на циклы осуществляется по адресу:

Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 17, 3-й этаж. Кафедра урологии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова.

Тел. (812) 338-69-36, 8-921-956-36-72.

E-mail: urolog.kaf@mail.ru

Редакция дайджеста:

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

UroMedia

Издательский дом «УроМедиа»