Содержание

- Ребенок in vitro: история, реальность и этика 2
- Восток – дело тонкое! 10
- Плюсы и минусы онлайн-консультаций 22
- Урология. Начало 27
- Чего хотят пациенты в Интернете? 30
- Нужно ли знание иностранных языков российским врачам? 34
- Вредные привычки врачей 39
- Врачи Древней Греции 42
- Лекарство от старости 48
- Уже не дети, но пока еще и не взрослые 53
- Конференции в жизни урологов 56
- Как убедить коллегу назначить Уро-Ваксом?! 65
- Идеальное решение для биопсии 70
- Распространенность мочекаменной болезни в США 73
- Крупные камни повышают риск каменной дорожки у детей после дистанционной литотрипсии 74

Ребенок in vitro: история, реальность и этика

Алексей Паевский
научный журналист

По данным Всемирной организации здравоохранения, на сегодняшний день насчитывается до 13 процентов бесплодных пар. Что такое бесплодная пара с точки зрения медицины? Это пара, которая не может добиться зачатия в течение года полноценной половой жизни без применения любых средств контрацепции.

Количество бесплодных пар в мире растет. При этом, если раньше большинство случаев бесплодия возникало по причине проблем у женщин, то сейчас в 50 процентах случаев причина кроется в женском здоровье, а в 50 процентах – в мужском.

В последнее время критерии оценки мужской фертильности (способности к оплодотворению) сильно изменились. Если ориентироваться на базовый анализ спермы, то количество и активность сперматозоидов у наших дедов и отцов были в два-три раза выше. Всего год назад нормой считалось содержание 20 млн сперматозоидов в миллилитре эякулята. Сейчас – уже 15 млн.

Среди женских факторов бесплодия преобладает трубный фактор – непроходимость маточных труб или их отсутствие после разного рода оперативных вмешательств. В этом случае единственно возможным методом зачатия является ЭКО – метод экстракорпорального оплодотворения, или, как раньше говорили «ребенок из пробирки». Рекомендуют ЭКО и в случае, если качество мужской спермы оставляет желать лучшего.

История ЭКО

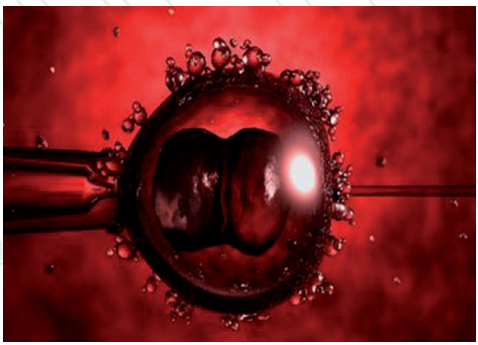
Еще в 1958 году британец Роберт Джеффри Эдвардс начал работы по изучению оплодотворения яйцеклеток вне тела, а с 1963 года в Кембридже создал первый центр искусственного оплодотворения. Однако первой ЭКО-беременности добился не он, а австралиец Карл Вуд, в 1973 году.

Тем не менее, именно Эдвардс совместно с другим британцем, Патриком Кристофером Стептоу первым добился полного успеха. 25 июля 1978 года в Королевском госпитале Олдхэма в графстве Большой Манчестер родился первый в мире ребенок «из пробирки» - Луиза Браун.

К сожалению, в современном мире для того, чтобы получить окончательное признание в виде высшей научной награды, нужно жить очень долго. Стептоу скончался в 1988 году, а Эдвардс дожил до 2010 года, когда в возрасте 85 лет таки получил Нобелевскую премию по медицине.

Медики СССР не сильно отстали от англичан. В феврале 1986 года благодаря работе группы ученых из Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии под руководством ныне покойного профессора Бориса Леонова родилась первая советская ЭКО-девочка, Лена. В том же году в Ленинграде родился первый ЭКО-мальчик, Кирилл. Кстати, сама Елена уже сама стала мамой, родив здорового ребенка без применения ЭКО.

Любопытно, что именно Леонов стал автором термина ЭКО в применении к репродуктивным технологиям. Ведь во всем мире этот процесс называется in vitro fertilization – оплодотворение in vitro, «в стекле», то есть – в пробирке. А экстракорпоральное оплодотворение, оплодотворение «вне тела» уже известно у рыб и земноводных, когда икра выводится из тела самки и оплодотворяется самцом. Однако в русском языке прижился именно этот термин.



Как проходит ЭКО?

Применение процедуры ЭКО в России регулируется знаменитым Приказом 67 Минздрава России от 26 февраля 2003 года. Приказ устанавливает, что показанием к ЭКО является «бесплодие, не поддающееся терапии, или вероятность преодоления которого с помощью ЭКО выше, чем другими методами".

Впрочем, согласно тому же приказу, при отсутствии противопоказаний ЭКО может проводиться по желанию супружеской пары или женщины, не состоящей в браке при любой форме бесплодия.

Противопоказания

Тот же самый приказ перечисляет случаи, когда ЭКО противопоказано:

- соматические и психические заболевания, являющиеся противопоказаниями для вынашивания беременности и родов;

- врожденные пороки развития или приобретенные деформации полости матки, при которых невозможна имплантация эмбрионов или вынашивание беременности;

- опухоли яичников;

- доброкачественные опухоли матки, требующие оперативного лечения;

- острые воспалительные заболевания любой локализации;

- злокачественные новообразования любой локализации, в том числе в анамнезе.

Обследование

Перед тем, как провести ЭКО, супружеская пара должна пройти очень большой комплекс обследований. Объем обследования пары перед проведением ЭКО выглядит так:

Для женщины:

- общее и специальное гинекологическое обследование;

- ультразвуковое исследование органов малого таза;

- определение группы крови и резус-фактора;

- клинический анализ крови, включая время свертываемости (действителен 1 месяц);

- анализ крови на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С (действителен 3 месяца);

- исследование на флору из

уретры и цервикального канала и степень чистоты влагалища;

- заключение терапевта о состоянии здоровья и возможности вынашивания беременности.

по показаниям:

- исследование состояния матки и маточных труб (гистеросальпингография или гистеросальпингоскопия и лапароскопия);

- биопсия эндометрия;

- бактериологическое исследование материала из уретры и цервикального канала;

- цитологическое исследование мазков шейки матки;

- анализы крови на ФСГ, ЛГ, Е_2, Прл, Т, Кортизол, П, Т_3, Т_4, ТТГ, СТГ;

- обследование на наличие антиспермальных и антифосфолипидных антител;

- инфекционное обследование (хламидиоз, уро- и микоплазмоз, вирус простого герпеса, цитомегалия, токсоплазмоз, краснуха);

- заключения других специалистов по показаниям.

Для мужчины:

- анализ крови на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С (действителен 3 месяца),

- спермограмма.

по показаниям:

- определение группы крови и резус-фактора;

- консультация андролога;

- инфекционное обследование (хламидиоз, уро- и микоплазмоз, вирус простого герпеса, цитомегалия).

Для супружеской пары старше 35 лет необходимо медико-генетическое консультирование.

Все этапы ЭКО

Первый этап – это гормональная стимуляция яичников, которая приводит к суперовуляции, то есть - появлению сразу нескольких яйцеклеток. Количество их зависит от выбранного протокола ЭКО, дозы гормональных препаратов, которые назначаются пациентке. В среднем образуется от 5 до 20 яйцеклеток – в то время, как без стимуляции, естественным путем, у женщины созревает всего одна яйцеклетка.

Для стимуляции суперовуляции производятся инъекции препаратов фолликулостимулирующего гомона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), хорионического гонадотропина (ХГ), блокаторов гонадотропин-рилизинг гормона.

Этап стимуляции яичников

длится от 7 до 50 дней в зависимости от выбранной схемы введения препаратов.

Следующие этапы – это забор яйцеклеток, спермы и, в тот же день – оплодотворение. Забор яйцеклеток проходит под внутривенным обезболиванием, занимает это порядка 10-15 минут.

В это же время супруг сдает сперму на оплодотворение.

После этого врачи соединяют яйцеклетки и сперму, в результате чего образуются эмбрионы. Если сперма мужа более-менее нормальная, то оплодотворение происходит посредством простого смешивания яйцеклеток и сперматозоидов. Если сперма малоактивна, применяют метод ИКСИ – интрацитоплазматической инъекции сперматозоидов, когда отобранные сперматозоиды вводят в яйцеклетку вручную под микроскопом.

На самом деле это происходит не в пробирке, как обычно говорят, а в чашках Петри или на культуральных планшетах, на специальных сложных питательных средах. После проникновения сперматозоида в яйцеклетку она считается эмбрионом. Начинается короткий эмбриологический этап, он занимает от двух до шести дней. В ходе этого этапа происходит искусственное культивирование эмбрионов.

Следующий этап – это подсаживание эмбрионов обратно в матку.

Это абсолютно безболезненный этап, он занимает всего несколько минут. Приказ 67 рекомендует переносить не более трех эмбрионов за одну процедуру ЭКО.

Через две недели после переноса эмбрионов уже можно делать выводы об успехе операции. На сегодняшний день вероятность наступления беременности с первой попытки в среднем составляет около 45%. Неиспользованные эмбрионы можно подвергнуть процедуре криоконсервации (заморозки в жидком азоте) и, в случае неудачи первой попытки, разморозить их и использовать во второй попытке.

Этические проблемы ЭКО

Если исключить вопрос суррогатного материнства (когда эмбрионы, полученные в ходе ЭКО вынашивает сторонняя женщина), юридически роды, наступившие вследсвии процедуры ЭКО ничем

не отличаются от обыкновенных родов. Однако даже обычное ЭКО вызывает этические проблемы. В первую очередь из-за получения «лишних» эмбрионов, которые впоследствии не пересаживаются в матку и не превращаются в ребенка, а уничтожаются.

Конечно, можно было ожидать, что когда человек в какой-то мере берет на себя роль Бога, религиозные лидеры должны будут как-то высказаться на эту тему. Тем более, когда прямого упоминания в священных текстах об ЭКО, разумеется нет. Так оно и произошло. Тем более после присуждения Нобелевской премии за ЭКО, иерархам официальной церкви пришлось высказаться.

Католическая церковь

Отношение католической церкви к ЭКО характеризуется энцикликой папы Павла VI «Humanae Vitae» от 25 июля 1968 года[1].

Конечно, в 1968 году не было еще процедуры ЭКО, однако Ватикан в ней установил единственным способом регулирования рождаемости следование естественным человеческим ритмам, не совершая никакого насилия над природным ходом вещей.

Энциклика запретила контрацептивы, а последующие комментарии подтвердили: если Бог не дал возможности зачатия паре, человеку вмешиваться в этот процесс не следует.

Православная церковь

Православная церковь чуть более лояльна к проблеме преодоления бесплодия, чем католическая. Документ «Основы социальной концепции РПЦ» признает допустимость искусственного оплодотворения половыми клетками мужа. Однако метод ЭКО, при котором получается избыточное количество эмбрионов и часть из которых потом уничтожается, Церковь отрицает.

«Церковь считает морально неприемлемыми все те методы экстракорпорального оплодотворения, которые связаны с заготовлением и последующим уничтожением так называемых

[1]Эти латинские слова означают “человеческой жизни”. Энциклики называются по первым словам текста, а первые слова этого текста звучат так - Humanae vitae tradendae munus gravissimum…, что переводится на русский язык как «Важнейший дар передачи человеческой жизни...»).

«избыточных» эмбрионов», - комментировал присуждение

Нобелевской премии за ЭКО замглавы синодального Отдела внешних церковных связей протоиерей Николай Балашов. - «Русская православная церковь не может считать оправданным использование технологий, ставящих под сомнение уникальность человеческой личности и восприятие человеческой жизни как дара Божия», - подчеркнул отец Николай. - «бездетность в некоторых случаях тоже является особенным призванием от Бога», а «в детских учреждениях России в очереди на усыновление стоит уже множество ребятишек, которые были бы счастливы обрести заботливую семью».

Иудаизм

Среди иудейских духовных лидеров единодушия по поводу ЭКО нету. Однако большинство из них склоняется к разрешению ЭКО для тех пар, которые другими методами не могут исполнить заповедь «плодитесь и размножайтесь». Опять же, существует некоторое подобие консенсуса в том, что если и использовать донора спермы, то нееврея.

Ислам

Одна из фетв, посвященных ЭКО, опирается на хадис (устное изречение) Пророка Мухаммеда, в котором говорится «Принимайте лекарства, рабы Аллаха, потому что Всевышний не послал такой болезни, для которой нет излечения, кроме старости». Поэтому при условии, что единственным методом излечения бесплодия супружеской пары является именно ЭКО (в этом ислам согласен с Минздравом), эту процедуру применять можно. Правда, необходимо соблюдать три условия.

Первое – использование только спермы мужа и яйцеклетки жены (запрет донорства спермы и яйцеклеток), второе – полученные эмбрионы должны помещаться именно в матку жены (то есть – запрет суррогатного материнства) и третье – запрет на ЭКО при подозрениях на подмену спермы или

яйцеклеток. Кроме того, поскольку ислам позволяет иметь четырех жен, отдельно запрещается оплодотворенные яйцеклетки одной жены помещать в матку другой.

Буддизм

Среди буддистских лидеров тоже нет согласия по поводу ЭКО. В 2010 году, после Нобелевской премии, представитель Буддийской традиционной сангхи России Санжей-лама заявил, что санха отрицательно относится к технологии ЭКО. Напротив, когда журналисты обратились за комментариями к президенту Российской Ассоциации буддистов школы Карма Кагью Александру Койбагарову, тот заявил, что искусственное оплодотворение не противоречит буддийскому учению.

Кто открыл первое урологическое отделение в России?

Теофил Игнатьевич Вдовиковский – известный русский хирург и общественный деятель XIX века. Медицинской науке он известен прежде всего тем, что первым в России основал отделение болезней мочевых и половых органов. Он родился в 1833 году, обучался в гимназии в городе Каменец-Подольском. После окончания Киевского университета Т.И. Вдовиковский становится старшим врачом Одесской больницы, где под его руководством **в 1863 году открывается первое урологическое отделение в нашей стране.**

Перу Т.И. Вдовиковского принадлежит множество научных трудов в области урологии, среди которых особенно нужно отметить «К диагнозу болезней мочевого канала», «Случай наружной уретротомии», «О диагностике почечных камней», «Сахарное мочеизнурение», «Антисептика при операциях болезней мочевых и половых органов».

За всю свою деятельность Вдовиковским было проведено более 1000 операций по внутреннему рассечению уретры при стриктурах, **а также первая в России трехчасовая операция по камнедроблению под хлороформным наркозом.** Однако им не было уделено особого внимания к цистоскопии как важной процедуре исследования урологических заболеваний.

Труды и организационная деятельность Теофила Игнатьевича всегда будут стоять в ряду самых важных событий урологии.

Восток - дело тонкое!

С 30 января по 4 октября 2012 г. в городе Фукуока, Япония, прошел 32-й конгресс Международного общества урологов (Société Internationale d'Urologie). В работе Конгресса приняли участие около 3300 урологов из 92 стран мира.

Российские урологи приняли участие в Конгрессе в относительном новом качестве – видеожурналистов. Огромное впечатление произвели встречи и беседы с лидерами зарубежной урологии. Мы представляем вам интервью с одними из самых известных урологов - профессором М. Марбергером и профессором М. Десаи, которые рассказали о перспективах, стратегиях развития и путях взаимодействия мировой и российской урологии.

Взгляд австрийского уролога на мировое профессиональное урологическое сообщество и российскую урологию

Интервью с М.Марбергером (M. Marberger)

Член английского Королевского хирургического общества Австрии, профессор кафедры урологии Венского Университета

- Уважаемый профессор Марбергер, благодарим Вас за интервью в рамках работы конгресса SIU. В течение долгого времени Вы состояли в руководстве EAU (Европейской ассоциации урологов). В связи с этим хотелось бы узнать Ваше мнение о роли различных профессиональных обществ в развитии урологии.

- Я считаю, что международные урологические общества, например SIU, играют важную роль в выработке общих стандартов

урологии в мире. Объединение в профессиональные сообщества необходимо для того, чтобы лучше понимать проблемы урологов других стран. Я считаю, крайне необходимым личное посещение руководителями профессионального сообщества каждого государства, входящего в это сообщество.

- Что вы думаете об обучении специалистов с помощью интернет-технологий?

- Дистанционное обучение дает очень большие возможности, особенно для людей, которые по разным причинам не могут путешествовать. Данное направление сильно развилось в последнее время. У нас есть замечательные видеоматериалы и интерактивные модули для обучения урологов через интернет.

- Как вы считаете, какой статус должны иметь рекомендации, издаваемые урологическими обществами?

- Рекомендации имеют большое значение в определенных географических зонах - в сфере деятельности AUA и EAU. На международном уровне применение рекомендаций гораздо сложнее, что происходит из-за различий в системах здравоохранения – система в странах Африки кардинально отличается от таковой в Европе, США, России. В подобной ситуации мы предлагаем рекомендации, основанные на доказательствах, и советуем их применять.

- Расскажите, пожалуйста, о структуре урологической помощи в Австрии: сколько у вас урологов, как проходит процесс обучения, как оплачивается лечение пациентов.

- В Австрии система здравоохранения является государственной, что, на мой взгляд, хорошо. Как и во многих странах, при такой системе мы тратим слишком много денег, поэтому у нас их не хватает, но каждый австриец имеет государственную медицинскую страховку, которая покрывает его каждодневные медицинские потребности. В дополнение у нас может быть частная медицинская страховка, по которой пациент может выбрать врача. Но, если пациент обращается через систему государственного здравоохранения, он должен сначала посетить врача общей практики, который отправит его к урологу или к другому узкому специалисту, или в

стационар. В Австрии имеется достаточно большое количество урологов – 400 - 500 практикующих врачей, т. е. 1 человек на 40 000 населения. На мой взгляд, это слишком много.

Каждый уролог должен пройти соответствующее обучение, которое в Австрии состоит из одного года терапии, шести месяцев гинекологии, полутора лет хирургии, затем четыре года резидентуры по урологии, а после - экзамен и получение сертификата специалиста-уролога. Многие австрийские урологи сдают экзамен EBU (European Board of Urology), что в Австрии приравнивается к лицензии. После этого экзамена они могут работать по всему ЕС.

- Имеют ли право австрийские урологи заниматься онкоурологией, андрологией и другими субспециальностями урологии?

- Я был крайне удивлен системой в России, где, например, медикаментозное лечение рака простаты (а это является одним их наиболее обширных аспектов урологии) находится вне зоны юрисдикции урологов. В Австрии мы наблюдаем всех пациентов с раком простаты и даже при поздних стадиях занимаемся как хирургическим, так и медикаментозным лечением, в том числе и химиотерапией. В Австрии лечением данного заболевания занимаются только урологи.

- А кто занимается андрологией?

- В Австрии мы все получаем сертификат уролога-андролога, поэтому любой уролог может заниматься андрологией в том числе.

- Имеет ли EAU представителей в правительстве?

- У нас есть один представитель, ответственный за общение с Евросоюзом в Брюсселе, а в национальных правительствах у нас представителей нет.

- То есть EAU не может предлагать законы, касающиеся урологии и медицины?

- Нет, мы даже не занимаемся лицензированием в урологии, этим занимается EBU (European board of urology), все европейские страны признали это. Обучение урологов также происходит в соответствии с требованиями и планом EBU. В свою очередь, можно сказать, что EAU – это лобби общества урологов. В правительстве

каждой страны свои взгляды на медицину, поэтому мы «наднациональное» общество. Но, я думаю, России необходимо одно национальное общество, независимое от государственных структур.

- На встречах резидентов в рамках съездов EUA и AUA обсуждались вопросы частной и академической карьеры. Есть ли такое разделение в Австрии?

- Да, конечно, и очень значительное. В академических, т. е. больших хирургических центрах, урологи выполняют большие операции, в частной практике выполняются малые. Существует проблема такого рода: резидент обучается большой урологии, а выбирает работу в частной практике.

- Есть ли различия в заработной плате между академической и частной практикой?

- Да, конечно. В частной практике нет фиксированной заработной платы, сумма дохода зависит от того, что было выполнено урологом. Есть различия в доходе врачей государственных центров (академических и неакадемических) и частных, также существуют различия в зависимости от страны. Обычно в частной практике можно заработать больше, чем в государственных клиниках. Но в государственных госпиталях урологи могут заниматься тем, чего нет в частных клиниках, например большими операциями.

- Как обстоят дела с научной работой? Все ли урологи начинают заниматься научными исследованиями?

- Занятия научными исследованиями необязательно, что мне кажется очень важным. Пятьдесят лет назад мы считали, что каждый уролог должен выполнить какую-либо научную работу. Но сейчас исследования стали сложнее, и резидент не может позволить себе пойти на год в лабораторию, сделать полноценную, актуальную научную работу и потом вернуться к хирургии. Исследования стали субспециальностью или даже отдельной специальностью, ко-

торая существует в академических клиниках и требует специальной подготовки кадров.

- Какова в настоящее время ситуация в отношении сотрудничества EAU и российских урологов?

- В EAU имеется большое количество урологов из России. Единственный путь продуктивного общения - говорить на одном языке, сейчас это английский язык, при этом необязательно владеть им в совершенстве. Я бы настоятельно рекомендовал российским урологам учить второй язык. Я думаю, что для того, чтобы Россия заняла свое место в мировой урологии в соответствии со своими размерами, населением и т. д., урология в вашей стране должна стать более международной. Поэтому необходимо начать изучение английского языка молодым урологам, как минимум.

- Профессор Марбергер, что бы Вы еще, кроме необходимости изучения английского языка, порекомендовали российским урологам?

- Хотя я знаю российскую урологию недостаточно хорошо, но мне кажется, что ее очень важно упорядочить, структурировать на национальном уровне, оно должна стать более стандартизированной. Может быть, я ошибаюсь, но, на мой взгляд, мнение урологов в Санкт-Петербурге по многим вопросам очень сильно отличается от мнения урологов в Москве. Я считаю, что объединения урологов достичь можно лучшей коммуникацией и организацией структуры профессиональных сообществ, оставляя личные интересы и больше заботясь о реальных обществах, представляющих данную область медицины.

- Что привело лично Вас в медицину, прежде всего в урологию?

- Мой брат, мать – все врачи, мой отец – уролог, мы – медицинская семья, поэтому у нас даже никогда не обсуждалось, кем я буду. Я стал урологом, т.к., у меня попросту не было выбора.

- Как Вы считаете, что было наиболее значимым достижением в Вашей урологической карьере?

- Самое сложное - это принять, что что-то сделанное тобой должно измениться. Я видел очень много перемен. В начале своей ка-

рьеры я очень активно занимался открытой хирургией в лечении мочекаменной болезни, затем мы начали заниматься эндоурологией, я не выполнял открытых операций по поводу МКБ в течение последних 10 лет, но делаю больше операций по лечению этой болезни, чем когда-либо раньше, это продолжающиеся перемены. Раньше я активно занимался оперативной детской урологией, в 1985-м написал статью по антирефлюксным операциям у детей, которых мы делали за год более 300. Статья была опубликована в Journal of Urology, а сейчас мы практически не выполняем таких операций, ПМР лечится эндоскопически. Это может быть моим посланием молодым урологам: не полагайтесь на одну операцию, на одну идею, будьте гибкими и готовыми к переменам.

Материал подготовила
научный сотрудник НИИ урологии
Гарманова Т.Н.

Интернет - это инструмент, который может и должен использоваться для обучения

Интервью с М.Десаи (M. Desai)
Президент Эндоурологического Общества (Endourological Society), Экс-президент Международного Урологического Общества (Societe I nternationale d'Urologie), Медицинский директор Muljibhai Patel Урологического Госпиталя, Гуарат, Индия

- Профессор Десаи, не могли бы Вы рассказать об основных целях и задачах SIU? Какова основная роль SIU в международном урологическом сообществе?

- SIU – это всемирная организация, в которую входят урологи 124 государств, целью которой является совершенствование методов лечения урологических заболеваний. Страны-участники кардинально отличаются как по количеству населения, так и по количеству урологов. Так, например, в Японии 130 млн населения и 8 000 урологов, в то же время в Нигерии население - 160 млн, но в стране работает менее 100 врачей-урологов. В США и в Европе на одного уролога приходится 50 тыс. населения, в Китае – 80 тыс. населения, а в Индии - один уролог на 600 тыс. человек. Исходя из этого, одна из наших целей - это распространение урологических знаний, урологического образования во всех уголках мира. Страны различаются по уровню урологического образования, урологической помощи, а также по уровню понимания пациентами своих заболеваний. Наша цель – это убедиться, что урологические знания доступны для всех. Поэтому мы и проводим конференции.

В течение конференции не всегда иностранный участник получает хорошее образование - он понимает содержание слайдов, но не понимает важные акценты в докладе. Чтобы избежать этого, SIU

организовало запись веб-кастов. У урологов есть возможность после возвращения домой прослушать все доклады и еще раз увидеть слайды.

Если вы работаете в большом научном учреждении, таком как НИИ урологии, то сотрудник института, знающий английский язык, может организовать перевод веб-каста, а также может помочь аудитории расставить акценты в ходе доклада.

Это также важно и для печатной продукции. Если надо донести информацию на вашем родном языке, то нет необходимости переводить всю книгу или весь журнал - можно выбрать только самые ключевые главы или статьи.

Когда мы показываем наши действия и движения - это дает зрителям гораздо больше информации, чем просто рассказ. Я видел русские народные танцы, но не знаю русский язык, а когда я увидел, как танцуют русские, как они выражают свои эмоции через движения, я понял их язык, потому что он универсален. Также и в хирургии, когда вы показываете эндоскопическую операцию, зритель может не понимать вашего языка, но он увидит, что вы делали, запомнит это и сможет впоследствии посмотреть это в учебниках и журналах.

Учитывая все это, мы провели эксперимент: организовали пять семинаров, четыре из них были проведены в моем институте в Индии в формате веб-кастов. Урологи из всех стран участников SIU, в том числе из России, могли подключиться к веб-касту с помощью пароля. Потом мы провели анализ активности разных стран и подсчитали количество участников. По нашим данным число зрителей составило 18 525 человек. SIU и раньше организовывала небольшие семинары, в которых участвовали по 100 - 200 человек, 52 подобных семинара были проведены только в моем институте, в которых приняли участие 2 900 врачей. Например, в Бангладеш через одно подключение веб-каст посмотрели 52 человека, спроецировав его на экран через проектор. У них была возможность задавать вопросы через интернет. Также и в России: вам не нужно, чтобы все врачи разговаривали на английском языке, достаточно, чтобы человек, знающий проблему и язык, ор-

ганизовал трансляцию. Интернет – это инструмент, который может и должен использоваться для обучения, получения знаний и тренировки навыков.

Знания вы можете получить через книги, посещение конференций, а для совершенствования практических навыков, можно обратиться в учебный центр, например, пройти курсы по лапароскопии. SIU имеет 28 аккредитованных учебных центров, в которых есть «сухие» лапароскопические лаборатории, а также возможность обучения на животных моделях. Когда вы посещаете практические занятия, то становитесь опытнее, учитесь принимать решения в ходе операции, работать и руками, и головой.

SIU – это один из глобальных механизмов обеспечения пациентам одинаково наилучших способов лечения во всех странах мира. Каждый житель планеты имеет право получить наилучшее лечение из ныне существующих.

- Расскажите, пожалуйста, об учебных центрах SIU. Как попасть туда на стажировку?

- SIU имеет около 30 аккредитованных учебных центров по всему миру. Желающие отправляют нам заявку и пожелания, в каком конкретно центре они хотели бы обучаться, решение о зачислении на курс принимает директор. Мы предлагаем 6-месячный курс, за это время мы платим вам 5000 долларов США, а также принимающая сторона предоставляет бесплатное проживание и обучение. В некоторых случаях, по большей части в Африке, нас приглашают к себе, и мы организовываем там семинар, обучаем проведению операций, ассистируем. После этого местные урологи могут самостоятельно выполнять новые вмешательства. Подобные курсы мы проводили в Нигерии.

- Сотрудничаете ли вы с другими урологическими ассоциациями? Европейской или американской, например?

- У нас есть благотворительная программа совместно с Американ-

ской урологической ассоциацией (АУА) и Европейским обществом урологов (ЕАУ), которую мы проводим в основном в Африке. Мы организовали урологические центры в Судане и Нигерии и в других странах этого континента,

- Хотелось бы вам более тесного сотрудничества с российскими урологами?

- Мы хотели бы, чтобы провести конгресс SIU в Москве. Мы уже проводили ежегодные конгрессы по всему миру, но в России – ни разу. Мне кажется, конгресс в России был бы просто замечательным с отличной посещаемостью, потому что люди были бы рады приехать в вашу прекрасную страну. Не только для того, чтобы поучиться урологии, но и для того, чтобы посмотреть русские народные танцы и послушать русскую музыку.

- Как обстоят дела с урологической помощью в Индии. Сколько урологов практикуют в Индии, как они проходят сертификацию, должны ли они повторно проходить ее и, конечно, какая у них зарплата?

- У нас в Индии сначала врач проходит базовый курс в университете, а затем в течение трех лет - специализацию по хирургии. После этого он зачисляется на специализацию по урологии, кардиохирургии или любой другой специальности. Существует два типа практики: университетская практика, когда врач работает полный рабочий день и получаете фиксированную зарплату и академический образ мышления. Другой вариант – это частная практика, когда он работает в частной клинике и зарабатывает деньги.

- Какова минимальная и максимальная зарплата в академической и частной медицине?

- В академической медицине человек может зарабатывать 600 тыс. индийских рупий в год, это приблизительно 13 - 14 тыс. долларов в год. Но при этом жилье бесплатное и квартплата отсутствует.

- Все доктора получают бесплатные квартиры?

- Это квартиры, принадлежащие больнице, которая бесплатно заселяет в них врачей. Конечно, профессор получит квартиру немного побольше, чем просто врач. У нас есть свой кампус. Если вы работаете в частной медицине, вы можете зарабатывать 600 тыс. – 1 млн рупий в месяц, но вы будете вы-

нуждены тратить 50 - 60% заработка на оплату жилья и текущие расходы. Частная практика дает больше денег, а академическая карьера - признание.

- Граждане Индии лечатся в своей стране или едут за границу за медицинской помощью?

- В большинстве случаев необходимая помощь оказывается в Индии, потому что она доступна. Но некоторые весьма богатые люди едут на лечение за границу, так как это модно. Иногда бывают действительно сложные заболевания, например заболевания сердца или множественные пороки развития у маленьких детей, которые лучше лечатся в центрах за рубежом. Мы проводим экспертизу, у нас есть отличные медицинские центры, но их мало.

- Все ли граждане Индии имеют страховку?

- Что касается наших пациентов, то только 30 - 40% имеют медицинскую страховку.

- Государственную страховку или пациенты приобретают ее самостоятельно?

- Они приобретают ее у частных страховых компаний. Наш госпиталь – это некоммерческая организация, и 60% случаев лечения субсидируются государством, 20% больных лечатся бесплатно, потому что мы не имеем права отправлять пациента домой из-за того, что у него нет денег. Поэтому мы и возвращаемся к существованию двух систем: частной, в которой больной сам платит за все, и государственной, где помощь оказывается бесплатно. В частной клинике пациент платит деньги и получает немедленное лечение, приоритетом является комфортное лечение. В обычной больнице вы получаете то же лечение, но оно, возможно, будет не таким комфортным, как в 4х-звездночном отеле, но это будет бесплатно.

- Сколько может стоить один визит в частную клинику?

- Около ста долларов США. Может стоить и меньше - около 50 долларов, если это будет просто консультация. Безусловно, если будут проводиться какие-то исследования, то стоимость будет расти.

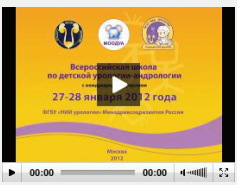
Полную видеоверсию интервью, также как и видеоотчет о Конгрессе, можно увидеть на сайте Uro.TV.

Урологическое телевидение

Новинки
Набирающие популярность
Популярные
Фильмы и анимация
Новости и политика
Наука и техника
Образование
Общество
просмотреть все

Новинки

Популярные



Смотреть ещё

Uro.TV - Урологическое телевидение © 2012

Плюсы и минусы онлайн-консультаций

Сегодня, в эпоху массового развития интернета и коммуникационных технологий, в Сети можно найти множество различных сайтов, посвященных здоровью. Они создаются либо при медицинских центрах, либо практикующими медиками, либо являются сетевыми изданиями. Популярность этих сайтов обусловлена тем, что здесь в большинстве случаев имеются онлайн-консультации, где пациент может напрямую задать свой вопрос нужному специалисту и получить ответ.

Недавно проведенный интернет-опрос показал, что 67 % посетителей сайтов о здоровье ограничиваются чтением готовых ответов на вопросы, которые уже были заданы другими пациентами. Самостоятельно задают вопросы специалистам лишь 33 % респондентов, из которых 25 % уже посещали реальные медицинские учреждения относительно своих проблем. Как правило, к онлайн-консультантам чаще всего обращаются люди молодые и среднего возраста, и крайне редко – пожилые, несмотря на то, что они гораздо больше остальных нуждаются в медицинской помощи. Причина их редкого обращения к подобной консультации врача в том, что нет доступа к интернету или же отсутствуют необходимые для этого навыки. Однако, за последние пять лет в интернете наблюдается тенденция роста пользователей среди пожилого населения.

Выделяется несколько наиболее распространенных причин обращения к онлайн-специалистам:

- так называемая мнительность пациентов, которые хотят получить консультацию специалиста с целью удостовериться в правильности поставленного диагноза и назначенного лечения;
- найти специалиста и клинику для обращения;
- изучение отзывов о тех или иных специалистах, клиниках;
- надежда на помощь в ориентации обращения к тому или иному специалисту;
- любопытство и желание лучше разобраться в медицинских вопросах;
- стремление помочь своим

близким, которые по той или иной причине сами не могут обратиться за помощью к консультанту;

• отсутствие нужных специалистов по месту проживания.

Однако в медицинских консультациях в удаленном доступе существуют как положительные, так и отрицательные стороны.

Плюсы

1. Оперативность

Одним из наиболее существенных достоинств онлайн-консультаций является оперативность. Это избавляет многих пациентов от записи на прием к врачу, ожидания в очередях, да и к тому же задать вопрос и прочесть ответ можно в любое удобное время. Надо сказать, что подобного рода консультации незаменимы и в том случае, если требуется ответ на вопрос о том, к какому врачу следует обращаться. Многие люди, как известно, даже не догадываются о существовании узких специалистов, занимающихся той или иной проблемой, например андрологов. Также небольшой совет бывает необходим, если у пациента достаточно популярное заболевание, а лечащий врач не уделил внимание объяснению тех или иных симптомов, причинам их возникновения и механизмам их устранения.

2. Доступность

Для многих пациентов большую роль играет географическая составляющая, когда у человека нет возможности приехать к специалисту в тот или иной город в любой день по независящим от него причинам. Поэтому онлайн-консультация в такой ситуации является достаточно важной. Особое значение приобретает он-лайн консультация, когда пациент обращается к врачу повторно, после первичного очного приема, с целью уточнения отдельных моментов. В таких случаях он-лайн консультация незаменима и эффективна для пациента, и необременительна для врача.

3. Бесплатность

Большинство трудоспособных людей в наше время предпочитают обращаться в платные медицинские центры в надежде получить больше внимания и более грамотную консультацию и качественную медицинскую помощь. Однако рекомендация любого специали-

ста в удаленном доступе избавляет от этой проблемы – чаще всего все консультации подобного рода проводятся бесплатно. Хотя в последнее время специалисты высокого уровня предпочитают участвовать в оплачиваемых проектах. К этому же постепенно приходит и обеспеченная часть пациентов – получить платную грамотную консультацию ведущего специалиста, не выходя их дома.

4. Анонимность

В любом медицинском учреждении на пациента заводят медицинскую карту, в которую записывается вся история болезни. И нередко эта информация может просочиться куда-то еще. При онлайн-консультациях в лучшем случае врачу известно только имя пациента и его возраст. Некоторая анонимность позволяет больным более подробно рассказать о собственных симптомах. Часто многие люди стесняются обратиться к врачу по различным причинам, например некоторые боятся общения или прикосновений незнакомого человека. При бесконтактном методе пациент чувствует себя более комфортно, однако нужно помнить, что в данном случае погрешность увеличивается в разы и процент правильной оценки симптомов уменьшается.

5. Высокая эффективность

Большинство пользователей интернета, обратившихся за онлайн-консультацией, находят сразу готовый ответ на свой вопрос. Причем, согласно опросу, многие из посетителей нередко получают достаточно полный исчерпывающий ответ.

Минусы

1. Качество ответов

Как правило, многие ответы онлайн-специалистов недостаточно развернуты и однотипны, так как пациентов много, количество консультаций велико (например, на сайтах **03Uro.ru, NetHealth.ru**, где осуществляются консультации урологических пациентов, за сутки может быть до 70-75 вопросов пациентов), а врач один. Немалую роль здесь играет и невозможность в режиме он-лайн досконально изучить всю историю болезни пациента.

2. Своеобразная реклама

Достаточно часто вместо ожидаемого ответа пациент получает предложение явиться на очный прием к специалисту. Подобного рода рекомендация может быть скрытой рекламой лечебного учреждения. Однако надо помнить, что такая трактовка приглашения на очный прием не всегда является своеобразным вариантом привлечения клиентов. Часто в экстренных ситуациях, в случаях, требующих обязательного осмотра пациента для уточнения симптомов, локализации боли, определения высыпаний и т.д., без очной консультации обойтись нельзя. Некоторые пациенты излагают информацию о состоянии своего здоровья сумбурно, несистематизированно, не могут описать свои ощущения и симптомы, - все это также требует непосредственного общения с пациентом.

3. Невозможность постановки точного диагноза

Как уже было сказано, поставить точный диагноз, имея только виртуальные данные, достаточно сложно. Врачу необходимо осмотреть больного, знать историю его болезни, получить результаты медицинского обследования и анализов, а в ситуации удаленного доступа достичь такой полноты общения сложно. Например, если пациент обращается за онлайн-консультацией к специалисту-урологу по поводу боли в паховой области, то очень трудно врачу установить – это связано с мочеполовой системой или другими заболеваниями, в том числе и неурологическими.

4. Невозможность назначения лечения.

Назначение лечения заочно, особенно рецептурных препаратов, в том числе сильнодействующих, противозаконно. На консультациях врач может только рекомендовать или упоминать нерецептурные (!) препараты или БАДы, фитотерапию, общеукрепляющие меры, санаторно-курортное лечение.

Надо сказать, что на многих медицинских сайтах администрация честно предупреждает, что любая онлайн-консультация даже высококлассного специалиста не может в полной мере заменить прием врача. Поэтому консуль-

тацию необходимо рассматривать как дополнительное средство диагностики и лечения. В данном случае относительно эффективным средством связи врача и пациента являются консультации с использованием видеосвязи, однако они в настоящее время еще недостаточно развиты.

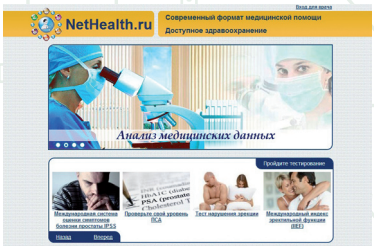
Многие интернет-ресурсы предваряют вопросы пациентов и публикуют исчерпывающую информацию о симптомах, причинах, способах лечения и профилактических мерах заболеваний. На очном приеме врача не всегда можно получить интересующие сведения о своей болезни, как правило, из-за нехватки времени.

У каждого метода есть свои недостатки и положительные стороны, но это не значит, что онлайн консультации обречены на вымирание и забвение. Этот способ консультирования помогает пациентам найти ответы на многие медицинские вопросы, а также подталкивает пользователей Сети сделать первый шаг к излечению своего заболевания.

Материал подготовила Шадеркина В.А.

Проект для пациентов 03uro.ru

Сайт НИИ урологии для пациентов



Новый формат помощи Nethealth.ru

Урология. Начало

Е.В.Болотова
журналист

Хотя урология как наука получила свое развитие только в XIX веке, ее начало восходит еще к времени существования древних государств.

Впервые подробное описание урологических заболеваний встречается еще в IV веке до н. э. в трудах известного древнегреческого врача Гиппократа. Он описывал результаты своих наблюдений и лечений мочекаменной болезни, утверждая, что изучение состава мочи может дать множество полезной информации о течении различных заболеваний мочеполовой системы и почек. Гиппократ изучал наиболее типичные изменения цвета и запаха мочи, появление в ней различных патологических включений, вроде примеси крови, гноя и прочего. Впоследствии подобные же наблюдения были описаны в трудах арабских ученых-врачей, где нередко в силу восточных обычаев полностью запрещался контакт между врачом-мужчиной и пациентом-женщиной. Именно поэтому доктор был вынужден ставить диагноз по косвенным признакам. Именно из древности до нас дошел символ градуированного стеклянного сосуда для сбора мочи, изображаемого как эмблема медицины.

В некоторых дошедших до нас памятниках древнегреческой и древнеегипетской литературы упоминается первая урологическая операция на то время - обрезание крайней плоти у мальчиков и воинов.

В III веке до н. э. грече-

ским врачом Эразистратом в трудах было представлено описание твердого катетера, однако многие историки предполагают, что этот инструмент еще ранее использовался в Египте. К тому же бронзовые бужи для расширения уретры обнаружены при раскопках города Помпеи, разрушенного в I веке н. э.

Многие ученики и последователи Гиппократа продолжали исследования мочеполовой системы и ее заболеваний, разрабатывали хирургические методы лечения. Например, в одном из древних произведений представлено описание урологической операции по удалению камней из мочевого пузыря промежностным методом над введенным в уретру металлическим бужом, так называемыми врачами «камнесеками». Ими, как правило, были не профессиональные врачи, а ремесленники или монахи, специально обучавшиеся этому делу. Учитывая, что в то время все процедуры производились в антисанитарных условиях, лечение сопровождалось высоким процентом летальных исходов.

В I веке н. э. в произведении ученого Цельса дано определение такого заболевания как варикоцеле «…Вены раздуты и извиты над яичком, которое становится меньше противоположного» и представлена применяемая на тот момент операция по устранению варикоцеле. В начале II века ученым Руфом была написана первая монография о заболеваниях мочевого пузыря и почек, а труды Галена приводят результаты наблюдений по поводу отложений солей как причине образования камней в почках.

Исследования древнегреческих ученых продолжил в XI веке известный арабский врач Авиценна. В его фундаментальном труде «Канон врачебной науки» особое внимание уделяется диагностике и лечению болезней почек, мочевого пузыря и мочеиспускательного канала, им подробно описано оперативное лечение камней мочевого пузыря, предложен ряд лекарственных средств. Авиценна тщательно разработал показания и технику катетеризации мочевого пузыря, а для его промывания сконструировал поршневой шприц.

Многие историки считают, что у истоков урологии стоял ис-

панский врач XVI века Франсиско Диас. Он являлся фактическим создателем научной урологии. Опубликованная ученым работа полностью посвящена урологической проблематике, включая методы диагностики, способы лечения, специальный инструментарий и т. д.

Однако в целом в эпоху Средневековья урология оставалась на уровне примитивных исследований и методов лечения. Камни, как правило, удаляли все тем же способом - через разрез мочеиспускательного канала на промежности вводили щипцы, которыми извлекали камень.

О лечении урологических заболеваний на Руси до нас дошли весьма скудные сведения. Как и всем больным, помощь в урологических заболеваниях оказывали знахари. Наиболее раннее руководство по древнерусской медицине, дошедшее до нас, принадлежит внучке Владимира Мономаха Евпраксии. Этот исследовательский труд под названием «Алимма», т. е. «Мази», был издан в XII веке. В восьмой главе этого произведения представлены рекомендации по диагностике некоторых заболеваний с использованием физических свойств мочи, а также даются советы по лечению ряда заболеваний мочевыводящих путей.

Формирование современной урологии как медицинской дисциплины, занимающейся изучением, диагностикой, лечением и профилактикой заболеваний мочевых путей, стало возможным лишь в XIX - XX вв. в связи с развитием общей хирургии: усовершенствованием оперативной техники, введением общего и местного обезболивания.

В настоящее время урология – это самая динамично развивающаяся специальность с большим будущим.

Когда был изобретен цистоскоп?

1887 г - изобретение цистоскопа M. Nitze.
1889 г. - он же издал учебник по цистоскопии, а в 1894 г. — цистофотоскопический атлас. Таким образом, врачи получили возможность овладеть этим важным диагностическим методом.

«Руководство по акушерской и гинекологической урологии»
Д.В.Кан

Чего хотят пациенты в Интернете?

20-й атомный век сменился веком 21-м, информационным. Информация значительно ускоряет темп общего развития, что особенно стало заметно за последние 3 года. Технологический прорыв, выразившийся в бурном развитии оборудования для коммуникации (планшетники, ноутбуки, нетбуки, смартфоны и т.д.), был бы бесполезным без совершенствования каналов связи – развития высокоскоростного и беспроводного интернета.

За это время произошли значительные изменения и в интернет-аудитории – суточная аудитория интернета в России составляет 27,8 млн человек (по данным на март 2011 г). Интернетом стали чаще пользоваться люди более старшего возраста – 31% пользователей интернета старше 50 лет. По данным на май 2012 года количество человек, интересующихся вопросами урологического здоровья, составило примерно 1.400.000 человек (по сравнению с 1.000.000 человек в январе 2010 года).

Подавляющее большинство этих людей для нас с вами – потенциальные пациенты.

На сегодняшний день все больше и больше пациентов обращаются за консультациями к лечащим врачам не только в поликлинике, но и в интернете. Кто-то старается самостоятельно «диагностировать» у себя заболевание, кто-то ищет среди многочисленной информации во всемирной паутине подтверждение слов доктора, кто-то участвует в различных онлайн-консультациях со специалистами, чтобы лучше узнать о способах лечения и о лекарственных препаратах, другие узнают здесь о правах пациентов – количество медицин-

ской информации не ограничено.

В наш век активного и повсеместного развития информационных технологий Всемирная сеть достаточно сильно меняет отношения пациента и врача. По данным сервиса LiveInternet, **более 20 тысяч сайтов медицинской тематики сегодня читают почти 33 млн посетителей в месяц, около 46 % из этих ресурсов посвящено здоровому образу жизни.** Здесь можно узнать практически все: пользователи на различных форумах обсуждают свои симптомы, сопоставляют назначения врачей, сравнивают методы лечения.

На первый взгляд, подобная онлайн-активность в какой-то мере объясняется неудовлетворенностью от общения с врачами: доктор был недостаточно внимателен, ему не хватило времени или желания выслушать пациента, разъяснить смысл лечения и т. д. По данным исследования, проведенного в 2010 году, 37 % пользователей всегда проверяют рекомендации врачей в интернете, еще 33 % делают это, если рекомендации врача вызывают сомнения.

В активном использовании интернета пациентами есть некоторые плюсы:

1. Всемирная паутина - отличный помощник в плане улучшения эффективности амбулаторного лечения;

2. Интернет в некотором роде снижает нагрузку на лечащих врачей;

3. Некоторые вопросы здоровья и профилактики заболеваний, которые можно изучить в Сети, заставляют пациентов реже посещать медицинские учреждения.

4. Всемирная сеть способствует медицинской образованности людей при посещении специализированных сайтов вместо псевдомедицинских.

Исследователи утверждают, что в большинстве случаев причина поиска информации в интернете пациентами до посещения клиники – это вовсе не недоверие к врачам, а вполне понятное желание быть лучше информированным. Многие врачи настороженно относятся к человеку, пришедшему на прием, досконально изучив свой диагноз в доступных интернет-источниках. На наш взгляд, нужно быть готовыми к тому, что число таких осведомленных больных со временем будет увеличиваться.

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

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ

УРОЛОГИЯ

ECUro.ru

Текущий номер
Архив
Редакционная коллегия
Редакционный совет
Издательский дом
Контактная информация
Информация для авторов
Для рекламодателей
Подписаться на журнал

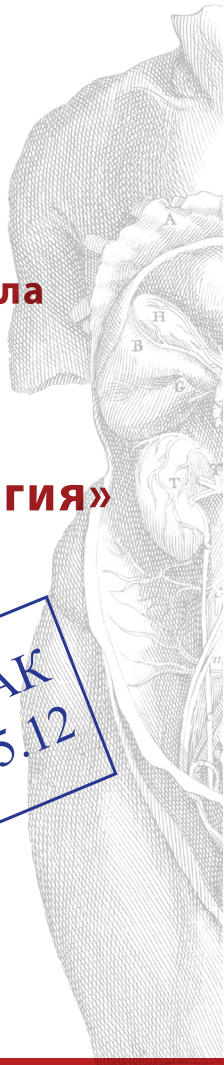
Имя пользователя

Пароль

Вход в систему

www.ecuro.ru
официальный сайт журнала

«Экспериментальная и клиническая урология»



Аккредитация ВАК
№ 22/49 от 25.05.12

© ECUro.ru — официальный сайт журнала "Экспериментальная и клиническая урология", 2009-2012 г
105425 Москва, ул. 3-я Парковая, д. 51, корп. 4

Многим врачам в наше время приходится учиться вести диалог с информированным пациентом, помогая разобраться в информации, полученной в Сети, обсуждать плюсы и минусы способов лечения и предоставлять ему возможность выбора. Существует мнение, что информированные пациенты более добросовестно и осознанно выполняют предписания врачей, внимательнее относятся к рекомендациям здорового образа жизни, тем самым повышая эффективность нашей работы.

Однако, своим пациентам необходимо рекомендовать некоторые правила получения медицинской информации в Сети:

1. В целях безопасности следует обращаться к тем статьям в интернете, у которых имеется дата публикации, конкретный автор, указано его место работы и вообще есть информация о нем.

2. Если есть рекомендации по обращению в конкретную клинику, то нужно знать о том, что у каждой уважающей себя клиники должен быть собственный сайт с работающими телефонами, адресом, фотографиями врачей, отзывами пациентов.

3. Для объективного восприятия информации следует читать в Сети информацию о том или ином сайте.

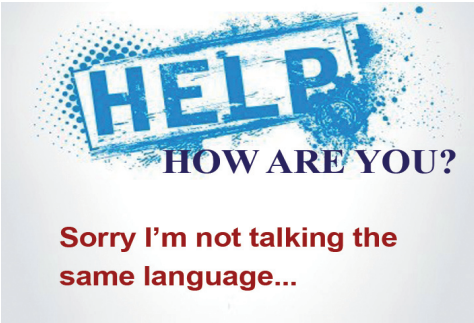
4. Следует полностью игнорировать сообщения о «чудодейственных» препаратах и аппаратах, в том числе и на рассылку различного спама.

5. Не следует бросать выполнять назначения своего лечащего врача, следуя назначениям неизвестного и незнакомого доктора.

Однако даже соблюдение этих правил, не может предохранить наших пациентов от общения с мошенниками. Поэтому уделите любознательному пациенту на несколько минут больше, объясните суть информации, полученной в интернете, добейтесь правильной интерпретации результатов.

Материал подготовила
Шадеркина В.А.

Нужно ли знание иностранных языков российским врачам?



Современное состояние отечественной медицины, как и многих других сфер профессиональной деятельности, благодаря требованиям нынешнего времени, позволяет говорить о полном преодолении ситуации многолетнего научного заточения. Уже несколько лет подряд происходит активное международное общение ученых, врачей, производителей медицинского оборудования и многих других специалистов, посвятивших себя работе в сфере здравоохранения.

Немалое значение в этом процессе имеют многочисленные международные конференции, участие в которых позволяет врачу быть в курсе новых мировых тенденций. На таких конгрессах, в том числе и урологических, принимаются « золотые стандарты» диагностики и лечения заболеваний, на которые в наше время необходимо ориентироваться врачу во время своей работы. Именно там представляются новейшие препараты, о которых необходимо знать медицинским специалистам для назначения лечения, соответствующего международным нормам. Однако многие врачи, находясь на международных конференциях, испытывают языковой барьер, что заставляет их пользоваться услугами переводчика для того, чтобы иметь возможность говорить и быть услышанными, слушать и слышать, читать и понимать. Таким образом, переводчики (индивидуальные и синхронисты) – одни из самых востребованных действующих лиц на подобных мероприятиях.

Нельзя не отметить и появление большого количества иностранной литературы по медицине - всевозможных журналов, газет, публикаций в интернете, содержащих актуальные статьи не только

для врачей, но и для фармацевтов и людей других специальностей, кто каким-то образом связан с медициной. Однако очень часто подобные работы представлены на языке оригинала, и какой-либо перевод вовсе отсутствует. Поэтому если врач не владеет иностранным языком, вряд ли он сможет подчерпнуть из свежей иностранной периодики новые сведения, данные научно-исследовательских разработок и другую важную информацию. Все это в итоге может привести к потере связи с мировым научно-медицинским сообществом, а незнание мировых тенденций в медицине – к невысокому уровню профессиональной подготовки. Следовательно, при невозможности перевода данных статей любому врачу просто необходимо знать иностранный язык.

Помимо научной и научно-популярной литературы по медицине, зачастую многим российским врачам, в том числе и урологам, приходится сталкиваться с текстами, написанными на иностранном языке, и в другом виде. Это различная медицинская документация (эпикризы, выписки, истории болезни, результаты лабораторных и инструментальных обследований, протоколы операций, заключения специалистов), документация по клиническим исследованиям лекарственных препаратов, фармацевтическая документация (досье лекарственных препаратов, листки-вкладыши, информация для врачей и пациентов, документация по контролю качества), документация к медицинскому оборудованию и инструментарию (инструкции по эксплуатации, руководства, описания, рекламные материалы, каталоги, презентации), различные иностранные сайты по медицине, фармацевтике, клиническим исследованиям, медицинскому оборудованию и инструментарию и прочему.

Поэтому многие специалисты в настоящее время все чаще и чаще осознают необходимость изучения иностранных языков. Сейчас эта потребность увеличивается не только для опосредованного профессионального общения и чтения профессиональной литературы на иностранных языках, но и для общения в условиях научных конференций, во время зарубежных стажировок, в ситуациях ознакомления с конкретными методи-

ками, знакомства с работой медицинских учреждений и т. п.

Еще личный врач императорской семьи С.П. Боткин в конце девятнадцатого столетия сказал, что **знание современных иностранных языков играет решающую роль в интеллектуальном и человеческом обогащении специалиста-медика, открывая ему не только языковое разнообразие, но и взаимодополняющий характер разных точек зрения.**

Однако есть и один важный фактор, который заставляет многих медиков изучать иностранный язык – отсутствие необходимой профессиональной информации на родном языке. Несмотря на большое развитие современной медицины и урологии в частности, в настоящее время **отсутствуют российские рекомендации по диагностике и лечению урологических заболеваний, а национальные рекомендации носят единичный и разрозненный характер.** Это вынуждает многих специалистов-урологов обращаться к иностранным источникам, однако здесь нужно учитывать один весьма важный факт: далеко не все из зарубежных (европейских или американских) рекомендаций можно применять в России. Это обусловлено особенностями законодательной базы, системы здравоохранения, здоровья граждан нашей страны и методами лечения тех или иных заболеваний.

Но для специалистов-урологов существует выход: существуют информационные урологические ресурсы, где представлен перевод абстрактов ведущих европейских и американских урологических статей. Тем не менее, в других областях медицины в большинстве случаев переводные статьи единичны или вовсе отсутствуют.

Существует и другой фактор важности знания иностранных языков для врача-специалиста - возможность найти работу в лучших клиниках за рубежом, успешно получить или продолжить медицинское образование там же, принимать участие в международных клинических исследованиях и публиковаться в зарубежных изданиях с результатами своих медицинских исследований, как поступают специалисты урологи из НИИ урологии. Помимо всего прочего, хорошее знание иностранного языка

позволяет расширять кругозор, а также приобщиться к научным и к мировым культурным ценностям.

Специалисты-лингвисты считают, что любому врачу для более полного общения на профессиональные темы и улучшения своих навыков языка нужно не прекращая упражняться и работать с оригинальными иноязычными текстами: медицинской литературой, смотреть медицинское видео, общаться с носителями языка и т. д. Категорически не советуется использовать электронные переводчики. Огромную пользу может приносить написание медицинских рефератов, медицинских статей на иностранном языке, осуществление медицинских переводов.

Немалую роль в освоении иностранного языка в качестве профессионального может сыграть использование различных оригинальных медицинских пособий, предназначенных для подготовки к успешной сдаче медицинских международных лицензированных экзаменов, которые, в свою очередь, могут помочь не только усовершенствовать имеющиеся знания медицинского иностранного языка, но и с легкостью повысить компетентность в профессиональных клинических и теоретических дисциплинах. Ко всему прочему, подобные источники дают информацию об образовательной системе медицины за границей, профессиональном международном тестировании.

Самую большую сложность при понимании иностранных текстов в оригинале создает именно обилие узкоспециализированной лексики, поэтому важность абсолютно точного перевода здесь крайне необходима. Как правило, от точного перевода зависит здоровье, а иногда даже и жизнь пациентов.

Достаточно часто грамотные врачи, специалисты с многолетним опытом работы и колоссальным багажом знаний, становятся в тупик при необходимости публикации статьи в международных изданиях или подготовке выступления для конференции. Для того чтобы донести до слушателя или читателя идею выступления, нужно не только обладать медицинскими знаниями, но и способностью грамотно их перевести. Непонимание тонких нюансов

перевода способно свести на «нет» весь положительный эффект от такого мероприятия. В таких случаях знание иностранного языка должно быть совершенным.

Таким образом, изучение иностранного языка медиками необходимо для повышения и поддержания своего профессионального уровня. На сегодняшний день есть отечественные урологические интернет-ресурсы (Uroline.ru, UroWeb.ru, Uro.TV), способные предложить огромное количество необходимой для врача информации в виде печатных переводных текстов, видеоинтервью, видео оперативных вмешательств во всех областях урологии.

Материал подготовили
Шадеркина В.А.
Болотова Е.В.

Учите русский!

Русский язык вытеснил испанский и занял третье место по распространенности в мире, на нем разговаривают уже 500 млн человек.
Об этом сообщила в пятницу президент Санкт-Петербургского государственного университета, президент Международной ассоциации преподавателей русского языка и литературы Людмила Вербицкая.
«Могу вас заверить, что русский язык знают уже полмиллиарда человек, и он занимает не четвертое, а третье место после китайского и английского», — сказала Вербицкая на Всемирном конгрессе соотечественников.

27.10.2012
http://telegrafist.org/

Всего в мире от 2500 до 7000 языков. По официальным подсчетам Французской Академии наук в настоящее время говорят на 2796 языках по всему земному шару.

1 место – китайский
2 место – английский
3 место – русский
4 место – испанский

Вредные привычки врачей

5 октября 2012 года состоялся Первый национальный съезд врачей под патронатом председателя правительства Дмитрия Медведева. Одним из актуальных вопросов, рассматриваемых на съезде, было избавление медиков от вредных привычек. По словам Премьера, пример ведения здорового образа жизни должен пациентам демонстрировать сам врач, таким образом, проблема отказа от вредных привычек обсуждалась под лозунгом: «Курящий врач – позор для страны!»

Несмотря на то что медики в силу своей профессиональной обязанности должны бороться с вредными привычками пациентов, многие из них активно курят и употребляют алкоголь и еще печальнее – некоторые и вовсе имеют пристрастие к наркотическим средствам.

Основной причиной употребления алкоголя и курения многие врачи называют огромное напряжение в своей работе. Однако в значительной степени подобное поведение медиков обусловлено низким уровнем профессиональных знаний о характере и последствиях табачной, алкогольной и наркотической интоксикации.

По статистике на январь 2012 года, в России курят около 60 % врачей, в то время как в США – только 2 %, а в Великобритании – 0,5 %.

Заведующий отделением по внедрению и оценке эффективности методов профилактики опухолей РОНЦ им. Блохина РАМН, доктор медицинских наук Владимир Левшин утверждает, что на Западе снижение числа курильщиков в целом связано с тем, что были вынуждены бросить курить сами врачи. Это было неким стимулом, потому что если пациент видит, что врач курит, он думает, что это не страшно. Психиатр-нарколог, зав. отделением ФГБУ Национального научного цен-

тра наркологии Алексей Надеждин подтверждает слова своего коллеги, считая, что низкий процент курящих врачей за рубежом связан прежде всего с тем, что во всех развитых странах ведется активная политика по запрещению курения в медучреждениях. В нашей стране Минздрав, к сожалению, только «предупреждает», а тем временем многие говорят о необходимости введения именно действующего Закона, в котором должна быть прописана ответственность и введены дисциплинарные взыскания. Хорошим примером этому может послужить политика многих стран Запада, где врача, курящего в присутствии пациентов, могут лишить премии, уменьшить социальный пакет и даже уволить. В России, по мнению Владимира Левшина, также необходимо создать систему антикурительного образования и подготовки врачей. Это один из наиболее прогрессивных путей к снижению распространенности курения среди медиков.

Нужно ли говорить о том, что курение врачей, как известно, помимо вреда для собственного здоровья, ведет к отрицательным последствиям для их пациентов. Именно это и послужило причиной нововведений в западной политике здравоохранения по поводу общего снижения курящего населения: первоначально нужно уменьшить распространенность табакокурения среди врачей, а после – среди остального населения. Это все связано с тем, что рекомендации курящего врача по отказу от сигарет, как правило, не могут вызвать у пациента нужного доверия. Таким образом, **курение доктора – это нарушение не только медицинской этики, но и профессионального долга.**

На втором месте среди вредных привычек у медиков стоит алкоголизм. Кадры с пьяными врачами буквально переполняют интернет. Как бы это ни удивляло пациентов, а именно у терапевтов, патологоанатомов, наркологов и анестезиологов огромный риск заболеть алкоголизмом **ввиду хронического постоянного стресса в рабочее время**, а если учесть, что врачи работают сутками, нередко дежуря по выходным, праздникам, когда все остальные люди отдыхают и веселятся, то стресс удваивается. Прибавьте сюда недосыпание, постоянное моральное и физическое

напряжение – все факторы приводящие человека к алкоголизму.

С одной стороны, люди всегда задаются вопросом: как такое может быть, ведь они же врачи, они прекрасно знают насколько это пагубно для здоровья, у них перед глазами множество примеров того, как самые сильные, талантливые и преуспевающие люди ломаются под грузом алкоголя. И в то же время процент врачей-алкоголиков не уменьшается. Объяснение этому можно найти только одно – знание вовсе не является преградой.

Как бы все ни скрывалось, а проблема врачебного алкоголизма всегда была и никуда не исчезла. У российских врачей есть дополнительный фактор риска: их змий - их же пациенты. Советская система здравоохранения породила традицию подарков: пациенты были вполне осведомлены о зарплатах медиков, а лучшим символом благодарности в России издавна считается подношение в виде бутылки хорошего алкоголя. Персонал поликлиник и больниц не знал недостатка не только в конфетах, но и в коньяке. Впрочем, благодаря появлению частной медицины эта традиция понемногу изживается.

Еще большей опасностью среди вредных привычек врачей является наркомания. Это беда затрагивает не столько нашу страну, сколько Запад. По исследованиям британских ученых, каждый пятнадцатый медик во всем мире принимает нелегальные наркотики. Среди молодых врачей Запада треть мужчин и каждая пятая женщина курят травку, нюхают кокаин, употребляют галлюциногены и экстази. Во всем мире в связи с этим уже бьют тревогу. В России пока эта проблема не так остра, как в Европе и Америке.

Таким образом, одним из главных отягощающих обстоятельств проблемы курения, алкоголизма и наркомании в России является именно широкое распространение среди врачей. Именно медик является ключевой фигурой в плане формирования здорового образа жизни среди населения, и чрезмерная популярность вредных привычек среди врачей является одним из главных барьеров на пути снижения этого показателя среди населения.

Материал подготовила
Болотова Е.В.

Врачи Древней Греции

Древнегреческая медицина – одна из наиболее старинных медицин, дошедших до наших дней. Многие греческие ученые-врачи внесли огромный вклад в развитие этой области, их знаниями пользуются до сих пор.

В медицине Древней Греции наличествует множество различных исследований и выводов благодаря тому, что она в меньшей степени испытывала на себе влияние религии, в то время как римская и восточная медицина постоянно находились под гнетом церкви.

Одним из важных пунктов лечения больных в Греции того времени считается наличие так называемых асклепионов – помещений, предназначенных для врачевания при храмах. Здесь лечение, как правило, проводили при помощи внушения: подготавливали больного постом, молитвами, жертвоприношениями, одурманивающими курениями. После чего у пациента следовал сон, который потом толковали жрецы. Из лечебных процедур здесь особое внимание уделялось водолечению и массажу. Но иногда имело место и более активное вмешательство, в том числе и хирургические операции.

Название этого заведения происходит от имени Асклепия. Асклепий, больше известный нам как Эскулап, был известным греческим врачом и впоследствии был обожествлен, поэтому вошел в культуру в качестве бога врачебного искусства. Многие известные врачи древности считались его потомками, а покровительницы отдельных отраслей медицины – дочерьми.

Обычно Асклепий изображался с большим посохом, вокруг которого обвилась змея — эмблема здоровья и медицины. Змея являлась олицетворением мудрости и пришла в Грецию с Востока. Этот символ сохранился по сей день на многих вывесках аптек и медицинских учреждений, хотя первоначальный смысл уже давно утрачен.

Среди древнегреческой медицины выделялись несколько видов: храмовая, жреческая и народная.

В связи с этим все врачи делились на, так называемые, подкасты:

• Общественные врачи (безвозмездно лечили бедных граждан, принимали соответствующие меры против развития эпидемий);

• Домашние врачи (обслуживали знать и богачей);

• Периодевты, или странствующие врачи (лечили торговцев и ремесленников);

• Светские врачи (обслуживали раненых во время войн).

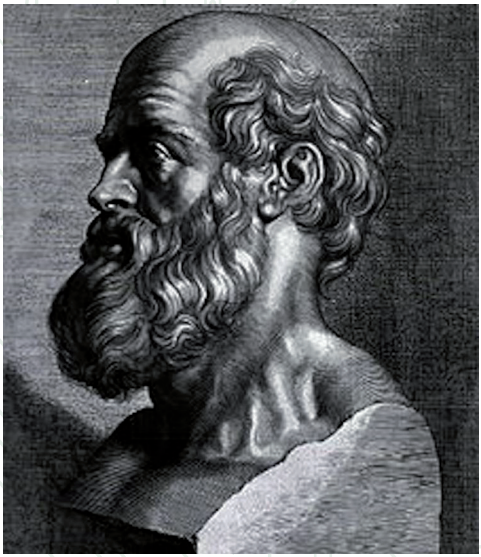
Их готовили по принципу ремесленного ученичества в медицинских школах.

Большое внимание в лечении болезней в медицине Древней Греции уделялось физическим упражнениям, закаливанию и личной гигиене. Врачи того времени дали новые решения многих вопросов: о материальных причинах болезней, о связи их с внешней средой, о болезни как изменяющемся явлении, проходящем в своем течении определенные стадии, о необходимости наблюдения за ходом болезни и т. п. Эти новые подходы к болезни и ее лечению способствовали расширению и углублению медицинских знаний.

Самым известным древнегреческим врачом был Гиппократ.

Многие историки по сей день предполагают, что Гиппократу довелось участвовать в войнах, благодаря чему появился его фундаментальный труд о лечении переломов, вывихов и ран. Именно поэтому в своих учениях он советовал молодому врачу, желающему изучить хирургию, участвовать в военных походах.

Самым известным из дошедших до нас научных трудов Гиппократа в области врачевания является «Гиппократов сборник», где содержится подробное описа-



Гиппократ

ние известных в то время болезней, способов их распознавания и лечения, наибольшее внимание уделяется изучению вирусных заболеваний.

Гиппократу было свойственно смотреть на современную ему медицину с философской позиции: он анализировал причины, сущность, лечение и предупреждение заболеваний. Болезнь, по Гиппократу, – это общий процесс всего организма, и каждая имеет свои естественные причины, а все совершается только сообразно с природой. Это послужило поводом для его учения о влиянии окружающей среды и условий жизни на здоровье. Он считал, что общие причины заболеваний - это время года, температуру воздуха, климат, свойства почвы и воды в данной местности, эпидемии, миазмы. Наряду с этим Гиппократом отмечаются во многих случаях индивидуальные причины болезней отдельных людей: образ жизни, диета, возраст человека, его наследственность и склонность к определенным страданиям.

В учении Гиппократа уделялось также внимание и организму больного, и внешней среде, условиям жизни, окружению. Он требовал учитывать в первую очередь природу больного, его общее состояние и всячески стимулировать естественные способности организма.

Гиппократ смотрел на болезнь как на явление изменяющееся. Она имеет начало (стадия «сырости»), середину (стадия «сварения») и конец (стадия «извержения»).

Много внимания Гиппократ уделял заболеваниям внутренних органов, общей терапии, акушерству, хирургии, педиатрии.

Основным пунктом в терапии болезней для ученого была вера в целительные свойства природы. Важное значение для Гиппократа имела и диета, которую он понимал расширенно в смысле не только пищевого, но и общегигиенического режима.

В плане лекарственного лечения Гиппократ широко использовал опыт народной медицины. Например, в «Гиппократовом сборнике» перечислено более 250 растительных и 50 животных средств, используемых в качестве лекарств: потогонных, слабительных, рвотных, мочегонных и других. В наружных средствах применялись

соли металлов. Он рекомендовал соблюдать осторожность, учитывать реакцию организма, не торопиться, не заменять быстро одно лекарство другим.

Особое значение Гиппократ придавал числам, считая, что острые заболевания кончаются на 7-й день, а хронические — на 21-й день и что заболевания чаще бывают в нечетные годы и числа.

Много внимания Гиппократ уделял вопросам хирургии: для остановки кровотечения рекомендовалось придавать конечностям возвышенное положение, применять холод, сдавление, кровоостанавливающие, прижигания, при ранении рекомендовался покой, при вывихах и переломах — неподвижные повязки.

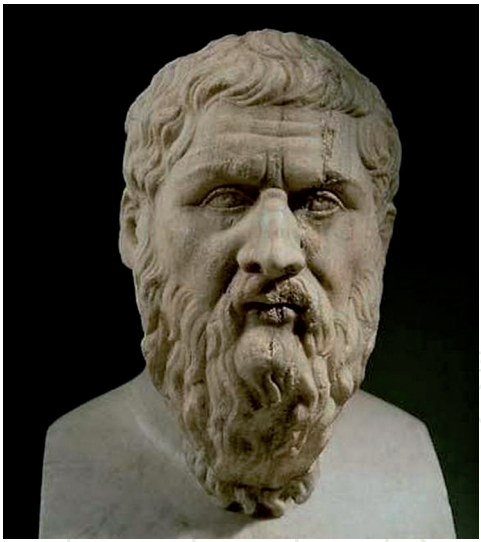
В знаменитой «Клятве врача» Гиппократ определил взаимоотношения врача и больного, а также врачей между собой. Он осуждал тех, кто начинал посещение с требования оплаты и установления ее размера.

Гиппократ на много веков вперед определил направление развития медицины. В течение долгого времени представители этой области науки в своей деятельности использовали основные идеи из его учений: наблюдение у постели больного, симптоматология отдельных заболеваний, роль внешней среды в этиологии заболеваний, медико-топографические описания, гигиено-диетические методы лечения и профилактики и другие.

Другим, не менее известным древнегреческим врачом был ученик Гиппократа - Платон. В своих трудах он утверждал, что здоровье и болезнь определяются потусторонним началом, божественной душой. Причиной болезни, по Платону, является наказание, посланное с неба. Вопреки учениям о лекарствах своего учителя, он считал, что те не имеют никакого значения, а исцелять могут только обряды, гимны, музыка.

Для него было характерно строгое отношение к врачам и медицине в целом. Платон является основоположником реакционной медицины.

Третьим известным ученым врачом древности был Аристотель – воспитатель Александра Македонского. Им были поставлены те вопросы медицины, ответы на которые смогло дать только



Платон

последующее развитие науки.

Ученый уделял большое значение телеологии, которая приводила его к достаточно удивительным объяснениям в области анатомии, эмбриологии и физиологии. Например, по Аристотелю грудобрюшная преграда имеет назначение защищать благородные органы грудной полости от влияния вредных газов, поднимающихся из желудка.

Через много веков учения этих великих греческих врачей продолжили известные исследователи – А.А. Ухтомский, Н.П. Павлов, И.М. Сеченов и другие, а знания и мысли древних ученых и врачей по сей день используются в медицине.

Материал подготовила Болотова Е.В.

В 1620 г. в России был учрежден Аптекарский приказ - центральный орган медицинского управления. В 1654 г. при Аптекарском приказе была создана первая русская лекарская школа, ученики которой, наряду с приобретением практических навыков по указанию медицинской помощи раненым и больным, обучались технике катетеризации мочевого пузыря, кастрации, циркумцизио и даже ампутации полового члена.

БОГАТСТВО ЖИЗНИ
Здоровье
САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Вопрос эксперту:
(495)708-4769, 725-8380

Рейтинг курортов

Страны и Курорты

- **Россия**
  - **Кавказские минеральные воды**
    - Ессентуки
    - Железноводск
    - Кисловодск
    - Пятигорск
- **Украина**
  - Трускавец
- **Италия**
  - Фьюджи
  - Абано Терме
  - Остров-курорт Искья
- **Словения**
  - Добрна
  - Рогашка Слатина
  - Порторож
  - Струньян
  - Терме Олимия
- **Германия**
  - Баден-Баден
  - Бад Райхенхаль
  - Бад Киссинген
  - Бад Хомбург
- **Швейцария**
  - Бад Рагац
  - Ивердон ле Бэн
  - Лейкербад
- **Австрия**
  - Баден
  - Бад Вальтерсдорф
  - Бад Лойпердсдорф
  - Бад Татцмансдорф

Курорты по показаниям

Принимаем к оплате:

VISA MasterCard

MDSpa :: AF Travel

Медицинский туризм – это наша профессия!
На сайте нашего проекта представлена информация о курортах, климатических факторах, основных показаниях к пребыванию и лечебно-оздоровительных процедурах. Мы знаем, какой лечебный курорт для Вас будет полезен, и поможем подобрать наиболее подходящий период поездки, условия проживания и увлекательную экскурсионную программу.

С уважением,
MDSpa & AF Travel

Запись на консультацию и прием врача-уролога
Прием ведут специалисты
ФГБУ НИИ Урологии

Вопрос врачу

НАШИ ПРЕИМУЩЕСТВА:
- консультация врача по специальности;
- посткурортное наблюдение;
- прямые контакты с курортами и отелями;
- знание и опыт в подборе условий поездки;
- индивидуальный контроль пребывания;
- надежность и качество с 2008 года.

Регистрация

Имя:

E-mail:

CAPTCHA

введите текст с картинки:

Регистрация

Регистрация, это ваше преимущество:
- на участие в **конкурсе** на бесплатную поездку;
- на получение **бесплатной услуги** на Ваш выбор.

Конфиденциальность персональных данных гарантируем!

Reviews Советы и Отзывы

23.05.2012 **Ольга**
Несколько лет подряд, мы с мужем ездили отдыхать в Карловы Вары. Но в этом году приняли решение...

27.03.2012 **Олег**
Постоянно отдыхаю в Трускавце, на мой взгляд этот курорт лучшее соотношение цены, европейского...

Оставить отзыв

Новости

01.06.2012 **Euro 2012**
Дорогие Друзья! С 8 июня 2012 года стартует величайшее событие в мире спорта, Чемпионат Европы по...

23.05.2012 **Лечение в Словении**
Уважаемые Друзья! Вчера, 23 мая в посольстве Словении в Москве состоялась презентация словенского...

Наука курортология:: Санаторно-курортное лечение предусматривает пребывание на курорте в целях профилактики различных заболеваний организма человека. Курортология является основой санаторно-курортного лечения. И в свою очередь, курортология – это наука о природных лечебных факторах, их воздействии на организм человека и методах использования в лечебно-профилактических целях.
История:: Санаторно-курортное лечение относится к наиболее древним видам туристской индустрии. С античных времен люди научились использовать минеральные воды и лечебные грязи в лечебных целях. В раннем Средневековье известными курортами были Абано Терме и Байи. В начале XIV в. Баден-Баден стал активно посещаемым курортом, а в середине XIV в. был основан курорт Карлсбад (ныне Карловы Вары). В настоящее время санаторно-курортное лечение лучше всего развито в Германии, Австрии, Италии, Словении и Швейцарии.
Общие принципы:: Важнейшими принципами организации санаторно-курортного лечения является доступность лечения, направленность, единая система наблюдения за состоянием здоровья и эффективность проводимого санаторно-курортного лечения до, во время и после пребывания на курорте. Более того, особый принцип санаторно-курортного лечения - его комплексность, т. е. использование разнообразных природных лечебных факторов в сочетании с диетотерапией, физиотерапией, ЛФК, лекарственной терапией и другими методами. Основным природным лечебным фактором является климат. Наряду с климатом используются также минеральные воды и лечебные грязи. Важнейшей задачей санаторно-курортного лечения является нормализация функций центральной нервной системы, именно она способствует упорядочению деятельности сердечно сосудистой, дыхательной систем, обменных процессов. Обязательные элементы санаторно-курортного лечения - это лечебная гимнастика, терренкур, спортивные игры, ЛФК.

Тел.: [redacted]
[redacted]
127051, г. Москва
Петровский бул.,13/1
схема проезда

MDSpa.ru рекомендует:

Баден-Баден
Гармония души и тела
Термы "Каракаллы"
1 170 Eur

BEST CHOICE

Искья Порто
Источник молодости
Парк "Эден"
1 240 Eur

© MDSpa.ru - Санаторно-курортное лечение, 2011-2012

Лекарство от старости

«Фидель Кастро здоров настолько, что доживет до 140 лет», - заявил личный врач кубинского лидера Евгенио Селман Хусейн, руководитель "Клуба 120 лет». И действительно, несмотря на свои 86 лет, кубинский лидер продолжает участвовать в общественной и политической жизни страны, периодически появляясь на народных мероприятиях, телевидении, в прессе.

Команданте пережил нескольких американских Президентов, отнюдь не желавших ему долгой жизни. Враждебные Кубе американские СМИ не раз сообщали о его тяжелой болезни, а то и о смерти. В октябре 2012 года распространилась информация, что Кастро перенёс инсульт и перестал узнавать людей, а также начал «испытывать проблемы с речью». Однако правительство Кубы и родственники Кастро заявили, что это сообщение не соответствует действительности. Сам Фидель появился на публике 21 октября 2012 года, он непринужденно разговаривал с людьми, тем самым, опровергнув слухи о своём плохом самочувствии.

Сегодня Куба, несмотря на сложное экономическое положение и не лучшие социальные условия, по продолжительности жизни опережает многие более развитые и благополучные страны. Так, например, если в России средняя продолжительность жизни 69 лет, на Кубе – 78. На острове не только лидеры и руководители, но и простые кубинцы живут долго. Почему? Конечно, играет роль и климатические условия, и генетика. Но главное, заметил известный кубинский профессор медицины Хосе Каррание, «нищая страна сумела создать лучшую медицину в Южной Америке». Куба не жалеет

денег на здоровье своих граждан, на изобретение собственных лекарств, часто на основе природного материала.

После открытия Америки Христофором Колумбом в результате испанской колонизации Кубы, населявшие ее индейские племена частично были истреблены, частично погибли от болезней, привезенных с другого континента. А так как новым землевладельцам требовалось много рабочих рук для работы на плантациях, колонизаторы стали ввозить рабов из Центральной и Западной Африки. В основном, это были представители племени йоруба, которые исповедовали древнейшую религию, впоследствии ставшую основой вуду и сантерии. Несколько сотен лет назад испанцы заметили, что рабы, несмотря на плохое питание и тяжелую работу, остаются в хорошей физической форме. Тогда же наблюдательные рабовладельцы сделали вывод, что здоровье рабов поддерживается традиционным индейским напитком из сахарного тростника – гуарапо. Легкий в приготовлении – простой отжим из каньи (стебель сахарного тростника) – он обладает потрясающими тонизирующими и общеукрепляющими свойствами. Такой напиток изготовляется в домашних условиях, его с удовольствием и пользой употребляют и жители острова, и многочисленные туристы, а том числе и в составе коктейлей. Но идея использовать лечебные свойства гуарапо пришла позже.

После революции в стране стала развиваться новая система здравоохранения, единственная в странах западного полушария, в основе которой лежала советская система профилактического здравоохранения, созданная наркомом Семашко и признанная в свое время ВОЗом наиболее рациональной. Стали открываться клиники, создаваться научные центры. Тогда молодые кубинские ученые заинтересовались народными методами медицины и, в частности, особыми свойствами гуарапо. Это завершилось созданием нестабильной субстанции, которая, тем не менее, обладала мощным антихолестериновым эффектом - результатом ингибирования ферментов, ответственных за биосинтез холестерина в организме. Детальное изучение

механизма ее действия показало, что вновь созданная субстанция активирует метаболизм пировиноградной кислоты, обеспечивая тем самым нормальный процесс тканевого дыхания. А это положительно влияет на обмен веществ в миокарде, в частности повышает энергетический баланс клеток, стимулирует синтез нуклеотидов и АТФ, которые являются универсальной формой химической энергии в любой клетке, активирует регенерацию тканей. Полученное вещество повышало выносливость организма, улучшало работу сердца, головного мозга, усиливало кровообращение в конечностях, повышало настроение, устраняло симптомы депрессии и стресса, обладало тонизирующим, общеукрепляющим действием.

Изобретение было настолько «революционным», что весть о нем быстро распространилась среди лиц, близких к руководству страны. Первым, кто применил субстанцию на своих больных родственниках, был личный врач Фиделя Кастро - Евгенио Селман Хусейн. Эффект оказался отличным. За несколько лет препаратом пролечились все пожилые члены Политбюро Кубы. Специально для лечения приезжали на Кубу и некоторые высокопоставленные лидеры СССР. Новый препарат показал хорошие результаты при ишемической болезни сердца, атеросклерозе, синдроме Лериша, остаточных явлениях нарушения мозгового кровообращения. Он также оказался полезным для общего укрепления организма. Во время лечения был отмечен и его неожиданный «побочный» эффект – усиление либидо (полового влечения) и улучшение эрекции, о которых многие пожилые члены Политбюро уже забыли. Благодаря этому, в руководящих кругах Кубы новое средство стали называть «кубинской виагрой».

Однако удивительные свойства препарата на основе гуарапо нивелировались одним важным недостатком – субстанция разрушалась в течение нескольких часов, т. е. находилась в нестабильной форме. Это стало препятствием для его выпуска в промышленных масштабах, предназначенных, в том числе для экспорта. Поэтому следующий шаг кубинских ученых - поиск стабилизатора, который позволил бы перевести лекарство в устойчивую форму. Этот этап оказался самым сложным технологически и требующим больших финансовых затрат. Одни из стабилизаторов полностью уничтожал действующее начало, другие снижали, изменяли действие препарата, увеличивая нежелательные побочные эффекты. До сих пор эта проблема остается нерешенной. Зарегистрированный и продающийся в некоторых латиноамериканских странах препарат не является аналогом исходной субстанции, в нем удалось сохранить только антихолестериновое действие.

Остается надеяться, что кубинские ученые, применив современные технологии, смогут решить проблему стабилизации субстанции для выпуска уникального натурального средства, а крупные фармацевтические компании, заинтересовавшись созданием лекарства из растительного сырья, возьмутся за его производство в промышленном масштабе.

В разработке лекарств Куба давно полагается на свои силы: например, в этом сентябре кубинский Центр молекулярной иммунологии презентовал первую в мире вакцину CimaVax EFG - по заявлению местных врачей, она эффективно работает при онкологических заболеваниях лёгких, замедляя рост раковых клеток. Научные исследования, ведущиеся на острове в последние несколько десятков лет, привели к созданию препаратов для лечения гепатитов, витилиго и многих других, количество инфарктов за 10 лет

сократилось в 2 раза. Кубинские врачи лечат не только своих граждан - на Кубе проходили лечение российские и украинские дети, пострадавшие при чернобыльской аварии, многим помогла методика по «растворению» раковых клеток.

В прошлом году на Кубе лечился президент Венесуэлы Уго Чавес – ему была сделана сложная операция, вырезана раковая опухоль. Пройдя четыре курса химиотерапии, в конце прошлого октября Чавес объявил себя совершенно здоровым. Правда, кубинские врачи посчитали, что ему необходим еще шестимесячный курс приема препаратов.

Профессор Каррание на встрече с журналистами пошутил: «У нас есть специальный способ рекламы. Какой-то президент умирает, а мы берём и запросто вытаскиваем его с того света. Тогда весь мир начинает интересоваться нами и присылает на остров делегации врачей. Те всё осматривают и говорят: ваша медицина - фантазия Кастро, не может у нищей республики быть таких докторов. Тогда просто мы ждём, пока не заболеет новый президент, и опять всё сначала».

Материал подготовила
Шадеркина В.А.

Средняя продолжительность жизни кубинцев составляет сегодня 75,5 года (в России 65 лет). Показатель детской смертности в 2007 году он составил 5,3 – самый низкий показатель в истории страны и самый низкий, вместе с Канадой, показатель на Американском континенте.

Национальная система здравоохранения включает 276 больниц, 442 поликлиники, 165 стоматологических поликлиник, а также 466 учреждений различного назначения. На каждую тысячу жителей приходится 5,6 больничной койки и 1,3 койки в учреждениях социальной помощи. Почти все население страны пользуется услугами семейных врачей - это новаторская система первичной медицинской помощи. Существует также сеть учреждений оздоровительного туризма, ежегодно в них обслуживаются около 6 тыс. иностранных пациентов. Со времен Чернобыльской аварии около 20 тысяч детей из СНГ прошли на Кубе оздоровительный курс.

Уже не дети, но пока еще и не взрослые

Н.Г. Прокофьева, В.А. Шадеркина

Общеизвестно, что ни один препарат, ни один новый метод лечения не применяется на практике без клинических испытаний. Об этом говорится и в Конвенции о правах ребенка, и в Хельсинкской декларации, и в Основах закона об охране здоровья граждан РФ, и в Семейном кодексе. Без клинических испытаний ни одно лекарство не дошло бы до пациента.

Это положение касается и новых диагностических методик, и способов лечения, связанных с активным воздействием на организм. Если речь идет о лечении детей, в таких испытаниях не могут не участвовать дети. И здесь встает вопрос – кто должен принимать решение о включении того или иного ребенка в группу испытуемых? Ответа на этот вопрос на сегодняшний день нет. На практике врачи стараются получить согласие родителей, желательно письменное. Но законом, по которому нашему здравоохранению придется жить в ближайшее время, дееспособность ребенка в принятии решений, касающихся его здоровья, определена с 15-летнего возраста. Ранний возраст, с которого подросток получает право распоряжаться своим здоровьем, вызывает серьезные сомнения не только у урологов, но и у врачей всех медицинских специальностей.

Новый закон о здравоохранении наделяет несовершеннолетних широким спектром прав. Это и право на медицинские осмотры, и на медицинскую помощь, на санитарно-гигиеническое просвещение, а также право на медицинские консультации и информацию о состоянии здоровья. Права детей ставятся выше прав родите-

лей при решении таких вопросов, как профилактические прививки, прием тех или иных лекарств, применения методов диагностики, необходимости операции. **Но способен ли 15-летний подросток в сложных случаях принять правильное решение?**

В 15 лет в соответствии со статьями 32, 33, 34 Основ закона наступает так называемый «возраст согласия» - ребенок может дать согласие на медицинское вмешательство или отказаться от него. Такое решение законодателя медикам и медицинским сообществам представляется не до конца продуманным. Как справедливо отмечалось – об этом говорили и врачи, и детские психологи, и правоведы, да и родители, несовершеннолетние не могут адекватно оценить информацию о состоянии собственного здоровья и принять правильное решение о целесообразности медицинского вмешательства или об отказе от него.

Возраст, психология и физиология организма подростка имеет свои особенности. Не сложились еще приоритеты, нет необходимых знаний и жизненного опыта, дети в этом возрасте еще не понимают ценность здоровья. На их решение может повлиять и страх перед операцией, и дискомфорт некоторых медицинских манипуляций, и просто нежелание лежать в больнице, да мало ли что еще какие сиюминутные настроения! А в реальности, на практике, кто будет отвечать, если из-за отказа подростка от лечения он получил серьезные осложнения? Или наоборот, если врач с согласия подростка сделал операцию, которая закончилась с осложнениями, так ведь тоже бывает! И врачам приходится нарушать закон, получая от родителей письменное согласие на то или иное медицинское вмешательство.

В основах закона об охране здоровья граждан РФ не предусмотрены правила для конкретных медицинских специальностей. Но каждая, в том числе и урология-андрология, имеет свою специфику, и, очевидно, нужны регулирующие медицинскую деятельность **подзаконные акты** или **Приказы**, в которых были бы четко регламентированы взаимоотношения врач-пациент, а когда речь идет о детях – врач-ребенок-родители. Это может избавить от многих не-

доразумений. Тогда вряд ли в массовых изданиях смогут появляться душераздирающие описания того, как злые дяди и тети мучают (читай - лечат) детей, как они принуждают их к тем или иным манипуляциям и процедурам, причем, тайком от родителей.

Есть и еще один аспект проблемы. Сегодня врач, основываясь на согласии несовершеннолетнего, может заявить о том, что то или иное медицинское вмешательство необходимо в целях охраны здоровья ребенка. В этом случае мнение родителей, отличное от мнения врача, будет считаться нарушением прав детей на медицинскую помощь, и вопрос о необходимости лечения решает суд. Это, как говорится, палка о двух концах. Если родители, например, члены религиозных сект, категорически возражают против переливания крови, которое ребенку жизненно необходимо, оно должно делаться однозначно вопреки родительским возражениям. Но ведь могут быть и другие варианты, родители могут лучше знать особенности своего ребенка, а врач может ошибаться. В таких случаях стоит попытаться совместно с родителями найти лучшее решение.

Все мы понимаем, что разумно истолкованный сегодня закон, подзаконные акты и другие регламентирующие деятельность врачей документы, обеспечат возможность спокойно и продуктивно работать завтра. И еще - важно помнить, что никакие юридические законы не отменяют законов этики, ни медицинской, ни журналистской.

В 15 лет в соответствии со статьями 32, 33, 34 Основ закона наступает так называемый «возраст согласия» - ребенок может дать согласие на медицинское вмешательство или отказаться от него.

Конференции в жизни урологов

В наше время различные мероприятия вроде «конференций», «симпозиумов», «семинаров» воспринимаются специалистами как нечто обыденное и привычное – во многих отраслях медицины постоянно проходят различные встречи по самым разнообразным вопросам.

Встречи урологов тоже не исключение - проводятся часто и на самых различных уровнях: в регионах России, странах СНГ и дальнего зарубежья, где рассматриваются узкоспециализированные вопросы той или иной специальности.

В головном урологическом учреждении России - НИИ урологии - конференции проводятся несколько раз в год и, как правило, имеют междисциплинарное направление – малоинвазивная онкоурология, нейроурология, мочекаменная болезнь и т.д. На этих мероприятиях собираются не только урологи, но врачи смежных специальностей - неврологи, кардиологи, эндокринологи, гинекологи, хирурги, врачи функциональной диагностики и др. Как правило, проведение конференции по урологическим проблемам преследует одну основную цель - непосредственное общение врачей-урологов и рассмотрение актуальных тем специальности, междисциплинарных проблем.

Во время конференций представляются новые разработки, открытия, исследования, проведенные за последний период. Урологи из различных учреждений России, выступающие с докладами, раскрывают актуальные проблемы, основываясь на результатах своих исследований, а также наблюдени-

ях коллег, обобщают полученные результаты, что в дальнейшем служит выработке тактики ведения пациентов с той или иной патологией, а в перспективе – улучшит оказание урологической помощи в нашей стране.

Формат мероприятий может предусматривать проведение отдельных узкоспециализированных секций, мастер-классов или круглых столов, во время которых несколько ведущих специалистов по теме обсуждения проводят дискуссию, представляя зачастую противоположные точки зрения.

Большая часть мероприятий по урологическим проблемам (конференции, мастер-классы, заседания Московского общества урологов, дистанционные образовательные курсы), проходящих в НИИ урологии (Москва), сопровождаются выполнением показательных оперативных вмешательств, с прямой трансляцией последних как в конференц-зал, так и в интернет, предлагая участвовать в мероприятии всё большему количеству специалистов.

Если смотреть на профессиональные мероприятия в целом, то участие и проведение их имеет как плюсы, так и минусы.

Плюсы:

1. На конференциях представлены новейшие методы и технологии в области медицины, которые еще только начинают внедряться в практику. На них можно задать интересующие вопросы и получить конкретные ответы либо от ведущих урологов opinion leaders, либо от производителей препаратов и/или оборудования. Таким образом, на подобных мероприятиях часто можно практически первым увидеть то, что вскоре, возможно, будет иметь широчайший круг использования.

2. Любая медицинская конференция является своеобразной рекламой какого-либо нового фармацевтического препарата или внедрения новой технологии. Это позволяет подробно узнать о новых препаратах или их разработках, новых методах диагностики и лечения урологических заболеваний.

3. Возможность приобрести книги, монографии, журналы и методические рекомендации по отдельным областям урологии.

4. Конференции позволяют завязать новые знакомства и приобрести весьма ценные новые связи. Подобные мероприятия служат

отличным средством обмена опытом между коллегами, а также открывают широкие горизонты для нового совместного сотрудничества кафедр и целых учреждений.

Однако, кроме плюсов, у всех медицинских конференций есть и свои минусы.

1. Любая серьезная медицинская конференция весьма затратна для большинства участников. Если рассмотреть урологическую конференцию, проводимую вне НИИ урологии (в НИИ урологии все мероприятия бесплатны для урологов – прим. редакции), то в среднем затраты на участие в них обходятся примерно в 6 – 8 тысяч рублей на одного человека (средняя стоимость участия 3000-3500 руб + банкет 3000-4000 руб), помимо немалой стоимости дороги, проживания и питания.

2. В последние годы наблюдается тенденция к хаотичному проведению конференций разными учреждениями, кафедрами урологии, и, что вообще недопустимо – различными бизнес-структурами. Темы таких мероприятий дублируются, повторяются, и часто незамысловато называются «Актуальные вопросы урологии». Обычно в этих конференциях звучат доклады, ангажированные фармкомпаниями, в которых не так уж и много научной новизны. Бизнес-структуры понять можно – их цель состоит в зарабатывании денег, а не в развитии урологии как специальности.

Согласно статистике, ежегодно в мире выходит более 3 млн различных публикаций, посвященных медицинской тематике, и из них только 1%(!) становится достоянием международной медицинской общественности, которая формирует край науки, и только 0,1%, т. е. около 3000 публикаций оказывают то или иное воздействие на последующее развитие медицины, тем самым формируя ядро медицинских знаний. В реальную медицинскую практику на международном уровне ежегодно включается еще меньше научных результатов: по статистике, они составляют не более 0,5 — 1% от вошедших в ядро медицинских знаний, т. е. примерно 15 — 30 нововведений в год. Исследователь Г.М. Добров утверждает, что такое многократное увеличение количества на-

учных исследований и докладов, представленных на конференциях и семинарах, вдвое увеличивает количество людей в этой области. **По статистике, примерно из 58 идей в области медицины всего лишь одна дает новую информацию, которая приносит пользу в последующем.**

Значительный рост количества публикуемых работ и различных докладов на конференциях очень часто обусловлен и дублированием содержания одного и того же исследования в различных источниках и видах. По мнению исследователя Н.В. Шершовой, подобное дублирование может увеличить истинный объем информации почти в 13 раз. Нельзя не сказать и о довольно популярной в наше время практике фрагментарного опубликования результатов медицинских научных разработок, когда одно и то же исследование публикуется в виде серии небольших статей, в каждой из которых анализируется только один его аспект.

Таким образом, и количество ежегодно проводимых научных исследований, и количество рекомендуемых к внедрению в медицинскую практику результатов исследований настолько велико, что превышает возможности практических врачей и организаторов конференций по осмыслению и практическому использованию научных результатов.

3. Многие из специалистов не всегда имеют возможность попасть на мероприятия в силу каких-то объективных причин (некому работать, не отпускает руководство, нет финансовой возможности и т.д.).

Для урологов это не представляет большой проблемы, поскольку, как было сказано выше, все научные мероприятия, проводимые в НИИ урологии, транслируются в интернет в режиме реального времени. Благодаря хорошему оснащению конференц-зала специальным оборудованием и высокоскоростным доступом в интернет, практически любой заинтересованный врач сможет посмотреть мероприятие непосредственно в момент его про-

Таб. 1. Сравнительная характеристика off-line и on-line конференций.

Возможности off-line мероприятий	Возможности on-line мероприятий
Большое количество проводимых конференций в разных регионах России. Необходимо выбирать самые интересные	Можно виртуально посетить почти все мероприятия
Большое количество ангажированных докладов	Можно смотреть только интересующие
Информация о новых методах диагностики и лечения, новых лекарственных средствах	Можно получить в интернете в любом формате – текст, фото, видео
Возможность смотреть трансляцию операций из операционной	Можно смотреть аналогичную трансляцию он-лайн
Реклама фармкомпаний (брошюры, рекламные проспекты).	Всю интересующую информацию можно получить в интернете
Стимулирование фармкомпаниями участников – различная канцелярская продукция с логотипами фармкомпаний, банкеты, кофе-брейки	-
Возможность приобрести профессиональную литературу	Можно приобрести в интернете, зачастую дешевле, чем на конференции
Возможность приобрести видео операций, методик и т.д.	Можно все посмотреть на профессиональных российских и зарубежных интернет-ресурсах **бесплатно**
Новые знакомства и связи	Все это возможно: • Форум Академии амбулаторной урологии; • Facebook • Интернет форум урологов

Финансовые затраты • Участие • Банкет • Проезд к месту конференции • Проживание • Питание • Общие расходы	Отсутствие финансовых затрат, связанных с поездкой
Временные затраты - 2-5 дней	Минимальные временные затраты, связанные с просмотром трансляции
Привязанность к мероприятию	Можно посмотреть любые «пропущенные» доклады в записи
	Необходимо наличие ноутбука или компьютера, что не является в настоящее время эксклюзивными требованиями
Зависимость организаторов от количества человек в зале	Увеличение аудитории в 1,5-2 раза раза за счет интернет-аудитории

Проведение конференций в НИИ урологии с применением интернет-трансляций не только значительно расширяет профессиональную аудиторию, но и позволяет оптимизировать затраты как организаторов на проведение мероприятия, так и затраты участников, обеспечив им высокий уровень удобства и комфорта получения профессиональной информации.

Конечно, далеко не у всех может получиться просмотреть веб-трансляцию в связи с разницей в часовых поясах, загруженностью на работе, отсутствием свободного времени, сиюминутной технической возможности. Но эта проблема вполне решаема – сотрудниками НИИ урологии производится запись мероприятия, которую можно посмотреть в любое свободное время. Дистанционное участие в он-лайн трансляции и последующий просмотр видеоматериалов конференции

закрыт для незарегистрированных пользователей. Это сделано по нескольким причинам – исключить просмотр видеоматериалов пациентами, не имеющими медицинского образования, и детьми до 18 лет. Это эксклюзивный профессиональный материал, который необходим, на наш взгляд, только специалистам. Регистрация на все проекты единая, бесплатная. Достаточно только запомнить свой логин и пароль.

Таб. 2. Возможности увеличения аудитории за счет он-лайн трансляции.

		В зале	Он-лайн	Всего
9-й Конгресс секции андрологической урологии (ESAU) Европейской ассоциации урологов (EAU)	Февраль 2011	700 чел	900 чел	1600 чел
Малоинвазивная онкоурология	Март 2011	256 чел	488 чел	744 чел
Всероссийская видеоконференция с международным участием	Февраль 2012	250 чел	350 чел	600 чел
Малоинвазивная онкоурология	Март 2012	242 чел	370 чел	612 чел
I Конгресс урологов Сибири	Апрель 2012	320 чел	176 чел	496 чел
Здравоохранение как большой бизнес	Июнь 2012	97 чел	297 чел	394 чел
Нейроурология: проблемы нарушения мочеиспускания	Октябрь 2012	124 чел	193 чел	317 чел
Мочекаменная болезнь: профилактика и метафилактика	Ноябрь 2012	204 чел	355 чел	559 чел

ведения или впоследствии найти запись на интернет-ресурсах НИИ урологии. Во время он-лайн трансляции все желающие, даже те, которые участвуют дистанционно, могут задавать докладчикам вопросы и получать на них ответы (эффект присутствия).

Таким образом, инновационный и креативный подход к проведению мероприятий в НИИ урологии позволил существенно расширить целевую аудиторию, привлечь к активному участию урологов, лишенных возможности присутствовать лично. Такая организация мероприятия способствует выработке единой тактики диагностики и лечения пациентов, единых клинико-диагностических стандартов. Несомненно, такое решение позволит донести необходимую профессиональную информацию до бОльшего числа специалистов, что, в конечном счете, не может не отразиться положительно на качестве оказываемой урологической помощи в нашей стране.

Регистрация участников конференции

Участники конференции

Президиум конференции

Доклад

Урологические мероприятия в России на 2013 год

	Название мероприятия	Место проведения мероприятия	Время проведения мероприятия
1.	Рациональная фармакотерапия в урологии 2013 **(on-line трансляция)**	Москва, Дом ученых	7-8 февраля 2013 г
2.	V Всероссийская урологическая видеоконференция	Москва	14-15 февраля 2013
3.	IV школа урологов Сибири с международным участием	Новосибирск	21-23 февраля 2013
4.	Школа по детской урологии-андрологии **(on-line трансляция)**	Москва, НИИ урологии	18-19 апреля 2013 г
5.	II Конгресс урологов Сибири	Томск	24-26 апреля 2013
6.	Амбулаторная урология: современное состояние **(on-line трансляция)**	Москва, НИИ урологии	17 мая 2013 г
7.	Малоинвазивная онкоурология: инновационные технологии эндовидеохирургии рака предстательной железы и рака почки. **(on-line трансляция)**	Москва, НИИ урологии	5 июля 2013
8.	II Симпозиум по сексуальной медицине	Астрахань	22-23 августа 2013 г
9.	Форум урологов **(on-line трансляция)**	Форум	20 сентября 2013
10.	Научно-практическая конференция по уродинамике и нейроурологии с международным участием **(on-line трансляция)**	Москва, НИИ урологии	25 октября 2013 г
11.	Пленум Российского общества урологов	Москва	6-8 ноября 2013
12.	Научно-практическая конференция по мочекаменной болезни с международным участием **(on-line трансляция)**	Москва, НИИ урологии	22 ноября 2013 г

Все мероприятия, проводящиеся В НИИ урологии (Москва), БЕСПЛАТНЫ для урологов.
Все мероприятия, проводящиеся В НИИ урологии (Москва), будут транслироваться в он-лайн режиме на сайте Uro.TV.
Регистрация проводится на сайтах Uro.ru, UroWeb.ru.

Более подробную информацию можно посмотреть на сайтах Uro.ru, UroWeb.ru.

Как убедить коллегу назначить Уро-Ваксом?!

А.В. Царева
Врач-уролог, кандидат медицинских наук, доцент кафедры урологии ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России г. Томск

Инфекции органов мочевыделительной системы являются неизменно актуальной и сложной проблемой для врачей разных специальностей. По частоте обращаемости в амбулаторные лечебно-профилактические учреждения рассматриваемые заболевания занимают второе место после обращений по поводу ОРВИ.

Несмотря на неоспоримую важность проблемы инфекционно-воспалительных заболеваний мочевого пузыря и почек, врачи мало знакомы с современными рекомендациями по диагностике и лечению ИМВП. Что уж говорить о наших пациентах, для которых цистит – это привычное состояние, знакомое мамам, бабушкам и подругам. В компании друзей обязательно окажутся люди, готовые поделиться со всеми названием антибиотика, способного, по их мнению, в кратчайшие сроки побороть очередной приступ цистита, расскажут про удивительно эффективную терапию ИМВП нагреванием области мочевого пузыря и т.д. В результате, огромное число моих пациенток – это больные рецидивирующим циститом, неоднократно лечившиеся самостоятельно, следуя рекомендациям знакомых, провизоров, врачей, принимая различные антибактериальные препараты, разочаровавшиеся в возможности избавиться от регулярно повторяющихся эпизодов ИМВП.

Опыт моей работы подтверждается сухими цифрами статистики – в течение первых 6 меся-

Уро-Ваксом®

капсулы 6 мг

П N011541/01 от 06.10.2011

Иммунотерапия инфекций мочевыводящих путей

Представительство компании «Астеллас Фарма Юроп Б. В.» (Нидерланды) г. Москва.
109147. Россия, Москва, ул. Марксистская, д. 16.
Тел. +7(495) 737-07-55. Факс +7(495) 737-07-53, 54, 57, 58.

Утвержденная инструкция по медицинскому применению препарата Уро-Ваксом® (П N011541/01 от 06.10.2011)

astellas
Свет, ведущий к жизни

на правах рекламы

UVX/09/2012/-/ksht/53

цев после перенесенного острого цистита с повторным эпизодом к врачу обращаются около 25% больных, а через 12 месяцев – до 40% пациенток.

Залогом эффективного лечения впервые возникшего острого цистита является рекомендация антибактериального препарата, способного создать максимальные концентрации антимикробного агента в паренхиме почек, моче, биоплёнках микроорганизмов на слизистой оболочке мочевых путей. Врачи-урологи руководствуются в данном случае рекомендациями по эмпирическому лечению ИМВП EAU и Российскими национальными рекомендациями. В ситуациях, когда антибактериальный препарат не назначается вообще, либо рекомендуется препарат, неспособный бактерицидно воздействовать на возбудителя ИМВП, либо курс лечения досрочно завершён, риск персистирования инфектанта в слизистой оболочке мочевого пузыря и в моче кратно увеличивается, создавая почву для рецидивирования инфекционно-воспалительного процесса.

С целью уменьшения вероятности возникновения рецидива ИМВП врачи-урологи рекомендуют пациентам увеличить приём потребляемой жидкости, отказаться от использования спермицидов и диафрагм в качестве методов контрацепции, осуществлять активное мочеиспускание после полового контакта, использовать пробиотики и препараты растительного происхождения (клюква, Канефрон Н и т.д.), которые обладают слабым антимикробным и противовоспалительным действием при ИМВП. К сожалению, указанные способы профилактических мероприятий в большинстве своём не имеют достоверно доказанной эффективности.

Долгое время единственным способом активной профилактики рецидивов ИМВП являлось использование антибиотикопрофилактики в режиме постоянного применения антимикробных препаратов или посткоитально в течение 3-6 месяцев. Рекомендация указанного способа всегда было сопряжена с активностью побочных реакций, связанных с дисбактериозом кишечника и развитием бактериального вагиноза, других воспалительных заболеваний влагалища и шейки матки и риском развития антибактериальной

резистентности уропатогенов, что в свою очередь увеличивало риск реинфицирования уретры и мочевого пузыря и способствовало рецидивирующему течению инфекционно-воспалительного процесса МВП. Необходим был поиск новых стратегий профилактического лечения.

Рассматривая инфекционно-воспалительный процесс в органах мочевыделительной системы, мы отдавали первостепенную роль микробному агенту. Соответственно, все способы лечения и профилактики ИМВП были направлены на борьбу с уропатогенами. Неэффективность такого одностороннего подхода в решении проблемы рецидивирующей инфекции МВП привело к осознанию актуального взаимодействия: уропатоген – слизистая оболочка мочевого пузыря, уретры. На уровне слизистой оболочки органов мочевыделительной системы организм человека имеет систему «Антимикробной резистентности» за счёт факторов неспецифической защиты – макрофагов, нейтрофилов и эпителиальных клеток. В ситуации поддерживающегося воспалительного процесса в стенке мочевого пузыря мы сталкиваемся с проблемой неадекватной работы врождённого иммунитета слизистых оболочек мочевых путей, что безусловно ведёт в рецидивированию инфекционно-воспалительного процесса.

Сегодня мы активно говорим о новой эре в лечении рецидивирующих инфекций МВП – эре иммунопрофилактики. Используемый для этих целей уникальный в своём роде лекарственный препарат «Уро-Ваксом» - «пероральная вакцина от ИМВП» является лиофилизатом бактериального лизата 18 штаммов E.coli. Прием 1 капсулы в сутки данного препарата приводит к активизации неспецифического иммунитета слизистых оболочек органов мочевыделительной системы по отношению ко всему спектру возможных уропатогенов и появлению специфических антител к 18 штаммам E.coli. Сложная система клеточного взаимодействия дендритных клеток в стенке тонкой кишки, Пейеровых бляшек, различных подтипов Т-лимфоцитов, плазмоцитов и эпителиальных клеток слизистой оболочки органов мочевыделительной системы приводит

к выработке IgA, который не позволяет адгезироваться микроорганизмам на слизистой оболочке мочевых путей; IgG, который вступает с E.coli в интактную систему «антиген-антитело» и выводится из мочевой системы; потенцированию фагоцитоза, бактериолизиса и опсонизации микроорганизмов, находящихся не только в моче, но и в отёчной (метаплазированной) слизистой оболочке воспалённого органа. Активизация системы врождённого и приобретённого иммунитета слизистых оболочек МВП способствует уменьшению бактериального персистирования уропатогенов и защите слизистой оболочки МВП от реинфицирования. Результаты метаанализа применения Уро-Ваксома для профилактики ИМВП явились основанием определить иммунопрофилактику терапией первой линии в рекомендациях EAU и Российских национальных рекомендациях, способствующей достоверному уменьшению числа клинических и лабораторных рецидивов инфекционно-воспалительного процесса органов мочевыделительной системы.

Исходя из вышеизложенного, на мой взгляд, любой эпизод острого инфекционного поражения органов мочевыделительной системы (цистит, пиелонефрит) необходимо рассматривать как потенциально опасное в отношении развития рецидивирующего процесса. Поэтому необходимо задуматься уже при первичном осмотре больного о факторах рецидивирования ИМВП (дистопия наружного отверстия уретры во влагалище, цистоцеле и т.д.) и в обязательном порядке рассмотреть вопрос о назначении иммунопрофилактики. Только при многофакторном подходе к проблеме рецидивирующей инфекции МВП, выявлении предикторов рецидивирования ИМВП и комплексном противорецидивном лечении мы сможем совместно с пациентами достичь желаемого результата – значительно улучшить качество их жизни без обострений цистита и пиелонефрита.

Идеальное решение для биопсии

Каждый уролог – работающий амбулаторно или в стационаре – ежедневно принимает пациентов с подозрением на рак предстательной железы (РПЖ). Тактика ведения таких пациентов известна: взятие анализа крови на ПСА, после чего выполняется УЗИ предстательной железы и пальцевое ректальное исследование. После получения результатов, указывающих на вероятность РПЖ, пациент направляется на биопсию простаты.

В настоящее время в России нет точных маркеров РПЖ, которые могли бы применяться так же рутинно как простатспецифический антиген (ПСА). Лишь в единичных центральных урологических учреждениях используются маркеры РПЖ кроме ПСА, причем в рамках клинических исследований.

Поэтому в повседневной практике биопсия предстательной железы является единственным достоверным методом выявления РПЖ.

Какими качествами должен обладать идеальный биопсийный пистолет?

Все урологи, онкоурологи сходятся в одном – главными критериями являются точность, быстрота, безболезненность и безопасность. Всеми перечисленными качествами обладает прибор для биопсии CORAZOR®. Это первое в мире многоразовое устройство для использования в полуавтоматическом режиме, которое обеспечивает высокую точность попадания в ткани простаты и хорошее качество забора тканей . Устройство позволяет выполнять биопсию простаты врачу одному, без помощника. Фиксация канюли в трех точках обеспечивает безопасное крепление в аппарате, а расположение фиксатора-бегунка иглы внутри аппарата позволяет свободно закрывать крышку и не испытывать сложностей с извлечением пластикового протектора иглы. Помимо этого, возможностью закрыть аппарат без извлечения протектора иглы достигается высшая степень безопасности персонала. За счет добавления третьего фиксатора-протектора игла не соприкасается с аппаратом – это дополнительная преграда от затекания крови внутрь устройства и

CORAZOR® Biopsie / *Biopsy*

Биопсия
Ключ к безопасной диагностике

UROMED
PRODUKTE FÜR DIE UROLOGIE
ТЕХНОМЕДИКАЛ

от восходящей (кросс) контаминации в организм исследуемого.

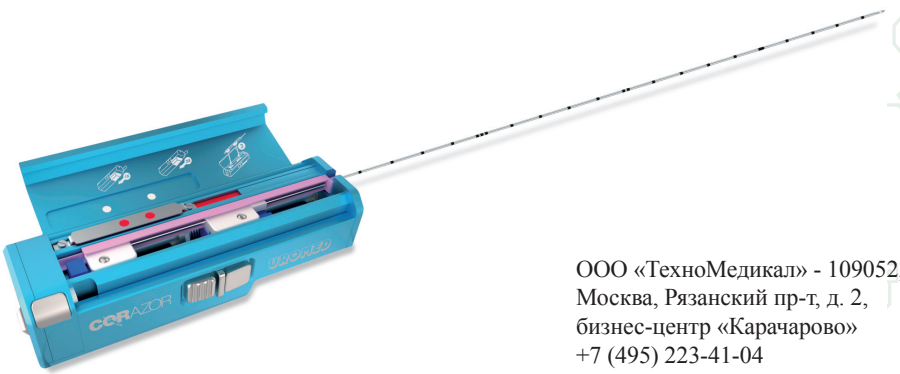
На приборе располагается бегунок с установкой глубины проникновения опционно на 15 или 22 мм.

Прибор используется с пункционными иглами Uromed. Специальный срез иглы и коаксиальная заточка канюли обеспечивают высочайшую точность и аккуратность при выполнении биопсии предстательной железы, а быстрота «выстрела» исключает болезненные ощущения у пациента. В результате – высокие, полные столбики тканей, оптимально пригодные для последующего лабораторного анализа. Защитная трубка канюли предотвращает случайные уколы иглой и способствует соблюдению стандартов стерильности, даже при закрытом приборе и взведенном пусковом механизме. Помимо этого, специальное соединение Люэра позволяет применять канюлю для аспирации тканей или введения местной анестезии.

Биопсионную систему CORAZOR® можно использовать как под УЗИ-наведением, так и без него.

Несомненно, все перечисленные преимущества CORAZOR® значительно облегчат выполнение биопсии предстательной железы. В умелых руках уролога (онкоуролога) биопсия станет точной, безопасной процедурой и позволит безошибочно установить диагноз.

ТЕХНОМЕДИКАЛ



ООО «ТехноМедикал» - 109052,
Москва, Рязанский пр-т, д. 2,
бизнес-центр «Карачарово»
+7 (495) 223-41-04

На правах рекламы

Распространенность мочекаменной болезни в США

Последняя национальная репрезентативная оценка распространенности мочекаменной болезни (МКБ) в США проводилась в 1994 году. После 13-летнего перерыва, Национальная Экспертиза по Исследованию Здоровья и Питания (NHANES) возобновила сбор данных относительно распространенности МКБ.

Целью команды американских урологов из Университета Калифорнии в Лос-Анжелесе во главе с Чарлзом Д. Скейлзом-младшим (Charles D. Scales Jr.), созданной в рамках проекта Urologic Diseases in America Project, было описание текущей ситуации по мочекаменной болезни в Соединенных Штатах и определить факторы, связанные с ее развитием.

Для ответа на эти вопросы исследователи провели перекрестный анализ ответов на опросники 2007-2010 NHANES (n = 12 110).

Распространенность камней в почках составила 8,8%. Среди мужчин распространенность камней составила 10,6%, среди женщин - 7,1%. Выяснилось, что камни в почках оказались более распространены среди пациентов с ожирением, чем с нормальным весом (11,2% по сравнению с 6,1%). Чернокожие нелатиноамериканцы и латиноамериканцы реже сообщают о мочекаменной болезни, чем белые жители США.

Ожирение и сахарный диабет в многомерной модели были тесно связаны с историей почечных камней. К сожалению, срезовый дизайн исследования ограничивал выводы о потенциальных причинных факторах риска образования камней в почках.

Исследователи сделали следующие выводы:

- Камни в почках есть примерно у 1 из 11 американцев.

- Эти данные показали заметное увеличение распространенности мочекаменной болезни по сравнению с когортой NHANES III, особенно среди черного, неиспаноязычного и испаноязычного населения.

- Факторы питания и образа жизни могут играть важную роль в эпидемиологии камней в почках.

Крупные камни повышают риск каменной дорожки у детей после дистанционной литотрипсии

Урологи из Турции установили, что единственным прогностическим фактором развития такого серьезного осложнения, как «каменная дорожка» у детей после дистанционной литотрипсии, является размер дробимого камня.

Команда Бюлента Онала (Bulent Onal) из медицинского факультета Стамбульского университета провела исследование, в котором изучалась 341 почка у 341 ребенка, которым выполнялась ДЛТ по поводу нефролитиаза.

В зависимости от размера камней исследователи распределили пациентов в 3 группы: 1 см и менее (1-я группа), 1,1 - 2,0 см (2-я группа) и более 2,0 см (3-я группа). Каменная дорожка после дистанционной литотрипсии развилась в 26 почках (7,6%). Этот показатель оказался схож с результатами аналогичных исследований у взрослых, которые широко опубликованы в литературных источниках.

Урологи проанализировали данные пациентов, и в результате оказалось, что единственным фактором, статистически значимо коррелировавшим с формированием каменной дорожки, был размер дробимого камня. Частота возникавшего осложнения в 1, 2 и 3-й группах составила 1,9; 15,4 и 19,5% соответственно.

Из 26 почек, в которых наблюдалась каменная дорожка, в 17 случаях (65,4%) был успешно проведен повторный сеанс ДЛТ, у 4 больных (15,4%) после неэффективной ДЛТ выполнялась уретероскопия, а 1 пациенту выполнили только уретероскопию. В 4 случаях (15,4%) проводилось консервативное лечение спазмолитиками в сочетании с повышенной водной нагрузкой. В 20 из 26 случаев (77%) каменная дорожка располагалась в нижней трети мочеточника, в 5 (19%) – в верхней трети мочеточника, а у 1 пациента отмечалось несколько локализаций.

Полученные данные явились основанием для правильного выбора метода лечения (в данном случае, ДЛТ) у детей с МКБ.

Результаты исследования опубликованы в онлайн-выпуске журнала Urology.

ЕВРОТЕХ

125493, Москва, ул. Смольная, д.14
тел./ф. (495) **967-36-58**
info@eurotech.ru
www.eurotech.ru

Компания **ЕВРОТЕХ** является одной из ведущих фирм России, обладающей богатым опытом поставки широкого спектра оборудования от рентгеновской пленки и вспомогательного оборудования до комплексного оснащения урологических отделений и клиник.

В области урологии компания **ЕВРОТЕХ** является официальным дистрибьютором компаний:

Toshiba *(Япония)* – КТ, МРТ, Ангиографы, УЗИ, рентгенологическая техника
SHIMADZU *(Япония)* – рентгенологическая техника, Ангиографы
Ziehm *(Германия)* – рентгенологическая техника
KARL STORZ *(Германия)* – эндоскопия
DORNIER MedTech *(Германия)* – оборудование для урологии (литотрипторы и рабочие места), лазеры
PENTAX *(Япония)* – эндоскопия

Эксклюзивным представителем компаний:

EMS S.A. *(Швейцария)* – контактные литотрипторы
MEDIFA–Hesse *(Германия)* – специализированные столы для урологии, урологические кресла
Invivo MDE–Phillips *(США)* – системы функциональной МРТ, катушки для МРТ
UNGER *(Германия)* – Карбоновые системы фиксации и позиционирования пациента
Meyer–Haake GmbH *(Германия)* – радиохирургия, гинекологические/урологические комбайны

ЕВРОТЕХ ОБЛАДАЕТ БОЛЬШИМ ОПЫТОМ ОСНАЩЕНИЯ ВЕДУЩИХ ЦЕНТРОВ И ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ РОССИИ.

Компания **ЕВРОТЕХ** осуществляет разработку проектов помещений, монтаж, пуско-наладочные работы и обучение специалистов. Все работы производится лицензированной инженерной службой компании в любой точке России и СНГ. Наши сервисные инженеры проходят обучение на предприятиях фирм-изготовителей и имеют сертификаты, подтверждающие их квалификацию.

Лечебные свойства воды «Черелия»

- Снижает кислотность мочи
- Уменьшает концентрацию солей в моче
- Приводит к уменьшению размера камней почек
- Усиливает диурез
- Способствует выведению мелких камней из мочевыводящей системы (почке, мочеточников, мочевого пузыря)
- Усиливает процесс отхождения фрагментов конкрементов после их разрушения методом ДЛТ (дистанционная литотрипсия), КЛТ (контактной литотрипсии)
- Тормозит и предотвращает развитие рецидивного нефролитиаза
- Способствует выведению бактерий и продуктов их жизнедеятельности из мочевыводящих путей
- Снижает вероятность воспалительных осложнений при нефролитиазе

Показания для применения воды «Черелия» в урологии

- Вода «Черелия» показана для профилактики, метафилактики и лечения при уратном, оксалатном и смешанном нефролитиазе при преимущественном повышении кислотности мочи
- Может быть использована как вспомогательный метод для литокинетической терапии мелких камней мочевыводящей системы и после литотрипсии без нарушения оттока мочи
- Использование при лечении неосложненных форм воспалительных процессов в мочевыводящей системе (пиелонефрит, цистит) в комплексе с антибактериальной терапией

Противопоказания к применению

- Наличие обструкции мочевыводящей системы
- Острая почечная недостаточность

AF GROUP Russia
127051, г. Москва, Петровский бул., 13
Тел.: (495)708-4769
info@cerelia.ru