

специализированное издание для урологов

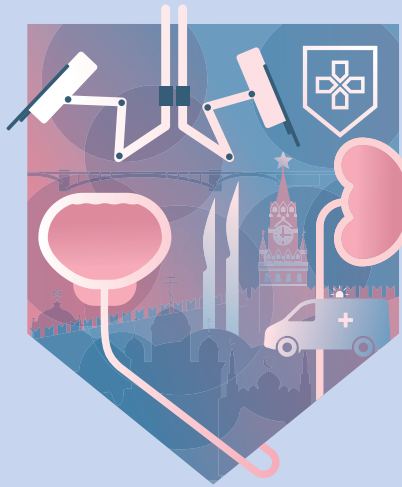
Ростов-на-Дону | № 2⁷⁷ | 2024

Урология сегодня

Издаётся
с 2009 года



Оформляйте бесплатную подписку на наше издание!



ОТ РЕДАКТОРА



Дмитрий
Юрьевич
ПУШКАРЬ

Д.м.н., профессор, академик РАН, главный уролог Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы, руководитель Московского урологического центра, заведующий кафедрой урологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва

Дорогие коллеги!

Мы подготовили для вас новый выпуск газеты «Урология сегодня», охватив разные регионы и осветив самые яркие события конца весны и начала лета по нашей специальности. При всем тематическом разнообразии эти статьи и новости объединяет идея о том, что современный уролог — человек с активной жизненной позицией, которая проявляется во всем — и в образе мыслей, и в образе жизни. Вставая утром, каждый день мы спрашиваем себя: насколько я вырос в профессиональном плане и что сделал для развития своей специальности, потому что вместо нас этого никто не сделает.

Газета, отметившая в текущем году 15-летний юбилей, по-прежнему будет вам верным спутником и надежным помощником на этом пути. Вы держите в руках ее 77-й выпуск, а на подходе уже и 78-й, так что не пропустите в конце августа свежий номер и внимательно изучите текущий. По заведенной нами традиции он открывается вестями из регионов. Согласитесь, что очень важно иметь представление о том, как работает урологическая служба в стране не только в целом, но и в своих отдельных звеньях. В прошлом выпуске мы рассказали о состоянии дел в Московском регионе, в текущем эстафету принял Ростов-на-Дону, после чего она перейдет к Екатеринбургу...

Сегодня урологическое направление в медицине развивается так быстро, как никакое другое. И происходит это в том числе благодаря лидерам, которые замечают все новое, что появляется в нашей специальности, способствуя внедрению инноваций в клиническую практику. Наши лидеры в регионах — это не только главные специалисты-урологи, но и члены правления и президиума РОУ, наиболее опытные и инициативные сотрудники кафедр урологии в региональных медицинских вузах, руководители урологических клиник и отделений. Читателям еще предстоит встречи с ними!



ВЕСТИ ИЗ РЕГИОНОВ

Достижения и проблемы урологической службы Ростовской области

О работе урологической службы Ростовской области и головного в этом регионе учреждения — ГБУ РО «КДЦ "Здоровье"» — рассказывает его руководитель Игорь Артемович Абоян, главный внештатный уролог министерства здравоохранения Ростовской области, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач России.



— Есть ли какие-то особенности в структуре заболеваемости, течении и исходах урологической патологии у жителей Ростовской области и Ростова-на-Дону?

— Вначале позвольте поблагодарить редакцию за предоставленную возможность обсудить текущее состояние урологической службы в нашей области. Теперь ответ на ваш вопрос: в Ростовской области несколько выше, чем по стране в целом, распространенность мочекамен-

ной болезни. Ведь на юге России есть целый ряд природных факторов, способствующих развитию данного заболевания. Это и повышенная влажность воздуха, и достаточно высокая жесткость воды. Также наблюдается рост числа пациентов с впервые диагностированными злокачественными новообразованиями (ЗНО) предстательной железы и мочевого пузыря. Сложно сказать, связано это с географическими и климатическими особенностями или же является результатом ранней диагностики и онконастороженности.

— С какими урологическими заболеваниями чаще всего обращаются пациенты к вашим коллегам?

— Что касается мужчин, это хронический простатит в стадии обострения, доброкачественная гиперплазия предстательной железы и мочекаменная болезнь. У женщин, пожалуй, выделю хронический цистит, гиперактивный мочевой пузырь и, наверное, недержание мочи. Хотя здесь мы должны учитывать, что многое зависит от сбора анамнеза на амбулаторном

Продолжение на с. 2 →

НОВОСТИ

«Уральские встречи»: новая эпоха в междисциплинарном подходе к лечению тазовой боли

18 мая 2024 года в Екатеринбурге состоялась научно-практическая конференция «Уральские встречи международного дискуссионного клуба синдрома хронической тазовой боли (СХТБ)» с акцентом на междисциплинарном взаимодействии.

Широкий диалог

Среди докладчиков «Уральских встреч» были представители самых разных медицинских специальностей, в том числе урологи, гинекологи, неврологи, психиатры, гастроэнтерологи, сосудистые хирурги, реабилитологи, дерматологи, физические терапевты. Конференция объединила около 500 участников, присутствовавших как очно, так и онлайн, став авторитетной платформой для обмена знаниями и обсуждения актуальных вопросов диагностики и лечения хронической тазовой боли.

Тематика мероприятия охватывала широкий спектр вопросов, включая неврологические, сосудистые, психосоциальные аспекты болевого синдрома (БС), роль лапароскопической хирургии в лечении компрессионной нейропатии полового нерва, проблему БС, ассоциированного с эндометриозом, а также современные подходы к диагностике и лечению интерстициального цистита. Особое внимание уделялось вопросам физической терапии и реабилитации при патологических состояниях мышц таза.

Продолжение на с. 16 →

Достижения и проблемы урологической службы Ростовской области

← Продолжение, начало на с. 1

приеме, от того, удалось ли установить доверительные отношения с пациентом и, как следствие, насколько откровенны и правдивы его ответы на вопросы врача. Ведь стрессовое недержание мочи можно диагностировать почти у каждой третьей женщины после 40–50 лет.

— А какая урологическая болезнь представляет наибольшую сложность для урологической службы Ростовской области в плане трудозатрат врачей и расходов системы ОМС?

— У мужчин это, скорее всего, доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Симптомы сохраняются на протяжении длительного времени, пациенты ежегодно проходят комплексное обследование, на каком-то этапе возможен переход от консервативного лечения к оперативному. Общая длительность наблюдения может достигать 20–30 лет, ряд препаратов пациенты получают по льготе, многие исследования входят в систему ОМС, что в совокупности создает определенную финансовую и трудовую нагрузку на систему здравоохранения.

Но не будем забывать и о том, что лучшая операция — та, которой удалось избежать. И именно здесь многое зависит от грамотности врачей первичного звена. С одной стороны, важно не пропустить момент начала развития осложнений заболевания, с другой — избежать необоснованной операции.

Что касается женщин, я бы выделил уже названные выше хронический цистит и гиперактивность мочевого пузыря, а также, наверное, синдром хронической тазовой боли, находящийся на стыке урологии и гинекологии. Отсутствие убедительных данных относительно этиологии и патогенеза приводит к назначению (в том числе повторному) большого количества обследований, методов диагностики и лечебных мер. Это в значительной степени увеличивает расходы системы здравоохранения.

— Сколько урологов занято сегодня в амбулаторном и стационарном звеньях службы? Есть ли кадровый дефицит? Как и на какой базе осуществляется подготовка кадров, в том числе последипломная?

— По данным отчета о работе нашей службы за 2023 год, всего в Ростовской области трудятся 150 урологов: 60 — в амбулаторном звене, 90 — в стационаре. В первичном звене имеется кадровый дефицит, преимущественно обусловленный удаленностью ряда медицинских учреждений от областного центра и нежеланием выпускников медвузов работать на селе. Программы поддержки молодых специалистов, проводимые на региональном уровне, направлены на привлечение медицинских работников, но они решают проблему кадрового дефицита лишь частично.

Подготовка подавляющего большинства урологов, работающих в нашем регионе, осуществляется на базе кафедры урологии Ростовского государственного медицинского университета. Современная система постдипломного образования в медицине предоставляет врачам много возможностей, но их реализация зависит как от мотивации самого специалиста,



Сейчас перестало быть модным читать книги, ведь есть интернет, но важен выбор достоверного источника. Поддерживаем инициативу академика Д.Ю. Пушкаря о создании библиотеки урологической литературы. Освоить техники операций сегодня намного проще, чем понять суть урологии. Нам нужны врачи в классическом понимании этого слова, ведь врачевание — это искусство, а не ремесло!

так и от понимания необходимости его профессионального роста руководством учреждения. Ведь многие стажировки требуют как финансовых затрат, так и дополнительного времени, часто с отрывом от рабочего процесса.

— Считаете ли вы достаточной обеспеченность населения Ростовской области урологической помощью?

— В 2023 году минздравом области был утвержден новый порядок оказания медицинской помощи по профилю «урология», где прописана маршрутизация пациентов из медицинских организаций городов и районов области, а также виды урологической помощи, оказываемые в зависимости от уровня учреждения (районный, городской, региональный, федеральный). Таким образом, обеспеченность урологической помощью будет недостаточной на тех территориях и в тех медицинских организациях, где наблюдается дефицит специалистов этого профиля.

В областном центре, крупных городах и районных центрах Ростовской области обеспеченность урологической помощью выше. Нас очень тревожит, что в последние годы молодых специалистов, выбравших для себя государственные учреждения здравоохранения, меньше, чем ориентированных на частную медицину. В каждом крупном населенном пункте открываются коммерческие клиники, и в них уходят урологи, особенно молодые. В результате спустя некоторое время мы можем столкнуться с «провалом» поколения, когда опытных врачей просто нечем будет заменить. Давайте будем честны: эта проблема существует не только в урологии и не только в Ростове, поэтому решить ее можно только системно.

— Устраивает ли вас как руководителя службы уровень подготовки молодых урологов?

— Меня волнует больше даже не исходный уровень знаний специалиста. Намного важнее желание сотрудника развиваться, учиться, самообразовываться. За последние два года в КДЦ «Здоровье» устроились семь молодых урологов с опытом работы до 5 лет, включая троих непосредственно после ординатуры.

— И каково ваше мнение о них?

— В КДЦ «Здоровье» разработана и успешно развивается система наставничества, когда молодой специалист начинает свою трудовую деятельность в профессии под руководством опытного врача. При этом молодежь не только приобретает опыт и знания, необходимые для самостоятельной работы (например, на консультативном приеме первичных пациентов, при выполнении диагностических исследований и манипуляций, в ходе ассистирования на операциях), но и усваивает правила этики и деонтологии, принятые в нашем учреждении. Тем самым молодой специалист фактически проходит весь путь от первичного консультативного приема до выписки пациента из стационара после операции. Именно в программе наставничества проявляются те качества специалиста, которые позволяют руководителю определить для молодого врача оптимальное место работы: поликлиника, операционная, стационар. Но здесь есть ряд проблем.

Во-первых, сегодня все хотят работать в стационаре, осваивать новые методики и технологии, которые имеют «короткую кривую» обучения и которыми проще овладеть, чем классическими открытыми

операциями. И практически все хотят заниматься эндоурологией: быстро, красиво, эффективно! Но даже в современных условиях так быть не должно. Самая сложная и ответственная работа осуществляется в поликлинике, когда врач остается один на один с пациентом и нужно поставить диагноз, назначить лечение. В рамках нашего обучения всех вновь пришедших специалистов мы вначале направляем в поликлинику. Кругозор врача, незнакомого со спецификой амбулаторного приема, будет ограничен рядом основных нозологий, с которыми поступают пациенты в отделение.

Во-вторых, увы-увы, сейчас перестало быть модным читать книги. Есть интернет, электронные версии, форумы, образовательные сайты. Объем информации огромен, и очень важен выбор достоверного источника. Самообразование занимает важное место как в становлении молодых специалистов, так и в развитии практикующих урологов. Мы поддерживаем инициативу академика Дмитрия Юрьевича Пушкаря в отношении создания библиотеки урологической литературы. Освоить техники операций сейчас намного проще, чем понять суть урологии. В конце концов, нам нужны врачи в классическом понимании этого слова, ведь врачевание — это искусство, а не ремесло!

— Сколько отделений урологии для амбулаторного приема открыто сегодня в государственных поликлиниках Ростовской области?

— Кабинеты урологов есть во всех 12 городах Ростовской области и почти в половине районов (в 19 из 43). Всего в Ростовской области 80 урологов осуществляют амбулаторный прием в городских поликлиниках.

— Много ли в вашем регионе развернуто урологических коек?

— Всего 322 койки в урологических отделениях, а кроме того, есть урологические койки, входящие в состав хирургических отделений, отделений рентгенохирургических методов диагностики и лечения и, наконец, онкоурологических. Самые крупные урологические стационары действуют в КДЦ «Здоровье» и Ростовской областной клинической больнице № 2.

— Как обстоит дело с оборудованием для лечения и диагностики? Сколько выполняется роботизированных операций? Применяется ли с диагностической и прочими целями искусственный интеллект?

— Что касается диагностики, нам удалось добиться того, что наши пациенты могут получить практически весь ее объем непосредственно в регионе. Пациенту необходима, например, мультипараметрическая магнитно-резонансная томография (МРТ). Она вполне доступна, причем с описанием, соответствующим протоколам ведущих европейских клиник. Нужна fusion-биопсия? Пожалуйста — как в когнитивном, так и аппаратном fusion-варианте, а также под прямым МРТ-наведением. Требуется ультразвуковое исследование на аппаратах экспертного класса? Только в нашем учреждении их более 10. Компьютерная томография? Тоже доступна, вплоть до 624-срезового аппарата.

Но следует понимать, что за каждым дорогим и современным аппаратом должен стоять высококвалифицированный специалист, способный интерпретировать диагностическую информацию. Только тогда диагностика будет отвечать на вопросы, поставленные клиницистом! В КДЦ «Здоровье» врачей диагностических специальностей привлекают в операционную, чтобы у них сформировалось понимание тех вопросов, на которые им нужно отвечать при расшифровке диагностического исследования. Это очень хорошо сказывается на качестве описаний, которые дают эти коллеги. Хотя, конечно, любой уролог должен уметь самостоятельно смотреть и интерпретировать компьютерные томограммы и рентгенограммы. А если он сомневается в интерпретации, нужно созвониться с тем же рентгенологом, прийти к нему, посмотреть вместе. Завтра у вас сложная резекция опухоли почки — вы должны принять во внимание все индивидуальные анатомические особенности данного пациента!

Из проблемных направлений стоит выделить радионуклидную диагностику. В Ростове-на-Дону два аппарата для проведения позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с рентгеновской компьютерной томографией (ПЭТ/КТ), но у нас нет трейсера простат-специфического мембранного антигена. Приходится направлять пациентов в Воронеж или Москву. Правда, с записью пациента на такой анализ проблем практически нет, исследование во многих случаях можно выполнить по направлению. Итак, сегодня в Ростовской области пациенты имеют практически все возможности для получения любого вида урологической помощи.

— Сколько делаете роботизированных операций?

— В 2023 году в КДЦ «Здоровье» на двух роботических установках было произведено около 500 хирургических вмешательств. Подавляющее число из них выполняется в рамках системы ОМС. Кроме того, в КДЦ «Здоровье» производят весь спектр вмешательств пациентам с мочекаменной болезнью, а это более 100 гибких эндоскопий и 200 чрескожных вмешательств ежегодно. Накоплен опыт более 1000 лазерных энуклеаций предстательной железы с 2011 года. Воспитано уже целое поколение врачей, освоивших эту методику на экспертном уровне. Мы активно поддерживаем и регулярно повышаем квалификацию наших врачей. Например, в декабре 2023 года провели два мастер-класса по лечению мочекаменной болезни и лазерной энуклеации. Убежден, что только непрерывное обучение позволяет сохранять качество помощи на высоком уровне. В КДЦ «Здоровье» представлена практически вся современная линейка лазерных аппаратов. Высокомощные гольмиевые лазеры, тулиевый волоконный и тулиевый YAG-лазер. В каждом конкретном случае можно подобрать оптимальный вариант для пациента.

— Оцените доступность урологической помощи в Ростовской области.

— Основная цель нашей работы и нового порядка, о котором я уже говорил, — сделать урологическую помощь одинаково доступной для жителей как города, так и области. С 2023 года все региональные государственные учреждения перешли в подчинение областному минздраву. Это упростило решение вопросов маршрутизации и направления пациентов. Конечно, обеспечить плановую госпитализацию «день в день» невозможно. Но очередь

на плановые оперативные вмешательства не превышает четырех недель, за исключением онкоурологической помощи, где период ожидания не должен быть больше семи дней. При этом многие операции можно выполнять в рамках системы ОМС.

— Как обстоят дела с ранней диагностикой?

— Ситуация с ранней диагностикой онкоурологических заболеваний улучшается. Так, например, скрининг простат-специфического антигена (ПСА) проводится практически повсеместно, что позволяет выявлять рак предстательной железы на ранних стадиях и своевременно проводить лечение, избегая осложнений и сохраняя качество жизни пациента. При мочекаменной болезни случаи выявления полного, уже вполне созревшего коралловидного камня сегодня редки, что говорит о своевременной диагностике благодаря проведению диспансеризации и профосмотрам. Но в Ростовской области есть территориально удаленные районы, где, к сожалению, не всегда осуществляется своевременная диагностика.

— Расскажите об особенностях маршрутизации урологических пациентов в вашем регионе.

— Все учреждения региона разделены на три уровня. На первом находятся оказывающие первичную консультативную, на втором — первичную специализированную медико-санитарную помощь (в том числе осуществляющие консультативно-диагностическое обеспечение прикрепленного населения), на третьем — высокоспециализированную медицинскую помощь.

Учреждения Ростовской области относятся к двум уровням: первый — районный (городской), где обеспечивается преимущественно первичная медико-санитарная помощь, второй — региональный, где оказывается специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь (областные больницы и клиничко-диагностические центры). КДЦ «Здоровье» формально относится ко второму уровню, но мы выполняем практически весь спектр диагностических и лечебных мероприятий, доступных в федеральных центрах.

— Насколько сложно сегодня жителю Ростовской области с урологическим заболеванием получить квоту на высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП)? Велика ли очередь на получение таких квот?

— Во-первых, врач первичного звена должен определить четкие показания для такой помощи. У нас же еще встречаются случаи, когда пациенты направляются не по профилю. Во-вторых, нужно правильно оформить документы. Сейчас это сделать несколько проще, чем раньше, и комиссия в минздраве рассматривает документы быстрее. Увеличение сроков ожидания операции по ВМП возможно в некоторых случаях, когда возникают задержки с поставками расходного материала или импортных изделий медицинского назначения. Например, такая ситуация сложилась с искусственными сфинктерами. Делаем все, что в наших силах, для решения этой проблемы.

— Пациентов с какими урологическими заболеваниями приходится отправлять в федеральные центры? Много ли таких больных?

— Сейчас остался совсем узкий круг проблем, с которыми ростовчан отправляют в столичные клиники. Во-первых, это установка искусственного сфинктера и трехкомпонентных протезов полового

члена. Их высокая стоимость не позволяет ростовским клиникам освоить операцию на должном уровне, чтобы проводить ее рутинно. При этом в ряд учреждений достаточно регулярно приезжают эксперты из федеральных центров для выполнения 3–5 подобных операций в рамках мастер-классов. Второе направление — крестцовая нейромодуляция. Таких пациентов немного, но тут единственный выход — направление в Москву.

— Какая служба в Ростовской области ведет онкоурологических больных — онкологическая или урологическая? И как сокращение средств на федеральную программу «Онкология» отражается на вашей работе с онкоурологическими пациентами?

— Согласно приказу МЗ РФ № 116н только онкологи имеют право заниматься обследованием, определением тактики и лечением онкологических больных. Соответственно, наблюдение также является исключительно их прерогативой. Мне бы не хотелось касаться самого приказа как такового, но ведь хорошо известны ситуации, когда после оперативного лечения, выполненного, к примеру, урологом, у пациента развивается рецидив рака. Тогда больного отправляют в онкологический диспансер. В итоге происходит потеря времени или оказывается, что больному требовалась адъювантная терапия, а ее не провели в условиях неспециализированного учреждения.

— Что же может получиться в результате?

— Плохой прогноз и запущенный случай, созданный нашими руками. Поэтому мое мнение по данному вопросу однозначно — только онкологический консилиум может определять все диагностические и лечебные мероприятия, необходимые нашим пациентам. К сожалению, ведение онкологического реестра и диспансерное наблюдение — не самые сильные стороны системы здравоохранения в нашем регионе. Но, надеюсь, ситуация будет меняться и мы примем в этом непосредственное участие.

— Как удастся работать после выхода 19 февраля 2021 года приказа Минздрава РФ № 116н* при отсутствии необходимого лучевого оборудования?

— В настоящее время оказание онкологической помощи может осуществляться только в учреждениях, соответствующих строго прописанным критериям. Во-первых, это определенное количество коек в отделении, во-вторых, наличие онкологического консилиума, включающего специалистов по химио- и лучевой терапии. В-третьих, в приказе четко прописаны сроки выполнения биопсии, постановки диагноза, направления на лечение. К сожалению, многие учреждения муниципальной сети потеряли возможность оказывать плановую хирургическую помощь из-за отсутствия достаточного коечного фонда и узконаправленных онкологов.

Теперь перейдем к нашему учреждению. Мы начали готовиться к этим изменениям очень давно. В 2015 году появился региональный приказ № 567, в соответствии с которым все жители города и области с подозрением на ЗНО или его подтверждением направлялись на обследование в КДЦ «Здоровье», имея на руках обычное направление из поликлиники по месту жительства.

Далее мы резко увеличили наши возможности по выполнению биопсии предстательной железы: в прошлом десяти-

летию делали несколько сотен биопсий в год, сейчас уже более двух тысяч. Также возросло количество ультразвуковых исследований, МРТ, КТ. Увеличившийся поток пациентов потребовал реорганизации команды онкологов, создания онкологического консилиума.

Ранее в составе нашего консилиума был всего один лучевой терапевт — специалист из областного онкодиспансера. Остальные доктора были штатными сотрудниками КДЦ «Здоровье». При необходимости проведения лучевой терапии пациенты направляются в онкологический диспансер, и им не нужно повторно проходить консилиум.

В КДЦ «Здоровье» мы начинали с двух консилиумов в неделю, а теперь они проводятся ежедневно. Онкологи нашего центра (а сегодня это уже 30 специалистов) каждый день принимают решения о тактике обследования и лечения. Это огромный труд, но без него система не будет работать. Так мы стали выполнять функции, свойственные специализированному онкологическому учреждению. Например, наши врачи заполняют «Извещение о впервые выявленном онкозаболевании», «Выписку онкологического пациента», «Протокол на запущенные формы онкозаболеваний» и отправляют эти документы в областной онкодиспансер.

Также наши онкологи ведут свой сегмент канцер-регистра. В феврале 2020 года в структуре нашего учреждения открылся центр амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП). Сегодня его кабинеты организованы по четырем адресам в Ростове-на-Дону, чтобы максимально приблизить оказание специализированной помощи к месту жительства пациента.

В 2022 году появилась возможность проведения химиотерапии как в условиях дневного стационара при ЦАОП, так и в круглосуточном отделении противоопухолевой лекарственной терапии. С ноября 2022 года наши онкологи начали осуществлять диспансерное наблюдение за онкологическими пациентами. Контингент диспансерных больных, состоящих на учете в ЦАОП КДЦ «Здоровье», превышает 2 тыс. человек.

Кроме того, в 2023 году у нас открылось отделение опухолей молочной железы и онкогинекологии. Сегодня в стенах нашего учреждения мы можем оказывать фактически всю помощь, начиная от ранней диагностики и заканчивая системной терапией запущенных форм онкозаболеваний. Сейчас проводится очередная реорганизация службы в связи с закрытием первичных онкологических кабинетов — почти весь поток онкоурологических больных теперь направляется в наше учреждение.

— Чем из того, что было сделано за последние годы, может гордиться руководимая вами служба?

— Это прежде всего повышение доступности и качества оказания урологической и онкоурологической помощи жителям Ростовской области. Мы об этом уже много говорили, но повторю — все настроено таким образом, чтобы максимально сократить путь пациента от первых жалоб или изменений в анализах до принятия решения и проведения лечения. Здесь нужен постоянный мониторинг, который мы и осуществляем.

— Какие проблемы в работе службы самые острые и что делается для их решения?

Окончание на с. 16 →

Искусственный интеллект в урологии: безграничные возможности несмотря на множество вопросов

Основой цифровизации медицины принято считать системы поддержки принятия врачебных решений (СППВР) на основе искусственного интеллекта (ИИ). В качестве дисциплины, открытой к инновациям, урология имеет немало точек применения ИИ для внедрения в клиническую практику.



Виген
Андреевич
МАЛХАСЯН

Д.м.н, заведующий урологическим отделением № 4 ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.И. Спасокукоцкого» Департамента здравоохранения Москвы, профессор кафедры урологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России



Али
Эльманович
ТАЛЫШИНСКИЙ

Уролог, заместитель генерального директора ООО «Мед-Рей»

Необъятный мир

Врачевание в его классическом виде сегодня выглядит довольно архаично, ведь в медицину вошли новые методы и технологии. Это переход от открытых операций к минимально инвазивным и роботизированным вмешательствам, внедрение высокоинформативной инструментальной диагностики, цифровые технологии, расширившие наши возможности (например, удаленный мониторинг состояния пациента и телемедицина).

Дискуссии об ИИ разгораются практически на каждой научной конференции, несмотря на поверхностное понимание многими специалистами его сути. Урология — не исключение. В основе функционирования ИИ лежит комплекс технологических решений, позволяющий имитировать когнитивные (мыслительные) функции человека и получать результаты, сопоставимые как минимум с результатами его интеллектуальной деятельности. Знакомство с разнообразием архитектур ИИ, способов обучения нейросети, обсуждение конкретных сценариев ее интеграции в клиническую практику уролога помогут ему в выработке отдельно взятых индивидуальных стратегий. Так, машинное обучение использует алгоритмы для анализа данных и обучения на основе выявленных закономерностей. Это может быть обучение:

- с учителем: модель обучается на размеченных данных;

- без учителя: модель ищет скрытые закономерности в неразмеченных данных;
- с подкреплением: модель обучается через взаимодействие с окружающей средой и получение обратной связи в виде вознаграждений или наказаний;
- глубокое обучение: подмножество машинного обучения, использующее многослойные нейронные сети для анализа данных и принятия решений.

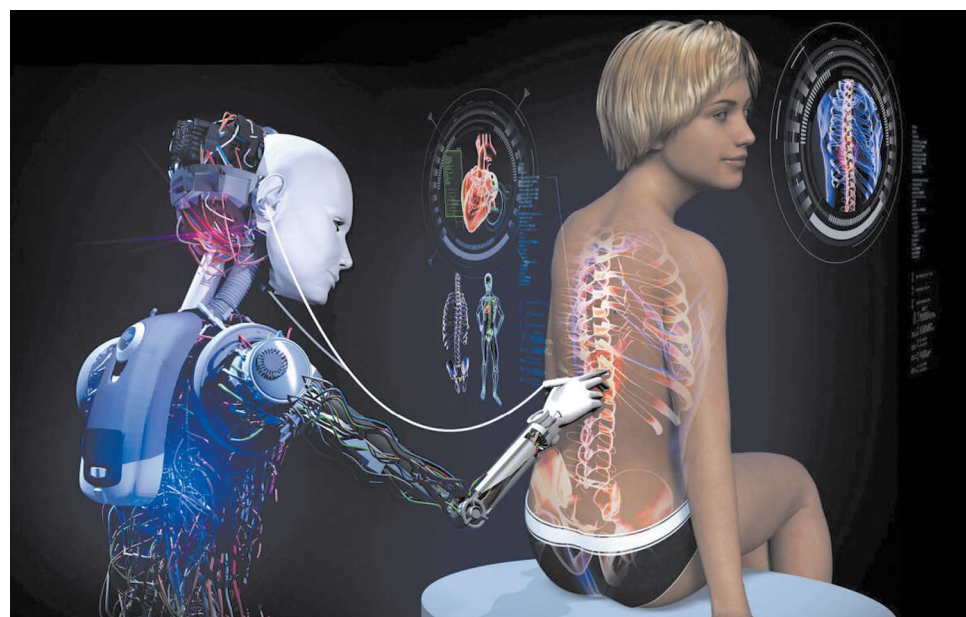
Подобно древесной кроне, из приведенных выше вариантов прорастает множество различных нейросетевых решений. Взять хотя бы машинное обучение. Оно основано на прогнозировании событий с помощью специализированных классификаторов (случайный лес, методы опорных векторов и К-ближайших соседей), в то время как глубокое обучение основано на применении более сложных архитектур и требует больших данных (big data).

Высокая вариабельность использования ИИ в урологии объясняется многообразием входящей информации, которая предоставляется нейросетям для формирования умозаключений в соответствии с поставленными задачами. В качестве входных данных используют текст, аудио-

ходящих за рамки очевидного. Можно по-разному систематизировать сценарии нейросетевого ассистирования урологам в процессе принятия врачебных решений — фокусироваться на используемых входных данных, нозологии или прогнозируемых событиях. Наиболее удобен первый способ, позволяющий понять перспективы применения ИИ на конкретном этапе обследования, лечения или наблюдения за больными.

Читать и понимать

Концепция ИИ предполагает имитацию мыслительных функций человека, а потому может применяться в качестве второго мнения в принятии клинических решений на этапе осмотра и лабораторной диагностики. Информация структурируется в текстовом формате, который легко адаптируется к роли входных данных при обучении нейросетей. Полученные таким образом данные унифицируются в единой таблице вне зависимости от операционной системы персонального компьютера (ПК), которая в последующем используется при обучении. В качестве примера можно привести диагностику инфекций мочеполовых путей (ИМП), чему посвящено достаточно много работ.



файлы, изображения и видео. В зависимости от выбранного варианта данных и поставленных задач применяются соответствующие ИИ-модели. Более того, даже при решении одной задачи могут использоваться различные типы входных данных, как изолированно, так и комплексно, что также вносит вклад в разнообразие решений на основе ИИ.

Существует достаточно много публикаций о сценариях интеграции ИИ в урологическую практику, не только подтверждающих существование бесконечного множества способов работы с ИИ, но и вы-

Так, Ozkan и соавт. описали результаты применения нескольких классификаторов из группы машинного обучения в диагностике цистита и неспецифического уретрита с использованием в качестве входных данных эритроцитурии, боли в надлобковой области и поллакиурии, что позволило добиться точности до 98,3 %. По мнению авторов, предлагаемое решение позволит снизить финансовую нагрузку на лечебные учреждения благодаря минимизации ненужных инструментальных исследований. Dhanda и соавт. описали модель NoMicro для диагностики ИМП по результатам анализа мочи с помо-

Нейронные сети — это подмножество машинного обучения, состоящее из множества взаимосвязанных «нейронов», которые работают вместе для решения сложных задач и особенно эффективны в тех из них, которые связаны с распознаванием образов и обработкой больших объемов данных

щью тест-полосок, а также с учетом возраста, пола, наличия дизурии и упоминания ИМП в анамнезе. В итоге значение площади под кривой (AUC) составило 0,85, при этом метрики точности значимо не отличались от таковых при использовании результатов микроскопии мочи.

Видеть и анализировать

Визуализационные методы в урологии зачастую играют решающую роль в определении диагностической и лечебной тактики, поскольку предоставляют анатомо-функциональную характеристику органов мочеполовой системы. Однако тут бывает немало ложноотрицательных и ложноположительных результатов, а также расхождений в заключениях специалистов из-за влияния субъективного фактора на качество инструментальной диагностики, несмотря на существование специализированных протоколов интерпретации данных. Это повышает интерес к использованию ИИ для дифференциальной диагностики заболеваний мочеполовой системы вне зависимости от используемой модальности.

Wentland и соавт., применившие машинное обучение при дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных новообразований (ЗНО) почек по результатам компьютерной томографии (КТ), достигли значений точности 82 % и AUC — 0,8. Примечательно, что диагностические результаты трех независимых рентгенологов были значимо ниже ($p = 0,02$).

Arif и соавт. описывают опыт глубокого обучения по T2-взвешенным и диффузионно-взвешенным изображениям (Т2ВИ и ДВИ) с b-фактором = 800 с/мм², а также ИКД-снимкам в выявлении и сегментации клинически значимого рака предстательной железы и подтверждении рака низкого риска (ISUP = 1) у пациентов, находящихся под активным наблюдением. AUC, чувствительность и специфичность достигали диапазона 0,65–0,89, 82–92 % и 43–76 % соответственно.

Yu и соавт. использовали глубокое обучение в автоматизированной сегментации внутреннего и наружного слоев мышечной оболочки мочевого пузыря и опухоли по данным Т2ВИ. Коэффициент Соренсена — Дайса (DSC) составил 98,19 %, 82,24 % и 87,4 % соответственно.

Интраоперационный ассистент

Современная хирургия в урологии характеризуется широким спектром мини-инвазивных и робот-ассистированных вмешательств, обеспечивающих минимальную травматизацию пациентов. Лишенному прямого контакта с операционным полем

Продолжение на с. 12 →

Антибиотикопрофилактика фосфомицином после трансректальной биопсии простаты

Аденокарцинома предстательной железы требует гистопатологической верификации. Проблема в том, что самый распространенный в последние 30 лет метод забора материала на исследование — трансректальная биопсия простаты под ультразвуковым контролем (ТРУЗИ) — может привести к серьезным инфекционным осложнениям даже у относительно здоровых мужчин. Около 3 % из них после ТРУЗИ-биопсии простаты госпитализируют с сепсисом, а значит, профилактика инфекций мочевыводящих путей (ИМП) после данного исследования является первостепенной задачей.



Александр
Николаевич
БЕРНИКОВ

К.м.н., доцент кафедры урологии
ФГБОУ ВО «Российский университет
медицины» Минздрава России, Москва

Всплеск устойчивости

Для снижения частоты ИМП и других инфекционных осложнений использовались различные методы, в том числе предпроцедурная клизма, ректальное применение пovidон-йода, скрининг ректальных мазков с целевой антибиотикопрофилактикой (АБП), смена режима приема антибиотиков и использование трансперинеального доступа вместо трансректального.

Фторхинолоны (ФХ) традиционно рекомендовались в качестве препаратов первого выбора для АБП. Несмотря на это, частота ИМП после биопсии простаты продолжает увеличиваться. Предполагается, что это связано с появлением фторхинолон-резистентной кишечной палочки *Escherichia coli*, а также *E. coli*, продуцирующей β -лактамазы расширенного спектра действия (ESBL).

Всплеск устойчивости к фторхинолонам, повысившейся на 20–30 %, особенно в Корее, заставил искать альтернативу этой группе антибиотиков для профилактического применения. Интерес в этом отношении представляет фосфомицин — старый препарат, возникший вновь при разработке стратегии преодоления устойчивости к антибиотикам без использования новых лекарств.

Новая стратегия

Фосфомицин — антибиотик широкого спектра действия, производное фосфоновой кислоты с очень низкой молекулярной массой. Оказывает сильный и быстро наступающий бактерицидный эффект. Выводится в основном в неизменном виде через почки, что создает очень высокие концентрации в моче в течение 2–4 часов. При этом терапевтические концентрации в моче обычно сохраняются не менее 36 часов. Высокие концентрации в моче в сочетании с низкой молекулярной массой фосфомицина могут способствовать его диффузии в окружающие ткани, в том числе в ткани простаты. Хотя демонстрирующие содержание в них фосфомицина данные ограничены, препарат доказал свою эффективность в лечении простатита.

Недавние рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) и нерандомизированные наблюдательные исследования (НРКИ) показали превосходный профилактический эффект фосфомицина на ИМП после ТРУЗИ-биопсии простаты по сравнению с фторхинолонами или другими антибиотиками. Более того, некоторые систематические обзоры продемонстрировали эквивалентность или превосходство фосфомицина в снижении инфекционных осложнений после ТРУЗИ-биопсии простаты по сравнению с фторхинолонами и другими антибиотиками.

Однако эти обзоры не оценивали риск систематической ошибки в отдельных исследованиях и достоверность доказательств с использованием подхода GRADE. Кроме того, с 2019 года было опубликовано несколько проспективных и ретроспективных обсервационных исследований. Таким

образом, чтобы предоставить имеющиеся доказательства и помочь медицинским работникам, были проанализированы публикации, авторы которых изучали профилактическое действие и побочные эффекты фосфомицина по сравнению с другими антибиотиками при ИМП после ТРУЗИ-биопсии простаты.

Вариант профилактики

Проведен поиск по нескольким базам данных и реестрам исследований без ограничений по языку публикации или статусу до 4 января 2022 года. В обзор включались РКИ с параллельными группами и НРКИ. Первичными точками интереса были следующие разновидности ИМП: фебрильная, афебрильная и общая. Для оценки достоверности доказательств РКИ и НРКИ использовалось руководство GRADE. Протокол зарегистрирован в PROSPERO (CRD42022302743). Были найдены данные по пяти сравнительным исследованиям,

однако в настоящей статье главное внимание уделяется основным результатам двух наиболее клинически значимых из них. В сравнительный анализ эффективности фосфомицина и фторхинолона были включены пять РКИ и четыре НРКИ с месячным периодом наблюдения. Судя по данным РКИ, фосфомицин практически не отличался от фторхинолонов по частоте фебрильных, афебрильных ИМП и их общему числу (разница составила минус 4 фебрильных ИМП на тысячу пациентов, минус 29 афебрильных ИМП и минус 35 случаев от общего числа ИМП на то же количество больных).

Что же касается комбинированного лечения фосфомицином и фторхинолоном по сравнению с терапией одним только фторхинолоном, в сравнительный анализ были включены два НРКИ с периодом наблюдения от одного до трех месяцев. Оказалось, что сочетание фосфомицина и фторхинолона может практически не иметь различий в частоте возникновения фебрильных ИМП по сравнению со фторхинолонами (разница составила минус 16 фебрильных ИМП на тысячу пациентов). Авторы метаанализа пришли к выводу, что по сравнению со фторхинолонами фосфомицин или комбинация фосфомицина и фторхинолона могут оказывать аналогичный профилактический эффект в отношении ИМП после трансректальной биопсии простаты. Учитывая растущую устойчивость возбудителей к фторхинолонам и простоту применения фосфомицина, он может оказаться хорошим вариантом антибиотикопрофилактики. ^⑤

МОНУРАЛ® ОРИГИНАЛЬНЫЙ ФОСФОМИЦИН

ЭФФЕКТИВНОСТЬ¹

У пациентов с неосложненным циститом¹

ЛУЧШАЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ²

По сравнению с многодневным курсом лечения²

ЛУЧШАЯ ПЕРЕНОСИМОСТЬ³

Низкая частота возникновения нежелательных лекарственных реакций³

УНИКАЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ⁴

Ингибирование биосинтеза бактериальной стенки на ранней стадии⁴

НИЗКАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ⁵

Отличная активность in vitro в отношении распространенных уропатогенов, включая мультирезистентные изоляты⁵



ЦИСТИТ.
КЛИНИЧЕСКИЕ
РЕКОМЕНДАЦИИ



Клинические рекомендации по ведению пациентов с циститом – ФОСФОМИЦИН

Уровень убедительности рекомендаций – А

Уровень достоверности доказательств – 1

ООО «Замбон Фарма». Россия, 119002, Москва, Глазовский переулок, дом 7. Тел.: +7 (495) 933-38-30/32

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Библиография: 1. Ceran N et al. J Infect Chemother 2010; 16(6):424-30. 2. Elhanan G et al. Antimicrob Agents Chemother 1994; 38(11):2612-4.

3. Michalopoulos AS et al. Int J Infect Dis 2011; 15(11):e732-e739. 4. Castañeda-García A et al. Antibiotics 2013; 2:217-36.

5. Zhanel GG et al. Can J Infect Dis Med Microbiol 2016; 2016:1-10.

XVIII Московская урологическая школа: обзор докладов

На мультидисциплинарной образовательной площадке Московской урологической школы (МУШ), в восемнадцатый раз объединившей урологов и коллег из смежных областей 18–19 апреля текущего года, был представлен ряд актуальных докладов, обзор которых предлагаем вниманию читателей.



Бадри
Роинович
ГВАСАЛИЯ

Д.м.н., профессор кафедры урологии ГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, сотрудник урологического отделения № 66 ГБУЗ «ГКБ имени С.П. Боткина» Департамента здравоохранения Москвы



Адель
Сальманович
АЛЬ-ШУКРИ

Д.м.н., профессор кафедры урологии ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург



Михаил
Юрьевич
ПРОСЯННИКОВ

Д.м.н., заведующий отделом мочекаменной болезни НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина — филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва

Мужская репродукция

С докладом «Урологические аспекты мужского репродуктивного здоровья» в рамках первой сессии МУШ, посвященной андрологии и мужскому здоровью, выступил профессор Б.Р. Гвасалия, напомнивший, что ВОЗ определяет репродуктивное здоровье как совокупность физического, социального и умственного благополучия людей в области их сексуальных и психологических отношений, а не только как правильное функционирование репродуктивной системы.

Одной из главных нозологий, ведущих к бесплодию, являются нарушения доставки семенной жидкости вследствие поражения мочеиспускательного канала, в том числе после травм. Перенесшим их пациентам, а также мужчинам со стриктурной болезнью уретры нередко приходится использовать вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ). К ним чаще прибегают и мужчины с гипоспадией (особенно с ее проксимальной формой), что подтвердил

обширный метаанализ, выполненный в Швеции. А изучение этиологии азооспермии в военной популяции показало, что после травматизации возрастает доля мужчин с нарушениями репродуктивной функции и недержанием мочи.

У 20–25 % мужчин в бесплодных парах имеется эректильная дисфункция (ЭД), вдвое повышающая риск инфарктов, инсультов и депрессивных расстройств. ЭД встречается более чем у половины мужчин старше 40 лет и у одного из шести пациентов с нарушением фертильности.

У 10 % мужчин с бесплодием есть указания на крипторхизм, с которым рождаются 3–5 % доношенных мальчиков. При этом азооспермия диагностируется у 13 % мужчин с односторонним и у 98 % — с двусторонним крипторхизмом.

На момент диагностики опухоли яичка у половины пациентов развивается олигоспермия и еще у 10 % — азооспермия. После орхэктомии у 40 % мужчин с сопутствующей азооспермией восстанавливается сперматогенез в здоровом яичке, у остальных же сохраняются серьезные нарушения, требующие дальнейшего лечения.

К обструктивной азооспермии ведут простатические кисты, состояния после вазотомии (3–6 % мужчин прибегают к вазовазостомии после вазэктомии с эффективностью 69,2–98,7 %) и воспалительных заболеваний (эпидидимитов и орхитов). Отрицательно влияет на фертильность варикоцеле, встречающееся в мире примерно у 15 % мужчин.

Несмотря на широкие возможности современной диагностики, причина нарушений мужской фертильности остается неустановленной в 40 %, а по некоторым данным — даже в 70 % случаев. Тогда говорят об идиопатическом бесплодии.

Лечение мужского бесплодия предполагает модификацию образа жизни, коррекцию метаболических нарушений (сбалансированное питание, физическая активность, отказ от вредных привычек), элиминацию вредоносных воздействий, компенсацию соматических нарушений и антиоксидантную терапию для неспецифической стимуляции сперматогенеза. К сожалению, роль антиоксидантов в со-

хранении и восстановлении мужской фертильности сильно недооценивается. Как отмечают авторы международных руководств и систематических обзоров, антиоксиданты (витамины групп Е, С, селен, цинк, фолиевая кислота, L-карнитин, L-аргинин, коэнзим Q₁₀ и др.) «в некоторых случаях» могут улучшить показатели спермограммы, повысить вероятность спонтанного зачатия и даже положительно повлиять на результаты ВРТ.

В действенности антиоксидантная терапия намного эффективнее, чем принято думать. Включая в первоначальные выборки всех мужчин с идиопатическим бесплодием, авторы клинических исследований и метаанализов неизбежно усредняют результаты и именно поэтому получают данные о невысокой эффективности антиоксидантов. Анализ научных работ позволяет утверждать, что определенная категория мужчин получает явную пользу от приема антиоксидантов (например, биологически активных добавок к пище — БЕСТФертил® или БЕСТФертил-ДГК®) при правильно выделенной целевой группе. Это пациенты с идиопатическим бесплодием, то есть по крайней мере каждый третий-четвертый мужчина с нарушением фертильности. Им можно помочь стать родителями, назначив один из препаратов семейства БЕСТФертил®.

Мочевая инфекция

«Комплексный подход при лечении инфекций мочевыводящих путей (ИМП). Оптимальный выбор» — так назвал свой доклад профессор А.С. Аль-Шукри, выступивший на четвертой сессии МУШ, посвященной мочевой инфекции и мочекаменной болезни. Несмотря на все усилия, проблема инфекций мочевых путей (особенно нижних МП у женщин — ИНМП) пока не поддается решению. ИМП негативно влияют на интимные и социальные отношения пациентов, в том числе рабочие (с учетом частых позывов на мочеиспускание), что приводит к снижению качества жизни.

Частота ИМП у женщин составляет 12 % в общем пуле всех заболеваний. Ежегодно в мире ИМП диагностируются у 150 млн пациенток. Только в России каждый год регистрируют около 30 млн случаев цисти-

та — в острой форме его переносит каждая четвертая женщина. У трети из них возникает рецидив заболевания, а у каждой десятой оно переходит в хроническую форму с периодическими обострениями. Острый цистит встречается гораздо чаще, чем пиелонефрит (на один эпизод пиелонефрита приходится от 18 до 28 случаев цистита). А вот мужчины болеют циститом реже — менее 10 случаев в год на 10 тыс. населения до 65 лет.

ИМП чаще возникают у женщин из-за особенностей их анатомии и физиологии. Развитию ИНМП могут способствовать половой акт, использование спиралей и (или) спермицидов, беременность, структурные аномалии или обструкция МП, а также пожилой возраст, особенно при наличии у больной пролапса тазовых органов (ПТО), недержания мочи, гипотонии мочевого пузыря. Даже гинекологический осмотр повышает риск ИМП в течение 7 недель (!) после процедуры, возрастающий при частых осмотрах. Ученые из Израиля обнаружили, что женщины с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) подвержены частым атакам цистита и ИМП, хотя патогенетический механизм тут неясен.

Антибиотикотерапия (АБТ) назначается в 25–40 % случаев при оказании первичной медицинской помощи больным с ИМП и нередко ведет к развитию антибиотикорезистентности (АБР). Меняется и спектр возбудителей: 90 % ИМП вызваны кишечной палочкой, но в некоторых африканских странах ее вытеснила с первого места *Klebsiella pneumoniae* — чрезвычайно опасный комменсальный и условно-патогенный микроорганизм, провоцирующий тяжелые внутри- и внебольничные инфекции. Большую проблему представляют штаммы *K. pneumoniae*, продуцирующие карбапенемазы, способные гидролизировать β-лактамы антибиотиков. Устойчивость к ним ведет к высокой смертности пациентов, поскольку карбапенемы используются в качестве АБП последней линии при лечении тяжелых грамотрицательных инфекций. Поэтому ВОЗ включила *K. pneumoniae* в список критических патогенов.

Казалось бы, где мы и где Африка? Однако в современных условиях генетически идентичные штаммы распространяются по миру со скоростью самолета из-за постоянного перемещения людей по работе, с туристическими целями и в связи со случаями их госпитализации за пределами родной страны. По предварительным данным исследования, проводимого докладчиком и его коллегами в Северо-Западном регионе России, 15 % случаев неосложненных ИНМП ассоциированы с *K. pneumoniae*, нечувствительной к фосфомицину и нитрофурантоину, но чувствительной к триметоприму и фторхинолонам, которые у нас вообще не включены в клинические рекомендации (КР) при данной патологии.

При ИМП уропатогены образуют биопленку, колонизируя слизистую оболочку мочевыводящих путей (МВП), мочевые катетеры и прочие устройства. При этом МВП часто инфицируются микроорганизмами из желудочно-кишечного тракта, но в норме это не должно приводить к ИМП благодаря врожденной иммунной защите МВП и мочевого пузыря.

В новых КР Европейской ассоциации урологов изложены принципы диагностики

Антиоксидантная терапия

Создав достаточную концентрацию необходимых для сперматогенеза компонентов, можно повысить качество спермы и репродуктивную функцию мужчины в течение непродолжительного курса терапии — например, комбинированным витаминно-минеральным комплексом БЕСТФертил®, используемым для увеличения фертильности пациентов с идиопатическим бесплодием. БЕСТФертил® разделен на два использования в течение суток: капсулы «Утро» (белого цвета) и «Вечер» (синего цвета) принимают отдельно, чтобы полностью раскрыть свойства активных компонентов для нормализации показателей спермограммы.

БЕСТФертил-ДГК® содержит дополнительный источник полиненасыщенных жирных кислот Омега-3, в том числе эйкозапентаеновой и докозагексаеновой, способствующих увеличению числа сперматозоидов нормального строения, улучшающих состав их мембран, подвижность и жизнеспособность, а также обладающих дополнительным кардиопротективным эффектом. Высококачественный L-карнитин (Capture) в составе БЕСТФертил® и БЕСТФертил-ДГК® увеличивает число активных сперматозоидов в 1,5 раза, а наступивших беременностей — на 27,2 %, а также заряжает мужской организм энергией и стимулирует жизненно важные функции.

ИМП. Так, диагноз неосложненного цистита может быть поставлен на основании сбора анамнеза симптомов со стороны НМВП (дизурия, частое мочеиспускание с urgentными позывами, нет выделений из влагалища). Однако такие симптомы у пожилых женщин не обязательно связаны с циститом — эти пациентки нуждаются в тщательном обследовании.

Неосложненный цистит следует отличать от бессимптомной бактериурии, которая считается не инфекцией, а скорее комменсальной флорой (при отсутствии факторов риска). КР утверждают, что при типичных симптомах неосложненного цистита посев мочи делать незачем, поскольку это незначительно повышает точность диагностики. Однако с учетом изменения спектра возбудителей результаты посева мочи все же необходимо иметь под рукой.

При рецидивирующих ИМП КР требуют подтверждения диагноза путем посева мочи, а вот обширное рутинное обследование (цистоскопию, визуализацию и т.д.) не рекомендуют, поскольку эффективность диагностики невелика, кроме нетипичных случаев с симптоматикой мочекаменной болезни, обструкции оттока, интерстициального цистита или уротелиального рака (УТР). Однако тот же камень в почке или УТР могут не проявлять себя кровотечением и другими симптомами, но УЗИ визуализирует проблему пациента.

Развитию ИМП способствует ПТО, признаки которого отмечают от 2,9 до 53 % женщин, причем до 47 % из них находятся в трудоспособном возрасте. В перименопаузе частота маточного пролапса составляет 14,2 %, цистоцеле — 34,3 %, ректоцеле — 18,6 %. На фоне нарушения оттока мочи из почек у пациенток с цистоцеле возникают хронические цистит и пиелонефрит. Частота развития ИМП зависит от степени опущения мочевого пузыря.

Сегодня широко применяется неантибактериальная профилактика ИМП (изменение образа жизни, гормональная терапия, иммуноактивные препараты, пробиотики, метенамина гиппурат, клюквенный сок, D-манноза и внутрипузырные инстилляции).

Британские врачи провели онлайн-анкетирование 719 женщин, чтобы выяснить их осведомленность о навыках гигиены, помогающих предотвратить рецидивы ИМП. Лишь половина из них использовали гигиенические меры до обращения к врачу, треть (33,9 %) искали информацию в интернете. Осведомленность о правильном поведении, способствующем профилактике ИМП, варьировала в пределах от 20 до 90 %. Так, например, 88 % женщин знали о необходимости обильного питья, но о профилактических свойствах витамина С, клюквы, D-маннозы были осведомлены считанные проценты из них.

Фитотерапию используют как для профилактики, так и в комплексном лечении ИМП. Пациентам с хроническим циститом для предупреждения его рецидивов КР предлагают прием фитопрепаратов, содержащих золототысячник, розмарин обыкновенный и корень любистока, по 2 таблетки 3 раза в день в течение трех месяцев. Такой состав (плюс брусничный лист) имеют комплексы Нефробест и Нефробест-Н, которые выпускаются с применением современных технологий по стандартам GMP. При этом Нефробест-Н по сравнению с Нефробест содержит в 16 раз больше экстракта листа брусники для усиления диуретического эффекта, опосредованного арбутином — гликозидом фенольного типа с мочегонным и антимикробным действием. Это дает врачу выбор в зависимости от того, нужно ли до-

полнительно повышать диурез с помощью комплекса экстрактов лекарственных растений Нефробест-Н (например, пациенту после литотрипсии, чтобы «вымывать» остатки раздробленных камней), или достаточно назначить Нефробест для его стимуляции в обычном режиме для профилактики и в комплексном лечении ИМП.

Профилактика клюквой пришла к нам из народной медицины, но ее применение при цистите обладает доказательным эффектом, в том числе мочегонным и противомикробным — за счет закисления мочи, способствующего образованию оксидов азота, токсичных для различных микроорганизмов, включая *Escherichia coli*. Полифенолы клюквы оказывают противовоспалительный эффект благодаря снижению уровня С-реактивного белка и интерлейкинов и повышению синтеза оксида азота (NO), ингибируют синтез Р-фимбрий бактериальной клетки (БК), препятствуют адгезии *E. coli* к уротелию за счет блокирования Р-фимбрий БК *in vitro* и *ex vivo*, а также подавляют образование биопленок *E. coli* и *P. aeruginosa*. Препараты клюквы можно назначать во время беременности. Работы испанских и итальянских коллег говорят о том, что полифенолы клюквы блокируют фимбрии не только Р-типа, но и 1-го типа, а также снижают образование биопленок *Candida albicans* в мочевом пузыре.

Для профилактики и в комплексной терапии ИМП применяется D-манноза. Этот моносахарид, который содержится, например, в препарате Уробест, быстро попадает в кровь из кишечника, а оттуда в мочу. В КР говорится, что D-манноза более эффективна, чем плацебо, и так же действенна, как АБП, но не дает нежелательных явлений (НЯ), поскольку это не антибиотик. Связываясь с чувствительными к ней фимбриями, D-манноза не позволяет микроорганизмам ассоциироваться с уротелиальными рецепторами и прикрепляться к стенке мочевого пузыря, выступая в качестве конкурентного блокатора бактериальной адгезии.

Раньше считалось, что применять D-маннозу у беременных нужно с осторожностью, но сейчас накопилось много научных данных о ее безопасности для будущих мам. Результаты проспективного рандомизированного клинического исследования современных подходов к терапии и профилактике рецидивирующих циститов у беременных с применением D-маннозы показали ее эффективность на всем протяжении периода гестации. Частота рецидивов у принимавших D-маннозу в профилактических целях была существенно ниже, чем у не получавших ее. Риск развития ИМП во время беременности также снижают БАД с витамином С.

В качестве примера профессор А.С. Аль-Шукри привел комплекс Уробест, оказывающий быстрый эффект у пациентов с острым и хроническим рецидивирующим циститом за счет комплексного действия D-маннозы и экстракта плодов клюквы. Дополнительный диуретический эффект экстракта листьев брусники обеспечивает выведение уропатогенов из организма. Основная задача при лечении рецидивирующей ИМП — максимально увеличить безрецидивный период. Добиться этого можно воздействием на ключевые этапы патогенеза, воспрепятствовав проникновению уропатогенов, нарушив их адгезию (например, путем приема препарата Уробест) и размножение, а также простимулировав иммунный ответ.

Камни в почках

«Литокинетическая терапия (ЛКТ): возможности повышения эффективности», — так назывался доклад доктора медицинских

наук М.Ю. Просяникова. К факторам, влияющим на самостоятельное отхождение камней из мочеточников, относятся размер, конфигурация и местоположение (чем конкремент меньше и чем ближе к устью мочеточника, тем вероятнее его самостоятельное отхождение); тонус гладкой мускулатуры мочеточника, который может меняться у пациентов с сахарным диабетом (у них камни отходят хуже); отек слизистой оболочки; анатомические особенности пациента; курение.

КР Минздрава России «Мочекаменная болезнь» при отсутствии показаний к оперативному лечению пациентам с камнями мочеточника размером до 7 мм предусматривают медикаментозную литокинетическую терапию (МЛТ) селективными α1-адреноблокаторами. Если нет положительной динамики в течение 28 дней, рекомендуется удаление камня.

КР «Почечная колика» также настаивают на консервативной терапии для самопроизвольного отхождения конкремента размером менее 7 мм у пациентов с контролируемым болевым синдромом. Большим с конкрементом больше 5 мм и хорошо контролируемой анальгезией назначают альфа-адреноблокаторы в качестве медикаментозной экспульсивной терапии. Визуализацию конкремента повторяют каждые 2 недели до его отхождения, но не дольше четырех недель для контроля эффективности лечения.

Хотя в КР упоминаются только альфа-адреноблокаторы, для ЛКТ также могут применяться блокаторы кальциевых каналов (нифедипин), ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа, кортикостероиды, бета-адреномиметики и фитопрепара-

ты. «Мы попытались оценить, как фитотерапия помогает отхождению камней, на примере комплекса натуральных терпенов Ренотинекс с комбинацией эфирного масла (анетол), шести природных терпенов и масляного раствора витаминов Е», — сообщил докладчик. Терпены содержатся во многих эфирных маслах (камфорном, скипидаре, смоле, ментоле, терпинеоле), а также в хвойных и других растениях.

Эффективность отечественного комплекса Ренотинекс при ЛКТ оценивалась после дистанционной литотрипсии (ДЛТ) камней почки и мочеточника. Группа контроля в соответствии с КР принимала НПВП и альфа-адреноблокаторы, в группе исследования к этому добавляли Ренотинекс. На старте всем участникам сделали общие анализы крови и мочи, УЗИ, обзорную урографию или КТ. Все то же самое повторили через 2 и 4 недели. Добавление комплекса Ренотинекс к схеме ЛКТ после ДЛТ камней почек статистически достоверно повысило ее эффективность на 24 % к четвертой неделе лечения по сравнению со стандартной терапией. При камнях мочеточника уже через 2 недели в группе Ренотинекса показатели были лучше, чем в контрольной, и разница постепенно увеличивалась к концу исследования. Эти результаты в целом можно экстраполировать и на ЛКТ без ДЛТ. Следует отметить, что отечественный комплекс натуральных терпенов Ренотинекс разработан в рамках программы импортозамещения и по некоторым параметрам превзошел импортный терпеновый комплекс. 

Ирина Ковалева

Натуральные компоненты для поддержания функционального состояния мочевой системы по доступной цене

ренотинекс®

Комплекс натуральных терпенов природного происхождения и витамина Е



По результатам исследований¹, витамин Е обеспечивает нефропротекторный эффект Ренотинекс®

Компоненты в составе Ренотинекс® способствуют:

- Улучшению функции почек, повышая диурез и улучшая почечный кровоток;
- Уменьшению болей при почечных и мочеточниковых коликах;
- Выведению мелких камней и песка из почек и мочевыводящих путей;
- Снижению риска повторного камнеобразования

БАД СРГ №КЗ.16.01.98.003.R.000718.11.22 от 01.11.2022

renotinex.ru

¹Медведев В.Л., Михайлов И.В., и др. // журнал Урология, 2020, №1
Противопоказания: индивидуальная непереносимость компонентов продукта

Дистрибьютор в РФ: АО «Мединторг»
+7 495 921-25-15 | mail@medintorg.ru

Реклама

Медицинская помощь детскому населению Москвы по профилю «урология-андрология»

Главный внештатный специалист — детский уролог-андролог Департамента здравоохранения Москвы Сергей Гранитович Врублевский рассказал об итогах работы детской урологической службы столицы в своем ежегодном отчете, обзор которого предлагаем вниманию читателей.



Сергей Гранитович ВРУБЛЕВСКИЙ

Д.м.н., профессор кафедры детской хирургии ФГАОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, заместитель главного врача по хирургии ГБУЗ «НПЦ специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого», главный внештатный специалист — детский уролог-андролог Департамента здравоохранения Москвы

Кадровый вопрос

В Москве проживают более 2 млн детей, с каждым годом их становится все больше, как и специалистов, оказывающих им помощь по профилю «урология-андрология». Обеспеченность столичной детской урологической службы врачами увеличилась в прошлом году с 0,22 до 0,24 на 10 000 детского населения, и с 0,2 до 0,22 % возросло число специалистов с квалификационной категорией «детский уролог». В ковидный период действовал мораторий на ее присвоение и продление, что создавало определенные сложности, но сейчас они успешно преодолены. В прошлом году высшую квалификационную категорию получили 12 детских урологов.

За год в Москве выросло не только количество соответствующих должностей (с 95 до 98), но и число занимающих их физических лиц (с 49 до 54). Казалось бы, разница небольшая — всего 5 человек... Но если вспомнить, что на всю страну у нас около четырехсот детских урологов, и учесть, что эта специальность появилась в России лишь в 2003 году, то становится понятно, что тут каждый специалист на счету.

Койки и больные

Не стало меньше за год и детских урологических коек. В Филатовской больнице (ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова) к 60 имеющимся прибавилось еще 5 в отделении хирургии новорожденных. А всего в московских медучреждениях действуют 232 такие койки плюс еще 19 мест в стационарах краткосрочного пребывания (СКП). Небольшое сокращение произошло в НПЦ спецмедпомощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого — с 14 до 12 коек, но эти две койки не исчезли, а переместились в СКП.

Во всех стационарах Москвы в 2023 году было пролечено 13 384 педиатрических пациента с уро-андрологической патологией. Это больше, чем за предыдущие 12 месяцев, что связано с окончанием пандемии, во время которой возможности госпитализации были ограничены. Такие данные получены на основании заполнения коллегами типового опросника-трафарета, который главный детский уролог Москвы ежегодно рассылает по соответствующим стационарам. К сожалению, не везде опросники заполняют с надлежащей четкостью, но на картину в целом это не влияет.

Длительность пребывания пациента на койке изменилась в лучшую сторону. Все стационары по данному показателю находятся примерно на одном уровне — от 3,5 до 4,5 суток, что меньше по сравнению с предыдущими периодами. Несколько выбивается из этого ряда ДГКБ № 9 имени Г.Н. Сперанского, где средняя длительность пребывания на койке увеличилась с 4,2 суток в 2022 году до 5,7 — в 2023-м. Сергей Гранитович выразил уверенность, что в текущем году коллеги подтянутся по этому показателю и общая картина станет более однородной.

Хирургическая активность

Важной характеристикой любого подразделения, выполняющего оперативные вмешательства, является хирургическая активность. В некоторых учреждениях столицы, входящих в структуру детской урологической службы, она доведена до 100 %, как, например, в ДГКБ им. З.А. Башляевой, из года в год показывающей высокие цифры. Связано это с тем, что основной процесс обследования пациентов происходит на догоспитальном этапе, а в стационар ребенка госпитализируют непосредственно для выполнения оперативной помощи.

Высокой хирургической активностью отличаются также Филатовская (91,1 %) и Морозовская (83,9 %) больницы, остальные приближаются к целевому уровню 80 % (НПЦ спецмедпомощи детям — 75 %, НИИ ДХиТ — 67,2 %). Однако есть два стационара с достаточно низкой хирургической активностью: ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского (41 %) и ДГКБ Святого Владимира (57,7 %).

Во всех детских больницах Москвы были выполнены 10 672 урологические операции, не считая проведенных в СКП (еще около 3500). В целом же за год в столичных детских медицинских учреждениях осуществлено более 14 тыс. операций по профилю «урология-андрология». Лидируют в этом отношении Морозовская (2858 вмешательств) и Филатовская (2358) больницы. Стоит напомнить, что число профильных операций зависит от количества урологических коек, и определять хирургическую активность нужно с учетом этого показателя. Если в Филатовской больнице таких коек 65, то в Морозовской их всего 35 — почти половину меньше, при этом за год здесь выполнили на 500 операций больше (то есть примерно на 20 %). Много хирургических вмешательств производится в НИИ ДХиТ — по 1572 в прошлом и позапрошлом годах, и это при наличии всего лишь 15 коек!

Пальма первенства

Как уже говорилось выше, пальма первенства по количеству оперативных вмешательств в пересчете на коечный фонд принадлежит Морозовской больнице, в том числе и выполненным по поводу гидронефроза (155 случаев лапароскопической пиелопластики и 15 — установки стента). Филатовская больница немного отстает от Морозовской в пиелопластике, но опережает в стентировании (115 и 25 соответственно), если считать и те операции, которые делают в отделении хирургии новорожденных. В остальных стационарах хи-

рургических вмешательств по поводу гидронефроза производится меньше (в среднем несколько десятков в год), причем открытым путем оперируют в единичных случаях. Исключение составляют ДГКБ им. З.А. Башляевой, где наряду со стентированием выполняют открытые операции с изменением доступа (по 31 вмешательству обоих видов за год), и ДГКБ Святого Владимира (7 открытых операций при 17 лапароскопических пиелопластиках в 2023 году).

В целом же в прошлом году по поводу гидронефроза у детей в Москве было произведено 409 вмешательств, а по поводу пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) — 1082 (в том числе 52 открытые неимплантации, 82 эндовидеохирургические операции и 30 нефрэктомии на фоне гибели почки). При этом в Филатовской больнице большинство (160) операций по поводу ПМР выполнены с использованием коллагена, потому что данный метод коррекции рефлюкса пользуется популярностью в хирургии детей первого года жизни. В Морозовской больнице предпочтение отдается объемобразующим препаратам уродексу и рефлюксину (443 вмешательства), в ДГКБ Святого Владимира — уродексу и вантрису в равных долях (примерно по 40 операций), в ДГКБ им. З.А. Башляевой — уродексу и вантрису либо ДАМ+, в ДГКБ № 9 эти препараты используются практически в равных соотношениях.

Также в течение года было произведено 273 операции по поводу мегауретера, лидируют тут Морозовская и Филатовская больницы. В первой чаще всего используют малоинвазивные высокотехнологичные лапароскопические вмешательства (и в 2 раза реже прибегают к стентированию и другим пособиям), во второй стентирование преобладает над открытыми операциями. При этом весь спектр возможных методов хирургических вмешательств используют в Морозовской и Филатовской больницах, а также в НПЦ спецмедпомощи детям.

Что касается реконструктивно-пластических операций при гипоспадии, которые многие урологи считают вершиной хирургического мастерства, то всего за год их произведено 1111. Впереди всех стационаров здесь находится НИИ ДХиТ, причем не только по общему количеству выполненных вмешательств (379), но и по числу сложных операций при проксимальных формах гипоспадии (140). Уменьшилось число коррекций гипоспадии в Филатовской больнице, но возросло в ДГКБ им. З.А. Башляевой.

Камень в почке

В 2023 году в Москве получил лечение 451 ребенок с мочекаменной болезнью (МКБ). Цифра достаточно большая, однако речь идет о детях не только из столицы, но и из регионов. Методы применялись разные: нефролитолапаксия с контактной или дистанционной литотрипсией, эндоскопическая экстракция конкремента или консервативная терапия. По оказанию помощи таким больным лидирует Морозовская больница (284 случая), которая имеет современное оборудование и является флагманом в данной области. В НИИ ДХиТ и ДГКБ Святого Владимира детей с МКБ лечат в основном

консервативным путем, после чего больной наблюдается амбулаторно или при необходимости поступает в другие учреждения для хирургического вмешательства. Филатовская больница активно использует контактную литотрипсию, а НПЦ спецмедпомощи детям — нефролитолапаксию, позволяющую полностью избавиться от камней в почке, что объясняется наличием в учреждении соответствующего оборудования. Опыт лечения МКБ расширяется, причем многие методы заимствуются из взрослой урологии, и в результате помощь становится все более высококвалифицированной.

По плану и экстренно

Плановые операции по поводу варикоцеле, гидроцеле, фимоза и крипторхизма в 2023 году выполнены у 3241 ребенка. Первое место по лечению варикоцеле в стационарах занимает Филатовская больница, а фимозов — Морозовская, Филатовская больницы и НИИ ДХиТ. Операций по поводу крипторхизма в Морозовской больнице произведено в 3 раза меньше, чем в Филатовской (119 против 383), а в ДГКБ им. З.А. Башляевой и того меньше (22), потому что большая часть этих больных получает оперативное лечение в СКП. По экстренным показаниям прооперированы 256 мальчиков с перекрутом яичка (из них 23 орхиэктомии). Профессор С.Г. Врублевский отметил положительную тенденцию к уменьшению числа орхиэктомий. Раньше эту операцию выполняли каждому пятому пациенту, а теперь — только каждому десятому. Необходимость в ней обычно возникает из-за позднего обращения за медицинской помощью. Ведь яичко — орган, весьма чувствительный к недостатку кислорода. Если ишемия продлилась больше шести часов, спасти его уже чрезвычайно трудно.

580 детей прошли лечение (в том числе оперативное) в связи с некрозом гидатиды Морганьи, 266 — с синдромом отечной мошонки (эпидидимитом и орхитом). Всего экстренную помощь получили около тысячи детей. Сергей Гранитович подчеркнул, что это высокая цифра и проблема требует внимания.

Число операций, выполняемых в СКП, возросло с 2884 в 2022 году до 3526 — в 2023-м, когда СКП (в том числе по профилю «урология-андрология») активно заработали во всех учреждениях столицы. При этом в СКП Филатовской больницы не оперируют мальчиков с варикоцеле, а в Морозовской такие операции производят практически только в СКП (лапароскопическим путем), то же самое можно сказать о ДГКБ им. З.А. Башляевой и Святого Владимира. В СКП Морозовской, больницы Башляевой и, в меньшей степени, Филатовской выполняется много вмешательств по поводу фимоза (а еще в последней практикуют операции, сопряженные с цистоскопией).

В заключение главный детский уролог Москвы рассказал о семинарах для детских урологов-андрологов и Всероссийской школе по детской урологии-андрологии, которая ежегодно проходит в Москве. С ее материалами мы познакомим читателей в ближайших выпусках. 

Иван Белокрылов

Омник Окас*



Пероральная система контролируемого всасывания:

Уникальная технология доставки лекарственного препарата, позволяющая создать непрерывное высвобождение действующего вещества на протяжении всего желудочно-кишечного тракта¹

Тамсулозин значительно улучшает скорость потока мочи (Повышение $Q_{\max}$ на 0,7–1,8 мл/с по сравнению с исходным уровнем)²

Частота побочных эффектов при приеме Омника Окас существенно ниже, чем на тамсулозине в капсулах^{4,5}

Тамсулозин OCAS™ значительно снижает балл по IPSS (на 43% по сравнению с плацебо)³

Действие 24 часа и удобный прием в любое время дня^{3,6}



Информация для специалистов здравоохранения
ООО «Астеллас Фарма Продакшен» 109147, Россия, Москва,
ул. Марксистская, д. 16 Тел. +7 (495) 737-07-56

* OCAS — Oral Controlled Absorption System; $Q_{\max}$ — максимальная скорость потока мочи; PSS — Международная шкала оценки симптомов заболеваний предстательной железы (International Prostate Symptom Score);

1. Michel M. et al. European Urology Supplements 4 (2005) 15–24; 2. Schulman CC et al. Eur Urol. 1999;36(6):609–20. 3. Djavan B. et al. Eur Urol Suppl. 2005;4(2):61–8. 4. Chapple CR et al. Eur Urol Suppl 2005; 4: 33–4
5. Michel MC. Et al. Eur Urol Suppl 2005; 4: 53–60. 6. Инструкция по медицинскому применению препарата Омник ОКАС (ЛС-000849 от 20.07.2022) доступна на сайте <https://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx>

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА

«Фармстандарт»: в нашей работе не бывает мелочей

С момента основания бренда «Фармстандарт» исполнилось 20 лет. Компания включена в перечень системообразующих организаций страны и сегодня является одним из крупнейших российских производителей, дистрибуторов и ведущих прямых поставщиков медикаментов на рынке государственных закупок. О развитии компании и планах на будущее мы поговорили с коммерческим директором АО «Фармстандарт» Сергеем Юрьевичем Душелыхинским.



Сергей Юрьевич
ДУШЕЛИХИНСКИЙ
Коммерческий директор
АО «Фармстандарт»

— По итогам 2023 года «Фармстандарт» оказался на первом месте среди российских производителей лекарственных средств (ЛС) и биологически активных добавок к пище (БАД) в натуральном выражении в коммерческом сегменте рынка. Таковы данные IQVIA Databases (розничный аудит ГЛС и БАД в РФ, данные собственного производства, без учета контрактного). Совокупные производственные мощности позволяют группе компаний «Фармстандарт» выпускать более 1,7 млрд упаковок в год. Как удалось достичь сегодняшних успехов и что значит быть лидером отрасли?

— Любое лидерство — это прежде всего колоссальный труд. Как бы громко это ни звучало, но, когда мы говорим о разработке, производстве и поставках лекарственных препаратов (ЛП), здесь нет второстепенных задач и процессов. Важен вклад каждого подразделения и сотрудника на каждом этапе работы.

Принимая наши препараты, миллионы людей доверяют нам свое здоровье, а иногда и свою жизнь. Пациент возлагает надежды на квалифицированную помощь докторов, медицинского персонала и лекарства, которые помогут сделать назначенную терапию эффективной. И мы обязаны оправдывать это доверие.

— Сколько наименований ЛП, включая жизненно необходимые и важнейшие (ЖНВЛП), находится сегодня в портфеле ГК «Фармстандарт»? Какие препараты и по каким нозологиям составляют его основу, в каком направлении планируется дальнейшее развитие?

— В целом в номенклатуре нашей компании насчитывается более 600 наименований препаратов, производимых и поставляемых на рынок России и шести стран СНГ. Мы находимся в постоянном развитии, расширяем

портфель. Только в прошлом году состоялись успешные лончи 14 продуктов, а за последние 5 лет компания зарегистрировала и вывела на рынок больше 50 новых ЛП. Среди наиболее заметных — линейка антибиотиков ЭКСПРЕСС в диспергируемой форме (амоксциллин + клавулановая кислота, амоксициллин, цефиксим, азитромицин, доксициклин), линейка офтальмологических препаратов для терапии глаукомы и других заболеваний (латанопрол, дорзоламид, травопрост, интерферон альфа-2b + дифенгидрамин, непафенак, метилэтилпиридинол). Активно выводим на рынок аналоги зарубежных препаратов для лечения ЛОР-заболеваний. Например, кетопрофен для полоскания горла, комбинированный препарат для терапии кашля на основе бромгексина с гвайфенезином и сальбутамолом, анальгетик против боли в горле на основе флурбипрофена.

Выводим на рынок препараты в сфере неврологии. Например, комбинированный

тарный щит против биологических угроз гражданам нашей страны. «Фармстандарт» выпускает широкий спектр антибактериальных препаратов (АБП), особенно в диспергируемой форме. Именно эту форму АБП отмечают в качестве приоритетной к назначению ВОЗ, ЮНИСЕФ, а также национальные клинические рекомендации. Производство АБП, в том числе не представленных сегодня в стране, — одно из приоритетных направлений нашего развития.

Также среди приоритетов — дальнейшее развитие линейки офтальмологических препаратов, не содержащих консервант бензалкония хлорид (обладает цитотоксическим действием). Это позволит улучшить качество жизни пациентов, вынужденных длительно, а порой и пожизненно, применять ЛП.

Большое внимание уделяем исследованию препаратов для самых маленьких пациентов. Обращаем внимание на то,



Стерильное производство глазных капель.
ЗАО «ЛЕККО», пос. Вольгинский



Производство жидких лекарственных форм.
ЗАО «ЛЕККО», пос. Вольгинский

препарат для нормализации циклов сна и бодрствования на основе мелатонина и растительных экстрактов, а также аналог корвалола без этилбромизовалерионата в составе.

Зарегистрировали препарат для терапии множественной миеломы на основе помалидомида. Проводим исследования и выводим на рынок ЛП для лечения эндокринных заболеваний. Уже в конце текущего года ожидаем получение регистрационного удостоверения на вилдаглиптин для лечения сахарного диабета 2-го типа и еще 4 продукта эндокринологической линейки. В 2024 году на нашей производственной площадке ОАО «Фармстандарт-Лексредства» в Курске был запущен новый цех по выпуску препаратов в форме мягких желатиновых капсул.

Сейчас процесс регистрации проходят свыше 50 ЛС по таким направлениям, как онкология, вирусология, оториноларингология, кардиология, терапия, гинекология, урология. Всего же в разработке на ближайшие годы находятся еще более 100 товарных позиций (SKU).

В фокусе нашего пристального внимания — антибиотикотерапия, ведь это сани-

чтобы в ЛП отсутствовали красители и ароматизаторы или же их содержание было существенно минимизировано. В апреле этого года выпустили на рынок Ибупрофен для детей без красителей и ароматизаторов, что очень важно, так как среди маленьких пациентов сейчас много аллергиков. Постоянно работаем над расширением лекарственных форм для детей — здесь важно учитывать и дозировку, и способ доставки действующего вещества. И, конечно, работаем над тем, чтобы значительная часть наших ЛП была доступна по цене самому широкому кругу потребителей.

Эти и другие проекты развиваем на наших производствах в Курске, где находится завод «Фармстандарт-Лексредства», в поселке Вольгинский Владимирской области, где работает инновационная компания «ЛЕККО», а также на наших предприятиях в Уфе, Томске и партнерской площадке в Калининграде.

— «Фармстандарт» уже много лет осуществляет полный цикл производства (включая синтез субстанции) ком-

плекса антигормонов Бусерелин-Лонг (бусерелин), Гозерелин-лонг (гозерелин) и Трипторелин-лонг (трипторелин) для лечения рака предстательной железы. Какие еще препараты, выпускаемые на производственных площадках компании или поставляемые ею на российский рынок, могут применяться для лечения урологических и онкоурологических заболеваний?

— На протяжении последних 10 лет мы активно развиваем онкологический портфель, в который входят собственные оригинальные препараты, дженерики, а также локализованные продукты. На нашей площадке «Фармстандарт-УфаВИТА» выпускаются цитостатики, гормональные и инновационные таргетные препараты. В круг наших партнеров входят многие международные фармацевтические компании — Merck, Amgen, Eisai, AbbVie, Johnson & Johnson, Astellas.

Уже со следующего года готовимся к поставкам произведенных на нашей площадке в Уфе препаратов из онкологического портфеля компании Pfizer — это Инлита (акситиниб), Итулси (палбоциклиб), Кскалори (кризотиниб), Бозулиф (бозутиниб) для лечения рака почки, молочной железы и легкого, а также хронического миелолейкоза.

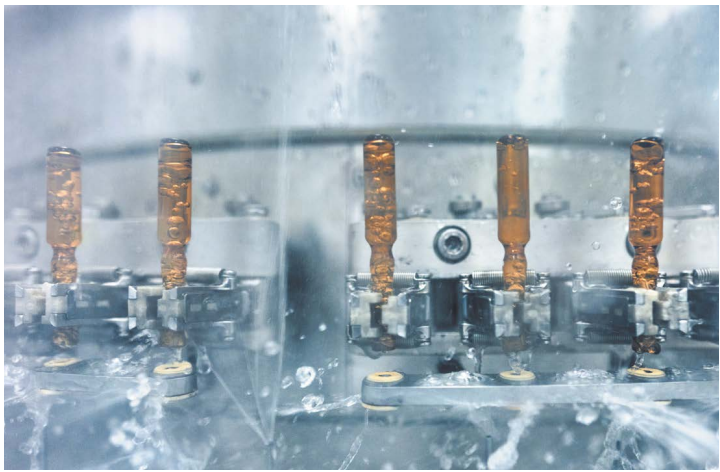
Осуществляем дистрибуцию противоопухолевых препаратов для лечения рака

предстательной железы: Эрлеада (апатамид) от компании Janssen (фармацевтического подразделения Johnson & Johnson) и Кстанди (энзалутамид) от компании Astellas.

Среди знаковых российских партнеров — такие высокотехнологичные компании, как «Биокад» и «Генериум». В линейке онкоурологических препаратов «Биокада» можно назвать Абиратерон, Бикалутамид, Цитувин, Новотакс и Гемцитар.

Производим по полному циклу, начиная с синтеза фармацевтической субстанции, Бусерелин-Лонг, Гозерелин-лонг и Трипторелин-лонг. Будучи агонистами гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ), они вызывают десенсибилизацию его рецептора, что приводит к длительному снижению выработки собственного тестостерона. Это помогает избежать операций у пациентов.

Я уже рассказывал о линейке наших АБП. В урологической практике, в частности, применяется цефиксим. Доксициклин Экспресс показан в том числе при инфекционных заболеваниях органов мочеполовой



Стерильное производство препаратов в ампулах на заводе «Фармстандарт-УфаВИТА», мойка ампул



Стерильное производство фактора свертывания крови F VIII на заводе «Фармстандарт-УфаВИТА»

системы, а Азитромицин Экспресс — при неосложненных инфекциях мочеполовых путей, вызванных *Chlamydia trachomatis* (уретрит и/или цервицит).

— В Уфе производятся препараты для лечения не только онкологических, но и орфанных заболеваний. Например, гемофилии А. Причем одно из первых упоминаний о гемофилии в истории медицины связано именно с урологической практикой. На заводе «Фармстандарт-УфаВИТА» выпускается препарат Эйтотплазм (фактор свертывания крови VIII, F VIII), предназначенный для больных гемофилией А и включенный в перечень ЖНВЛП.

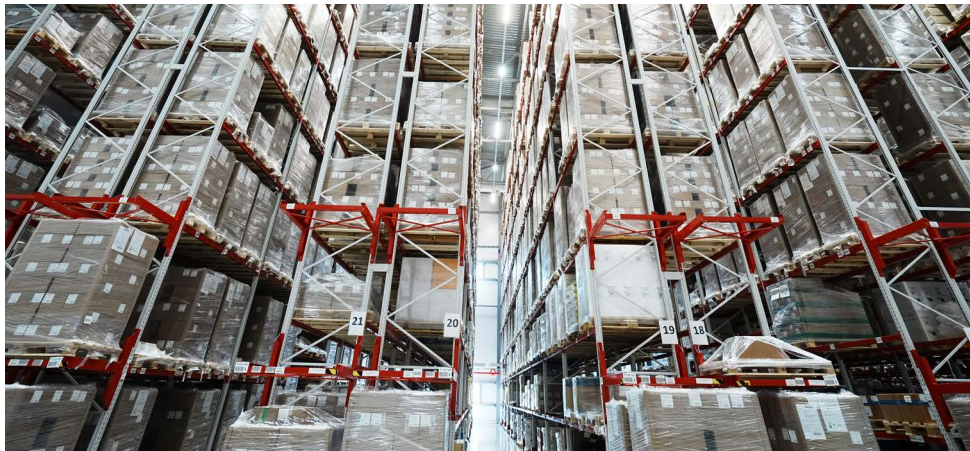
— Запуск этого проекта имеет огромное значение для нашей страны, так как это первое в России массовое производство плазматического фактора свертывания крови VIII в форме лиофилизата с торговым наименованием Эйтотплазм. Раньше 100 % потребности в нем обеспечивали импортные препараты. Крупносерийное производство плазматического F VIII мы запустили в конце 2022 года. Весной вышли на полную мощность.

В качестве сырья для F VIII используется криопреципитат. Одна из проблем, которая до сегодняшнего дня тормозила развитие этого сегмента, — недостаток сырья собственного производства. Дело в том, что в нашей стране криопреципитат изготавливается станциями переливания крови, но этого объема для промышленного выпуска недостаточно. В феврале 2023 г. распоряжением Правительства России была утверждена концепция увеличения заготовки плазмы крови для производства ЛП — к 2030 году мы должны выйти на уровень заготовки до 1,8 млн литров плазмы в год.

Эйтотплазм разработан в рамках реализации государственной стратегии по увеличению ожидаемой продолжительности и качества жизни населения, повышения доступности лекарственного обеспечения и является примером успешного импортозамещения. Эффективность и безопасность препарата мы изучали в ходе международного многоцентрового клинического исследования. В его рамках доказывались безопасность и профилактическая эффективность препарата, а также возможность применения Эйтотплазма для профилактики спонтанных и посттравматических кровотечений, снижения кровопотери при хирургических вмешательствах у пациентов с тяжелой формой гемофилии А. Руководил исследованием заведующий отделением травматологии и реконструктивно-восстановительной ортопедии для больных гемофилией ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России Владимир Юрьевич Зоренко.

В качестве следующего важного и логичного шага мы планируем развитие собственного производства альбумина и нормально-

го иммуноглобулина человека. С 2022 года «Фармстандарт» является владельцем 70 % доли в уставном капитале компании «Далиомфарма» (Республика Беларусь), здесь производятся ЛП и фармацевтические субстанции, получаемые из плазмы крови. Это жидкие стерильные лекарственные формы в виде растворов большого (более 100 мл) и малого объема (100 мл и менее). В июне на 27-м Петербургском международном экономическом форуме Правительство Москвы и «Фармстандарт» подписали соглашение о строительстве на площадке «Алабушево» в Зеленограде завода по производству базовых препаратов из плазмы крови человека. Инвестиции в реализацию проекта — порядка 18 миллиардов рублей. Максимальная мощность переработки плазмы — до 900 тонн в год. Этот объем позволит снять дефицит соответствующих препаратов в нашей стране.



Складские мощности компании «Фармстандарт»

— Есть ли в составе компании собственные научно-исследовательские центры или подразделения, в которых разрабатываются новые молекулы?

— В структуре нашей компании есть подразделения, отвечающие за НИОКР и R&D, также в этом отношении мы плотно работаем с компаниями «Биокад» и «Генериум». И, конечно, осуществляем сотрудничество по исследованию препаратов с ведущими российскими научно-исследовательскими институтами.

— Какие решения позволяют сохранить инновационность отечественной фармацевтики в современных реалиях?

— В конце 1990-х фармацевтическая промышленность нашей страны была фактически разрушена и, как и большинство производств, переживала труднейшие времена. В последние два десятилетия мы наблюдаем активный рост российского фармпроизводства. За относительно короткое время — 20 лет — фармацевтика по сути превратилась в одну из самых высокотехнологичных и наукоемких отраслей экономики. На наш взгляд, этому во многом

способствовала предыдущая стратегия развития отрасли «Фарма — 2020». Перед фармацевтическими компаниями стояла задача возрождения в России собственного производства ЛП. И, на наш взгляд, отечественная фарма с ней справилась. До развития инновационного производства нужно было сформировать работающий механизм производства по полному технологическому циклу дженериковых препаратов и локализации ЛС, находящихся под патентной защитой. С выходом на передний план потребности в собственных инновациях ведущую роль играют развитие науки и защита интеллектуальной собственности.

— Какие меры предпринимает компания, чтобы обеспечить национальную лекарственную безопасность страны в рамках реализации программы «Фарма — 2030»?

— Мы активно инвестируем в новое оборудование, технологии, обучаем людей, продолжаем выстраивать партнерские связи с иностранными компаниями, проходим сертификацию в соответствии со стандартами GMP, занимаемся развитием фармацевтической системы качества и повышением производственной эффективности.

За 20 лет нашей работы мы вложили в развитие более 65 млрд рублей. И еще 25 млрд рублей — наш инвестиционный план на ближайшую перспективу. Как я уже сказал, будем строить завод на территории Алабушево, а также новый производственно-складской корпус в Уфе, где намерены расширить выпуск препарата Фосфоглив, лиофилизированных форм, номенклатуры глазных капель, выпускаемых с применением технологии BFS, и начать производство ЛП в форме суппозиторий.

— Что у компании в приоритете — воспроизведение молекул и производство дженериков или разработка и выпуск собственных оригинальных ЛС?

— На наш взгляд, для сохранения устойчивости системы лекарственного

обеспечения важен баланс между собственными разработками и инновационными решениями, которые требуют существенных инвестиций, и развитием производства дженериковых препаратов как более доступной терапии, имеющей массовый характер.

— Насколько существенно повлияли на бизнес компании события двух последних лет и текущая ситуация в России? Удалось ли сохранить цепочки поставок? В какой степени усложнилась логистика? Насколько активно поддерживаются коммуникации с западными коллегами?

— Внутри нашей команды уже даже появилось выражение «дружественные компании из недружественных стран». Введенные против нашей страны санкции не были напрямую направлены на фармацевтическую отрасль. И многие наши партнеры продолжают реализацию своих проектов и выполняют взятые на себя обязательства, некоторые из этих компаний я перечислил выше. Часть партнеров передала бизнес швейцарскому дистрибьютору Swixx BioPharma.

Что касается логистических цепочек, конечно, нам пришлось их перестраивать. Но этот процесс связан не только с последними геополитическими событиями. Например, еще до 2022 года Индия и Китай стали основными поставщиками фармацевтических субстанций для российской фармы и многих других стран. Европейцы открывали в Индии заводы по синтезу первичной химии и затем уже использовали ее в собственном производстве. Сегодня Китай лидирует по вспомогательным материалам, а Индия — по производству первичной химии.

— Любой бизнес — это в первую очередь команда. Как компания готовит и подбирает кадры и какова сегодня их численность? Есть ли целевые программы подготовки молодых специалистов?

— «Фармстандарт» выступает индустриальным партнером по реализации прорывных проектов в рамках Евразийского научно-образовательного центра, у нас заключены соглашения с рядом вузов о целевом обучении, в том числе, например, с Уфимским университетом науки и технологий. На площадке нашего завода «Фармстандарт-УфаВИТА» открыта кафедра «Промышленная фармация» БГМУ, где также осуществляется подготовка специалистов в рамках целевого обучения.

В 2023 году «Фармстандарт» вошел в состав консорциума «Защита от биогенных факторов» в рамках программы стратегического академического лидерства «Приоритет — 2030» на базе РТУ МИРЭА. Площадка объединяет представителей академической и прикладной науки, коммерческой биопродукции для совместного решения задач, стоящих перед страной в области здравоохранения. Мы профинансировали ремонт лаборатории биосинтеза, где ежегодно будут проходить практическую подготовку до 120 молодых биотехнологов, обучающихся по программе бакалавриата. Для этого в лаборатории смоделированы условия, максимально приближенные к реальному фармацевтическому производству.

Без науки невозможно дальнейшее развитие фармпроизводства, появление новых технологий и собственных инновационных продуктов. Поэтому сегодня очень важно возвращать научные кадры, развивать программы по поддержке студентов и стимулировать их приход в фарму.

Искусственный интеллект в урологии: безграничные возможности несмотря на множество вопросов

← Окончание, начало на с. 4

урологу необходимо уметь ориентироваться в его пространстве и идентифицировать различные структуры по 2D- и 3D-изображениям. Это особенно проблематично для ординаторов и молодых специалистов. Более того, даже опытные урологи рискуют столкнуться с незнакомыми им анатомическими вариациями и снижением четкости видеохирургической картины. И тут на выручку приходит ИИ в качестве инструмента навигации при проведении мини-инвазивных и робот-ассистированных вмешательств.

Так, Liu и соавт. разработали и апробировали систему на основе ИИ для обнаружения и отслеживания в реальном времени положения устьев мочеточников при проведении цистоскопии с чувствительностью 0,902. Park и соавт. исследовали эффективность модели на основе глубокого обучения для сегмента-

ции структур малого таза при выполнении робот-ассистированной радикальной простатэктомии. Среднее значение DSC для обнаружения и сегментации мочевого пузыря, простаты и семенных пузырьков составило 0,74, 0,85 и 0,84 соответственно.

Zheng и соавт. использовали постпроцессинговую систему на основе глубокого обучения для коррекции изображения при проведении лапароскопических вмешательств с целью устранения таких искажающих факторов, как дым, размытие и запотевание линз. Данный подход статистически значимо снижал продолжительность пауз во время операции и беспокойство специалистов.

Этические и правовые аспекты

Разработка решений на основе ИИ и их популяризация — задачи не для одного от-

дельного специалиста, а для всего медицинского сообщества в целом. Как и всякая новая технология, ИИ имеет ряд ограничений и противоречий, которые следует учитывать. Открытым остается вопрос о необходимости получения информированного согласия пациентов на использование персональных данных в процессе обучения и тестирования моделей на основе ИИ. Если обосновать необходимость привлечения ИИ врач сможет достаточно легко, то объяснить больному, как именно нейросеть выстраивает причинно-следственные связи, будет затруднительно.

Прозрачность моделей на основе ИИ обратно пропорциональна сложности структуры выбранного алгоритма (эффект черного ящика). При использовании ИИ, в отличие от рутинного статистического анализа, невозможно определить силу корреляции отдельных признаков с изучаемым исходом. В качестве выхода из этой ситуации были предложены протоколы разработки ИИ-решений. Так, в 2021 году Kwong и соавт. описали протокол STREAM-URO (The Standardized Reporting of Machine Learning Applications in Urology — «Стандартизированная отчетность о применении машинного обучения в урологии») для решения трех задач:

- поощрение проведения высококачественных исследований и упрощение процесса экспертной оценки;
- улучшение воспроизводимости, сопоставимости и интерпретируемости результатов;
- расширение участия в машинном обучении и его понимания урологическим сообществом.

Наконец, необходимо соблюдать все меры для сохранения анонимности больных. В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» медицинская организация обязана обеспечивать их защиту, соблюдая право пациента на неприкосновенность частной жизни, личной и семейной тайны. На первый взгляд, последний пункт является тупиковым для заинтересованных в популяризации ИИ урологов. Преодолеть это противоречие поможет разработка мультицентровых открытых комплексов данных с полным удалением информации, позволяющей идентифицировать пациента, что вполне возможно при наличии соответствующего программного обеспечения. [🔗](#)

Список литературы находится в редакции

НОВОСТИ

И это все о нем: разговор о мужском здоровье

По сложившейся традиции в гостеприимном городе Сочи, который по праву считается здравницей мирового значения, 25–27 апреля 2024 года состоялся XX юбилейный конгресс с международным участием «Мужское здоровье», прошедший под девизом «Здоровый мужчина — крепкая семья».

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ЗАДАЧА

Конгресс собрал 1937 участников (более 2000 онлайн-подключений), причем не только из России. К мероприятию присоединились гости из Белоруссии, Казахстана, Узбекистана, Армении, а также Германии, Турции и ОАЭ. Программа состояла из 62 секций, где выступили 226 спикеров — не только урологов, но и врачей других специальностей, ведь, по мнению организаторов, сохранение и поддержание мужского здоровья — междисциплинарная задача!

Традиционно перед началом конгресса на ледовой арене Олимпийского парка прошел товарищеский хоккейный матч, где врачи — профессионалы в своем деле — продемонстрировали и на льду мастерство и волю к победе. Основное время не определило чемпиона. Однако по буллитам победу одержала команда «белых». Приятной неожиданностью стало награждение лучшего игрока матча по версии болельщиков ценным призом — уретероскопом от компании-спонсора!



Товарищеский хоккейный матч

ТОРЖЕСТВЕННОЕ ОТКРЫТИЕ

25 апреля состоялось торжественное открытие конгресса, во время которого прозвучали поздравления от ведущих ученых и политиков нашей страны в адрес организационного и исполнительного комитета, а также лично от президента общества «Мужское и репродуктивное здоровье» Армаиса Альбертовича Камалова. Был отмечен высокий уровень проведения мероприятия, направленного на укрепление здоровья мужского населения страны, а также, что обсуждаемая проблема вышла на государственный уровень. В частности, председатель Совета Федерации Федерального собрания



Награждение президента общества «Мужское и репродуктивное здоровье» — академика РАН А.А. Камалова

РФ Валентина Матвиенко прислала в адрес академика РАН А.А. Камалова почетную грамоту за большой вклад в развитие здравоохранения, медицинской науки и многолетнюю добросовестную работу.

На открытии конгресса состоялось награждение премией «Men's Health — 2024» людей, внесших неоценимый вклад в сохранение мужского здоровья в каждом уголке нашей Родины.

Помимо фундаментальных докладов и отчетов о достижениях в лечении мужских проблем речь на пленарных заседаниях шла об истории развития и становления урологии как специальности. Все секции были интересными и насыщенными, однако на некоторых было особенно многолюдно. Например, на заседаниях дискуссионного клуба «Мне не нравится мой пенис — от истинной проблемы до дисморфофобии» обсуждались не только вопросы хирургической коррекции, но и варианты психологической реабилитации подобных пациентов.

Не менее интересной и актуальной оказалась секция в формате интервью «Блогер в медицине — врач или селебрити?», где активно обсуждали важность и, самое главное, необходимость развития собственного «бренда» — врача! В качестве спикеров с большим опытом обмена информацией в социальных сетях выступили Н.К. Гаджиев, А.А. Бердичевская и основатель интернет-платформы UroWeb.ru — В.А. Шадёркина.

ОБМЕН ОПЫТОМ

Приглашенный уролог из Турции, профессор Эге Серафоглу, продемонстрировал собственный опыт установки импланта для утолщения полового члена. Также на конгрессе прошла секция по робот-ассистированной простатэктомии, в ходе которой академик Д.Ю. Пушкар блестяще выполнил соответствующую операцию с ее детальным разбором. Учитывая, что роботические вмешательства все активнее внедряются в рутинную практику, данный экспертный разбор вызвал большой интерес у участников секции.

В рамках юбилейного конгресса впервые был проведен урологический брейн-ринг, где за звание «умнейших» урологов России поборолось четыре команды под предводительством опытных капитанов: С.В. Котова, А.С. Панферова, А.М. Дымова и Н.К. Гаджиева. В финале уверенную победу одержала команда Наримана Казихановича Гаджиева. Надеемся, что урологический брейн-ринг будет обязательным мероприятием в рамках будущих конгрессов «Мужское здоровье».

В рамках XX конгресса «Мужское здоровье» проводился конкурс исследовательских работ молодых ученых. Их было прислано множество, но в финал вышли восемь лучших. При



Демонстрация робот-ассистированной простатэктомии под руководством академика РАН Д.Ю. Пушкаря

голосовании победителем стал аспирант кафедры урологии с курсом ИДПО ГБОУ ВО БГМУ Бедил Исупович Шамсов, приглашенный на конгресс в качестве спикера и модератора профильной секции. Приятно, что мероприятие сопровождалось множеством положительных отзывов и радостных моментов. Хотелось бы поблагодарить всех участников за незабываемые эмоции и уникальную атмосферу, которую они создали. Надеемся на новые встречи в теплом и уже ставшем родным городе Сочи в 2025 году!

Н.И. Сорокин, д.м.н., профессор

Как правильно написать научную медицинскую статью



Научная статья — это авторское произведение, описывающее результаты исследования, выполненного в рамках научной работы, прошедшее процедуру экспертного рецензирования и опубликованное в профессиональном научном издании. Так как же она пишется?

шаг| 01

Ответственный подход



“ Перед тем как начать, вспомните об ответственности за то, о чем собираетесь сообщить ”

предупреждает
Николай Владимирович ЖУКОВ,
д.м.н., профессор, руководитель отдела междисциплинарной онкологии ФГБУ «НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» Минздрава России, главный редактор газеты «Онкология сегодня».

Ведь публикации:

- общедоступны (через индексирование, циркуляцию журналов, онлайн-доступ они будут открыты для читателей длительное время);
- постоянны и неизменны. Вы не сможете переписать или отозвать обратно то, что уже опубликовано, кроме отдельных случаев ретракции текста для исправления данных, но это исключительная процедура;
- служат источником вторичных публикаций. На ваш материал будут ссылаться авторы других статей, промо-материалов компаний и монографий.

шаг| 05

Стиль статьи



“ Научная статья должна быть именно научной, а не наукообразной ”

предостерегает
Леонид Юльевич МОРГУНОВ,
д.м.н., профессор ФГАОУ ВО «РUDN», заведующий эндокринологическим отделением ГБУЗ «ГКБ имени А.К. Ерамишанцева ДЗМ», шеф-редактор газеты «Московская эндокринология сегодня».

Придерживайтесь научного стиля — функционального стиля литературного языка со свойственным ему рядом особенностей: предварительное обдумывание высказывания, монологический характер, строгий отбор языковых средств, тяготение к нормированной речи, активное использование терминов.

Нельзя перегружать статью терминами, даже самые сложные аспекты необходимо излагать максимально просто и доступно для понимания врачей общей практики и других специальностей. Используйте лексическое богатство языка, широко применяя синонимы, избегайте канцеляризмов и однокоренных слов.

шаг| 09

Обсуждение результатов



Проанализируйте полученные результаты. Обобщите их, сделайте выводы и необходимые пояснения. В отличие от раздела «Введение», развивайте мысль по принципу «от частного к общему» — от описания частных результатов к общим выводам.

- Можете повторить ключевые моменты из предыдущих разделов (цель исследования, гипотезы, методология).
- Объясните полученные результаты.
- Приведите возможные объяснения сходства и противоречий полученных вами данных с результатами других исследований.
- Обсудите соответствия полученных вами результатов с гипотезами, высказывавшимися на старте исследования.
- Расскажите об ограничениях исследования, проанализируйте отрицательные результаты.
- Опишите сферу возможного применения результатов.
- Оцените научный вклад исследования.
- Выскажите предположения о направлении будущих исследований.

шаг| 02

Выбор названия



Придумайте заголовок статьи. Ведь как вы лодку назовете, так она и поплывет. Заголовок должен быть кратким (не больше 10–12 слов, статьи с длинными названиями реже просматриваются и скачиваются), четким (отражающим главную тему статьи), информативным, быть понятным специалистам из других областей, содержать основные ключевые слова (буквально одно или два) и обходиться без аббревиатур (за исключением общепринятых).

Названия статей:

- По содержанию:**
- декларативно-описательные;
 - нейтральные (в общих словах);
 - вопросительные (подходят для обзоров и редакционных статей).
- По грамматической структуре:**
- простое номинативное предложение, например: «Клинический анализ методов визуализации в урологии»;
 - простое номинативное предложение из двух частей: «Интерстициальный цистит: о трудностях диагностики»;
 - полное предложение с подлежащим и сказуемым: «Как ведение дневника мочеиспусканий помогает урологу перепрограммировать поведенческие привычки пациентов с инфекциями мочевыводящих путей».

...симптом является проявлением характерного явления, лечение лекарственными средствами привело к излечению...

...больной жалуется на боль в низу живота, типичную для данного заболевания...

...не стоит злоупотреблять страдательным залогом („лечимые" вместо „лечащиеся", „используемые" вместо „использующиеся", „касаемо" вместо „касательно", „что касается")...

...и использовать наречие „значимо", применяющееся при оценке статистических данных, там, где по смыслу должно стоять „значительно" („жалоб стало **значимо** меньше")...

шаг| 03

Аннотация



Составьте аннотацию. Это основной первоначальный источник информации о статье, который живет отдельной жизнью, будучи размещенным вместе с другими метаданными на электронных ресурсах.

Совет: составить аннотацию будет легче после того, как вы напишете статью.

Аннотация должна:

- быть краткой — максимум 1200–2000 знаков с пробелами (150–250 слов) в зависимости от требований конкретного издания;
- содержать выжимку статьи, дословно не повторяющую предложения из нее;
- обходиться без сокращений (аббревиатур), которые раскрываются в самом тексте, и ссылок на источники.

Аннотации бывают структурированными (как правило, для описаний оригинальных исследований) и в соответствии с требованиями конкретного издания либо неструктурированными. Последние подразделяются на описательные (ограничиваются целями и задачами исследования без акцента на методы, результаты и выводы) и информационные, или справочные (строятся как краткая модель всей статьи).

шаг| 06

Введение



Опишите общую тему, цели, задачи, теоретическую и практическую значимость своей научной работы. Приведите наиболее авторитетные публикации по теме и обозначьте нерешенные проблемы. Информацию проще подавать по принципу «от общего к частному», следуя изложенному ниже плану.

- Сформулируйте исследуемую проблему и обоснуйте ее актуальность. Представьте свою научную работу как часть более широкой проблемы.
- Расскажите, что и как было сделано другими исследователями в данной области, опираясь на обзор литературы.
- Обозначьте исследовательскую лакуну — проблемную область, в которой:
 - научные работы еще не проводились, потому что аспект был не замечен или проигнорирован;
 - результаты разных исследований противоречат друг другу;
 - нужно продолжить или расширить научные работы, поскольку их было недостаточно.
- Назовите цели и задачи исследования.
- Анонсируйте полученные результаты.

Включите в него главные идеи основного текста. Не повторяйте формулировки, приведенные в предыдущих разделах. Часто в этом разделе практически дословно повторяют аннотацию, но это неправильно.

шаг| 10

Заключение

- Сравните полученные результаты с теми, которые ожидались изначально.
- Продемонстрируйте их новизну и практическую значимость.
- Укажите ограничения, возникавшие в ходе исследования.
- Приведите выводы и рекомендации.
- Обозначьте основные направления дальнейших исследований в данной области.

шаг| 11

Благодарности

Выразите признательность коллегам, оказавшим помощь в ваших научных изысканиях (желательно с их разрешения). Часто благодарят анонимных рецензентов, чьи замечания позволили улучшить качество работы. Считается обязательным упоминание источников финансовой поддержки, спонсорства фармкомпаний. Необходимо сообщить, за счет каких грантов и контрактов реализовано данное исследование, а также заявить об отсутствии конфликта интересов и наличии информированного согласия пациентов на участие в исследовании.

шаг| 04

Ключевые слова



Перечислите ключевые слова (5–10). Они составляют семантическое ядро статьи, содержат основные концепции и понятия, описывающие исследуемую проблему. Ключевые слова должны отражать дисциплину (область науки), тему, цель и объект исследования. Избегайте широких, многозначных понятий.

шаг| 07

Материалы и методы



Опишите последовательно использовавшиеся (как правило, для описаний оригинальных исследований) материалы и методы, а также обоснуйте выбор данной конкретной методологической базы. На основании этой информации рецензенты и читатели оценивают надежность и достоверность полученных результатов.

- Опишите общую схему эксперимента (исследования) и исходные материалы для детализации каждого шага, чтобы можно было воспроизвести его по тексту статьи, получив те же результаты.
- Приведите ссылки на источники и расскажите о модификации стандартных методов.
- При использовании собственного нового метода дайте необходимые разъяснения.

шаг| 08

Результаты



Представьте и опишите экспериментальные или теоретические данные, полученные в ходе исследования, в виде:

- текста (вербальное представление);
- таблицы (полувербальное представление);
- рисунков (визуальное представление).

Все три варианта должны дополнять, но не повторять друг друга. Каждый график и таблица описываются в тексте. Текстовое описание содержит сообщение о том, что именно представлено в виде графика или рисунка, в чем состоят характерные особенности данного иллюстративного материала и как следует интерпретировать общие тенденции. Иллюстрации присылают в указанном издательством формате (фотографии и рисунки прикрепляют к электронному письму отдельными файлами, а не вставляют в текст статьи).

шаг| 12

Список литературы

Составьте его, чтобы иметь возможность признавать и использовать идеи других авторов, избегая обвинения в плагиате, а также чтобы продемонстрировать масштаб и глубину исследования и помочь читателю быстро найти источники материалов, на которые вы ссылаетесь.

- Приводите ссылки на высокоцитируемые источники: MEDLINE, PubMed, Scopus, Web of Science с DOI и URL.
- Не включайте в список неопубликованные данные, старые и «невидимые» в интернете монографии, абстракты, аннотации и диссертации, нерезцензируемые издания, ретрагированные (отозванные) статьи.
- Не превышайте норму самоцитирования — не более 3–5 ссылок для обзора.
- Соблюдайте правила описания источников литературы в соответствии со стилем, принятым в данном медицинском издании. Обычно используются два стиля: ванкуверский (список по порядку следования ссылки в тексте) и гарвардский (по алфавиту, в тексте — фамилия первого автора и год выхода).

Врач будущего. Проект больших амбиций

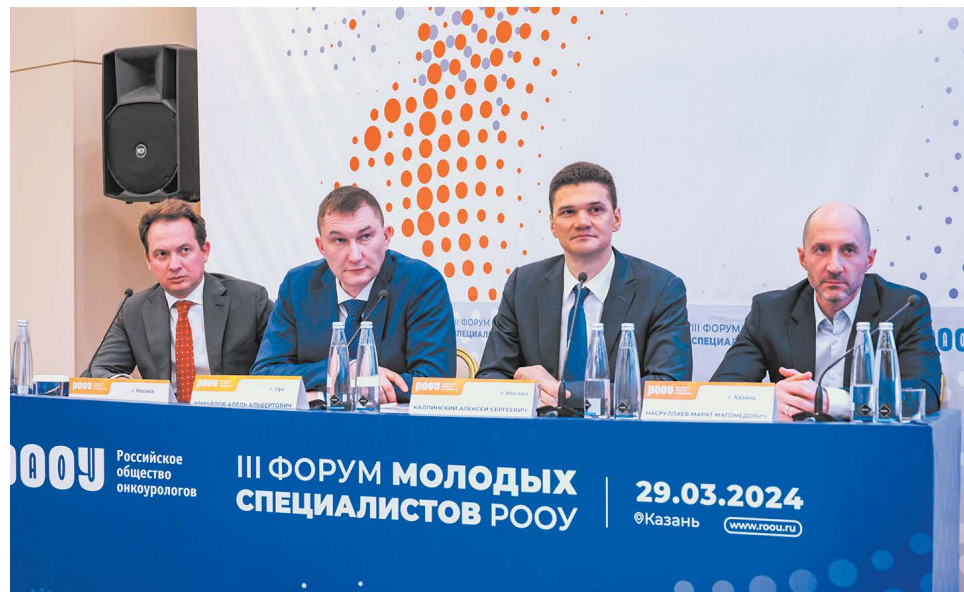
Подведены итоги программы «Врач будущего», которую уже второй год проводит Российское общество онкоурологов (РООУ). Программа ориентирована на практикующих специалистов преимущественно молодого возраста (до 40 лет), имеющих собственный клинический опыт. Рассказываем о проекте и победителях.

Хорошая смена

В проекте «Врач будущего» с молодыми учеными работали профессора Александр Викторович Говоров, Евгений Валерьевич Шпоть и Константин Борисович Колонтарев, а также кандидаты медицинских наук Сергей Александрович Рева, Александр Михайлович Попов, Алексей Сергеевич Калпинский, Мария Владимировна Беркут и Константин Андреевич Фирсов. В качестве приглашенных экспертов выступили заслуженный врач России, доктор медицинских наук Валерий Иванович Широкоград, а также кандидаты медицинских наук Нина Андреевна Горбань и Дмитрий Сергеевич Михайленко.

«Приятно видеть ребят, которые идут в ногу со временем. Не только они у нас учатся, но и мы учимся у них очень многому и возлагаем на них большие надежды, нам нужна хорошая смена», — отметил В.И. Широкоград в ходе мероприятия TumorBoard, где обсуждались клинические случаи, представленные участниками программы «Врач будущего», и был выбран победитель, торжественно награжденный 29 марта 2024 года на Форуме молодых специалистов РООУ в Казани.

Обсуждение клинических кейсов в рамках TumorBoard было непростым, но очень полезным как для самих спикеров, так и для председателей секций. «Не только докладчики, но и оценивавшие их выступления специалисты получили огромное удовольствие, узнали нечто новое, сделали задел на будущее и просто насладились профессиональным общением друг с другом», — подчеркнул Константин Борисович Колонтарев при подведении итогов.



За два года в программе «Врач будущего» для публичного обсуждения были приняты 140 уникальных клинических случаев, 50 из них проанализированы вместе с экспертами в профессиональной аудитории. За два года 15 молодых специалистов были награждены на торжественных церемониях, состоявшихся на II и III Форумах молодых ученых, в которых победители программы участвовали за счет средств РООУ. «Однако программа «Врач будущего» не завершается церемонией награждения, все молодые ученые остаются в фокусе нашего внимания, и большинство подавших заявку на включение в проект в конечном итоге вовлекаются в научную деятельность РООУ», — отметила председатель регионального отделения РООУ М.В. Беркут.

За два года более 40 участников программы были поощрены грантами РООУ для участия в отечественных профессиональных событиях — мероприятиях РООУ в качестве докладчиков или гостей, а также в Школе мастерства публичного выступления, организованной в 2023 году совместно с Creative Writing School (CWS) специально для молодых ученых. В 2024 году аналогичная школа пройдет 23 августа в Санкт-Петербурге.

Все клинические наблюдения и записи состоявшихся мероприятий TumorBoard доступны на сайте <https://roou.ru/>. Обратите внимание, что для просмотра контента требуется регистрация на сайте или активное членство в РООУ (для TumorBoard — по редким опухолям). Заходите на сайт, регистрируйтесь, присоединяйтесь к нам.

Как все происходит

«Многие терпят неудачу прежде всего потому, что их мечты недостаточно смелые и нет стратегии их воплощения в жизнь. Следующее поколение лидеров — это не только знатоки современных технологий; это храбрые любознательные люди, жаждущие новых идей и слишком нетерпеливые, чтобы ждать», — заявлял Джон Чемберс, бывший глава международной компании Cisco, которая за несколько десятилетий под его руководством выросла до самой дорогой корпорации в мире, превратившись в лидера в сфере высоких технологий.

Программа «Врач будущего» — проект развития следующего поколения лидеров (next generation). Она создает платформу для прямого взаимодействия молодых специалистов с ведущими онкоурологами. Молодые врачи не только получают опыт публичного выступления в TumorBoard, но и вместе с наставниками работают на Форуме молодых ученых. «Мы видим, что в результате такого взаимодействия молодые специалисты получают новые предложения по работе и учебе, впоследствии становятся лекторами и менторами школ, — сообщил исполнительный директор РООУ Баходур Шарифович Камолов. — Важно, что РООУ создает условия для реализации профессиональных устремлений, а молодые ученые умеют ими воспользоваться».

Программа «Врач будущего» адресована практикующим специалистам преимущественно молодого возраста (до 40 лет) с собственным клиническим опытом. Клинические наблюдения, направленные заявителями, проходят предпубликационный отбор и размещаются на сайте РООУ (октябрь – ноябрь).

По результатам экспертной и публичной оценки отбираются кейсы для рассмотрения в TumorBoard совместно с профессиональным жюри и приглашенными специалистами (январь – март). Победившие по итогам обсуждения кейсов в TumorBoard приглашаются для очного участия и торжественного награждения на Форуме молодых специалистов РООУ. ¹

Алла Солодова



Победители 2024 года

«В этом проекте стерты географические границы, что, безусловно, дает преимущество многим врачам, которые нередко ограничены в возможностях собственной профессиональной реализации из-за удаленности от федеральных центров», — подчеркнула М.В. Беркут.



**Саяна Георгиевна
МИХАЙЛОВА**

Уролог отделения онко-
урологии ГБУЗ «Бурятский
республиканский клинический
онкологический диспансер»,
Улан-Удэ

«Семья с синдромом фон Гиппеля — Линдау».



**Александр Валерьевич
АРНАУТОВ**

Уролог отделения андрологии
и онкоурологии № 6 ФГБОУ ВО
«Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский
университет им. академика
И.П. Павлова» Минздрава России

«Лечение лимфореи после нефрэктомии с парааортальной лимфодиссекцией»



**Анастасия Владимировна
РАТОБОЛЬСКИХ**

Онколог химиотерапевтического
отделения № 3 ГАУЗ ТО МКМЦ
«Медицинский город», Тюмень

«Третья линия терапии метастатического уротелиального рака: терапия отчаяния или шанс контроля?»



**Диана Тимуровна
КАБИРОВА**

Ординатор ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург

«Первично-множественные синхронные злокачественные новообразования почки и поджелудочной железы: трудный дифференциальный диагноз»



**Иван Алексеевич
РОЖКОВ**

Радиотерапевт дневного радиотерапевтического стационара
ФГБУ «НМИЦ онкологии
им. Н.Н. Блохина» Минздрава
России, Москва

«Метастаз-направленная лучевая терапия: 5 лет контроля над болезнью»



**Дарья Дмитриевна
КАДЫРОВА**

Онколог и уролог отделения
онкогинекологии КГБУЗ «Красно-
ярский краевой клинический онко-
логический диспансер
им. А.И. Крыжановского»

«Опыт лечения пациента с метастатическим раком мочевого пузыря и мутацией в генах *FGFR*»

Специальные призы

Номинация «Признание коллег»



**Нурлан Кыстаубекович
ЖУМАБАЕВ**

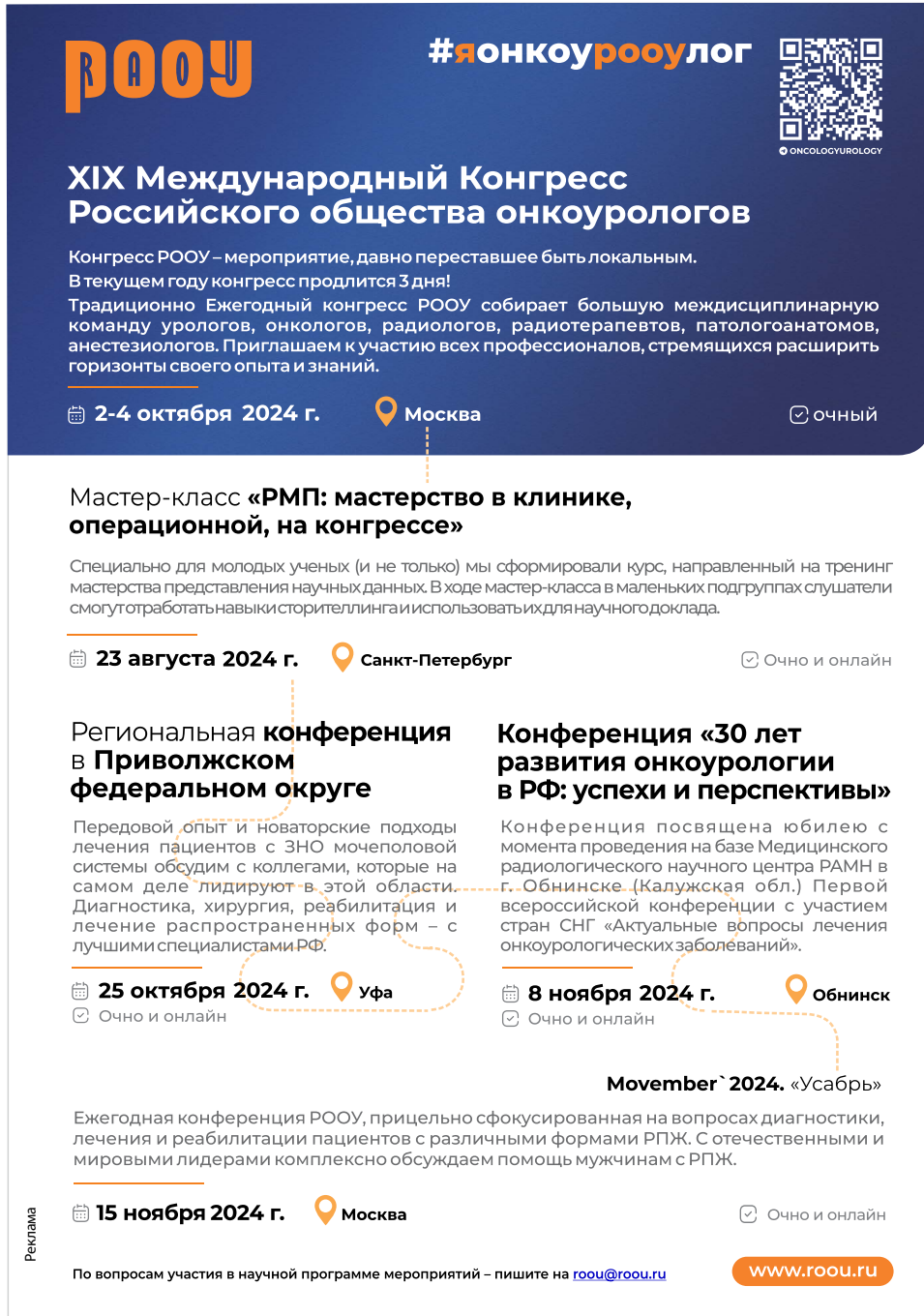
Онкоуролог ФГБУ
«НМИЦ онкологии
им. Н.Н. Блохина»
Минздрава РФ, Москва

Номинация «Приз экспертной симпатии»



**Карим Рашитович
ИСЛАМОВ**

Онколог ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер Минздрава Республики Татарстан им. профессора М.З. Сигала», аспирант кафедры онкологии, радиологии и паллиативной медицины Казанской государственной медицинской академии — филиала ФГБОУ ДПО «РМАНПО Минздрава России», Казань



Достижения и проблемы урологической службы Ростовской области

← Окончание, начало на с. 1

— Одной из основных проблем я считаю оснащение кабинетов в медицинских организациях, отдаленных от областного центра. Нередко оно не соответствует современным стандартам, что ведет к весьма ограниченному количеству выполняемых диагностических исследований, в том числе малоинвазивных оперативных вмешательств.

Основной объем медицинской помощи по профилю «урология» по-прежнему выполняется в крупных медицинских организациях Ростова-на-Дону и Ростовской области, где сосредоточены самое современное оборудование и кадры, обладающие необходимой компетенцией. В этой связи совместно с минздравом Ростовской области разрабатываем меры, направленные

на улучшение материально-технического обеспечения медицинским оборудованием, инструментарием и расходными материалами всех — подчеркну! — звеньев нашей службы.

Вторая проблема — это воспитание и обучение кадров. Мы смотрим вперед и понимаем, что через 10–20 лет нынешняя молодежь будет на гребне волны,

в том числе и на руководящих должностях. И очень важно, чтобы тот накопленный уже несколькими поколениями моих коллег опыт и те силы, которые были вложены в развитие урологической службы Ростова-на-Дону в последние 50 лет, сегодня и завтра продолжали приносить пользу нашим больным! 🙏

Александр Рылов, к.м.н.

НОВОСТИ

«Уральские встречи»: новая эпоха в междисциплинарном подходе к лечению тазовой боли

← Окончание, начало на с. 1

Иностранные спикеры

Помимо отечественных докладчиков в конференции участвовали также иностранные спикеры, в том числе:



* Раджеш Танеджа (Rajesh Taneja), президент Общества по борьбе с болью в мочевом пузыре и интерстициальным циститом (Global Interstitial Cystitis, GIBS/Bladder Pain Society, Индия), который рассказал о последних достижениях в лечении интерстициального цистита и мочепузырного БС.



* Марк Бир-Гейбл (Marc Beer-Gabel), директор отделения нейрогастроэнтерологии и тазовых дисфункций одной из ключевых больниц Израиля — Ланиадо (Laniado Medical Center), профессор медицинского колледжа Адельсона при университете Ариэля (Medical School Adelson, Ariel University, Израиль), представил доклад о дифференциальной диагностике и комплексном подходе к лечению аноректального БС.



* Элис Де (Elis De), профессор урологии Медицинского колледжа Олбани (Albany Medical College) и директор междисциплинарного центра патологии малого таза (Нью-Йорк, США), председатель группы по тазовой боли Международного общества по проблемам мочеиспускания (ICS), поделилась рекомендациями о применении ботулотоксина при миофасциальном синдроме, вульводинии и интерстициальном цистите

Конференция была насыщена содержательными и полезными в практическом отношении докладами и активным междисциплинарным диалогом, которые расширили устоявшиеся представления о хронической тазовой боли в урологии.



Около 200 участников «Уральских встреч» присутствовали очно, и еще более 300 специалистов присоединились онлайн



Докладчики выступали с большим энтузиазмом, делясь своими знаниями, исследованиями и клиническими случаями



Атмосфера конференции была удивительно вдохновляющей

Итоги «Встреч»

Основные выводы «Уральских встреч» можно сформулировать следующим образом:

1. Биопсихосоциальный подход, диктуемый современными рекомендациями по лечению хронической тазовой боли, может быть реализован на практике путем более активного привлечения психотерапевтов, психиатров и физических терапевтов, в том числе для поддержки пациента в модификации образа жизни.

2. Нейропатия тонких волокон (трудно диагностируемая и малоизученная) может быть одной из причин развития хронических болевых синдромов.

3. Скелетно-мышечные нарушения часто сопутствуют хронической тазовой боли, в том числе у урологических пациентов.

4. В некоторых случаях хроническая тазовая боль связана с сосудистой патологией и требует привлечения сосудистых хирургов.

5. Сегодня нет стандартизированных клинических рекомендаций по диагностике и лечению синдрома хронической тазовой боли.

Ольга Плеханова

Урология сегодня № 2 (77) 2024

УЧРЕДИТЕЛЬ

ООО «Издательский дом «АБВ-пресс»
Директор: Леонид Маркович Наумов

РЕДАКЦИОННАЯ ГРУППА

Главный редактор: Дмитрий Юрьевич Пушкарь
Шеф-редактор: А.Н. Берников
Выпускающий редактор: И.В. Ковалева
Руководитель контент-группы: О.А. Строковская

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

К.м.н. Б.Ш. Камолов
Д.м.н., проф. А.З. Винаров
Д.м.н. А.В. Говоров
К.м.н. А.А. Серегин
А.А. Киричек
О.А. Плеханова

РУКОВОДИТЕЛЬ ПРОЕКТА

Н.А. Ковалева
n.kovaleva@abvpress.ru

ВЕРСТКА

Дизайнер-верстальщик:
С.С. Крашенинникова
Корректор: И.Г. Бурд

ПЕЧАТЬ

Отпечатано в типографии
ООО «Юнион Принт».
Нижний Новгород, Окский съезд, д. 2, к. 1.
Заказ № 241899.
Общий тираж 5 000 экз.
АДРЕС РЕДАКЦИИ
115478, Москва, Каширское шоссе,
24, стр. 15. Тел. +7 (499) 929-96-19
E-mail: abv@abvpress.ru

РАСПРОСТРАНЕНИЕ

По подписке. Бесплатно.
Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).
Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-36927 от 21.07.2009.
Категорически запрещается полная или частичная перепечатка материалов без официального согласия редакции. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Ответственность за достоверность рекламных объявлений несут рекламодатели.

www.abvpress.ru