



Дорогие наши коллеги и друзья!

XXI век по праву считается веком информации. Коллектив НИИ урологии, как головного федерального учреждения урологии России, постоянно участвует в создании информации, освещающей результаты научных и клинических достижений в урологии. Это осуществляется в наших печатных изданиях – журнале «Экспериментальная и клиническая урология» (включен в Перечень ВАК), «Международном реферативном журнале **«Урология»**»; интернет-проектах – **Uro.ru, UroWeb.ru, Ecuro.ru**. Мы постоянно создаем новые проекты, в том числе мультимедийные, примером которых является урологическое телевидение – **Uro.TV**.

Сегодня Вы взяли в руки первый выпуск «Дайджеста урологии» - нашего нового издания, с помощью которого мы хотели донести до широкой аудитории те события, которые произошли в мировой и отечественной урологии за предшествующие месяцы. Материал, размещенный в Дайджесте, является печатной версией интернет публикации.

Мы считаем, что такая форма подачи материала необходима и востребованна, потому что не все урологи пользуются интернетом, не у всех есть возможность ознакомиться с интересным тематическим материалом.

В «Дайджесте урологии» новости и статьи будут изложены в простой и доступной печатной форме. Мы надеемся, что он займет свое место в ряду урологических изданий и представит много полезной, познавательной профессиональной информации всем нашим коллегам.

Желаем Вам приятного чтения!

Директор ФГБУ «НИИ урологии» Миндравсоцразвития России
д.м.н., профессор Аполихин Олег Иванович

Всероссийская Школа с международным участием «Малоинвазивные методы лечения рака предстательной железы и рака почки 29-30 марта 2012 года» в цифрах

46 сотрудников НИИ урологии были задействованы в подготовке

3600 часов длилась подготовка к конференции

23 совещания по подготовке было проведено

16 часов длилась Школа

242 участника

Из **25** городов

8 стран

6 иностранных лекторов

34 отечественных лектора

34 доклада

18 часов длилась прямая трансляция

10 тематических видеороликов

370 урологов смотрели on-line трансляцию на сайтах **Uro.ru, Uro.TV**



26 октября 2012 года
на базе НИИ урологии состоится конференция
«Нейроурология. Проблемы нарушения мочеиспускания»

Журнал «Экспериментальная и клиническая урология», выпускаемый под эгидой НИИ урологии, включен в Перечень российских рецензируемых научных журналов, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций (Перечень Высшей аттестационной комиссии (ВАК). Заключение Президиума от 25.05.12 № 22/49. Номер журнала ЭКУ в Перечне – 2135.

Здравоохранение как большой бизнес



18 июня 2012 года в НИИ урологии состоялся круглый стол, посвященный экономическим вопросам в урологии.

В мероприятии принял участие Дэвид Фредерик Пенсон* с докладом «Стоимость лечения локализованного рака простаты в США: Здравоохранение как большой бизнес».

Профессор отметил, что общие затраты на лечение РПЖ в 1996 году составили 2,7 млрд долларов, в 2000 г – 4,5 млрд, а в 2005 – 6,8 млрд долларов. Ежегодный прирост составил 11%. Увеличению расходов способствует изменение тактики лечения пациентов, выбор врачами более дорогих методов (робот-ассистированной хирургии, злоупотребление гормонотерапией и т.д.), навязывание мнения компаниями-производителями, их агрессивная маркетинговая политика, борьба отдельных урологов и целых клиник за пациентов.

Сенсационным стало цитирование профессором высказывания Ezekiel Emanuel, MD Vice Provost, Университет Пенсильвании и специального советника Президента Обамы о том, что «... Робот da Vinci, который стоит более миллиона долларов, до сегодняшнего дня не имеет ни одного рандомизированного исследования, подтверждающего его реальную эффективность в хирургии простаты, он является псевдоинноваци-

ей — технологией, которая повышает стоимость лечения, но не улучшает здоровье пациентов».

Затраты на робот-ассистированную радикальную простатэктомию (РАРПЭ) включают:

- Стоимость системы daVinci: \$1,5-1,8 миллиона (46.500.000-55.800.000 рублей)
- Ежегодное обслуживание: \$100,000 (3.100.000 рублей)
- Расходное оборудование: стоимость различная

Возможная экономия:

- Снижение необходимости в гемотранфузии
- Уменьшение послеоперационного койко-дня
- Более быстрое восстановление
- Снижение процента осложнений

В Швеции было проведено единственное исследование по оценке затрат-эффективности роботической РПЭ (77 операций) по сравнению с открытой РПЭ (145 операций) у пациентов с РПЖ в стадии T1-T2 (Hohwu, et al, J Med Econ, 2011). Ученые отметили отсутствие различий в восстановлении эрекции, качестве жизни пациентов, при наличии очень большой затратной части РАРПЭ.

Проф. Д. Пенсон отметил, что стоимость лечения РПЖ в США непомерно высока. Инвестиции в новые технологии – робот-ассистированную хирургию – могут оказаться совершенно неоправданными.

*Профессор урологии, директор курса клинко-экономического анализа университета Ванедербиля, Теннесси, США, Председатель Совета политики здравоохранения и член комитета по клиническим рекомендациям Американской Урологической Ассоциации, личный советник президента США Б. Обамы по вопросам экономики здравоохранения.

Экономические вопросы урологии в России

Социальные планы Правительства РФ сильно зависят от стоимости барреля нефти – если сейчас стоимость составляет около 100 долларов, то социальные обязательства вполне реализуемы. Но, **если в результате финансового кризиса стоимость барреля нефти снизится хотя бы до 75 долларов или ниже, наступит крах для социальных планов Правительства РФ.**

НИИ урологии, как головное федеральное учреждение в области урологии, оказывает высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП), до 90% которой составляют малоинвазивные технологии. Оказание ВМП в России неуклонно растет – так, например, **в 2006 году по ВМП было пролечено 128 тыс. человек, а только за половину 2012 года – уже 358 тыс. человек** (данные доклада Минздравсоцразвития РФ, 2012). Выросло и количество расходов на 1 пациента, пролеченного по ВМП – с 99,9 тыс рублей в 2007 году до 138,5 тыс рублей в 2011 году. Все это повлекло увеличение расходов федерального бюджета на оказание ВМП – с 9,9 млрд рублей в 2006 году до 51,79 млрд рублей в 2012 году.

Но в существующей системе ВМП тоже есть проблемы. Основные – это включение в ВМП новых методов лечения без улучшения результатов лечения, нормативы затрат на ВМП определены эмпирическим путем по профилю специальности, без учета особенностей заболевания и характера его лечения. Так например,

реальная стоимость лазерной абляции простаты при ДГПЖ составляет 191910 рублей (а по нормативам затрат на ВМП согласно Приказу Минздравсоцразвития РФ № 1248н от 31.12.2010 – 71800 рублей), перкутанная нефролитолапаксия при камнях почек – 133195 рублей (по нормативам – 71800 рублей).

В этой ситуации, отметил докладчик, необходимо вывести из ВМП виды лечения, которые могут быть отнесены к специализированной помощи, а ВМП должно стать системой контроля качества этого вида помощи. Для этого необходимо создать методологически обоснованные центры специализированной помощи.

В России эта модель уже реализована в Воронежской области, где используется подход не по обращаемости пациентов, а по выявляемости заболеваний; в организации различных этапов и уровней оказания урологической помощи четко распределены роли и участники всего процесса; созданы межрайонные центры; стандартизированы все виды обследования и лечения пациентов.

Большое внимание уделяется врачам-специалистам – проводится обучение воронежских урологов в НИИ урологии, осуществляется выезд специалистов из НИИ урологии в Воронежскую область с проведением показательных операций, чтением лекций, научных конференций и т.д. Специалистами НИИ урологии разработаны методические пособия для специалистов всех уровней

– начиная от среднего медперсонала, заканчивая главными врачами. С целью улучшение взаимодействия урологами НИИ урологии используются телемедицинские технологии – Скайп, интернет.

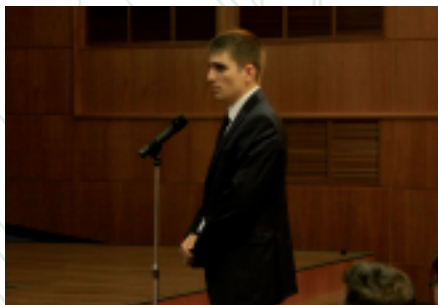
Программа показала свою эффективность, ею заинтересовались и другие регионы России. Достигнуто соглашение либо уже начата реализация Программы еще в 15 регионах РФ.

В заключение, докладчик д.м.н. М. Катибов отметил, что оптимизировать систему ВМП можно несколькими путями – усилением роли первичной профилактики, улучшение логистики пациентов через создание стандартов и этапов медицин-

ской помощи, приданию ВМП роли индикатора специализированной помощи.

Формат круглого стола этого мероприятия был выбран не случайно – он позволил в непринужденной и неформальной обстановке совместно изучить экономические аспекты урологии, провести весьма жаркую дискуссию, задать вопросы (и он-лайн, и офф-лайн), получить ответы экспертов в области экономики, сравнить американскую и российские системы здравоохранения.

Несомненно, урологи, посетившие круглый стол, получили принципиально новые знания и сохраняют интерес к этой теме в будущем.



**18 июня 2012 года НИИ урологии. Круглый стол
«Экономические аспекты в урологии»**

Спасительная фокальная HIFU-терапия при местном рецидиве рака предстательной железы после наружной лучевой терапии

Дата публикации в интернете 24 января 2012 года



Безопасность и профиль осложнений спасительной фокальной терапии с использованием высокоинтенсивного сфокусированного ультразвука (HIFU) в лечении рака предстательной железы (РПЖ) стали предметом изучения для Н. S. Ahmed с соавторами.

Анализ базы данных за период с 2004 по 2009 год, включавшей 430 пациентов, выявил 39 пациентов, которым проводили спасительную фокальную HIFU-терапию по поводу местного рецидива РПЖ после наружной лучевой терапии. Для уточнения локализации процесса выполнялось мультимодальное магнитно-резонансное исследование в сочетании с трансперинеальной шаблонной биопсией простаты с картированием или трансректальной биопсией. Биохимический рецидив определяли по критериям Phoenix (уровень надипростатспецифического антигена (ПСА) плюс 2 нг/мл) и Штутгарта

(надир ПСА плюс 1,2 нг/мл), а функциональные результаты оценивали по результатам опросников.

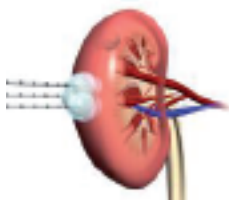
Результаты показали, что средний уровень ПСА до HIFU-терапии составил 4,6 нг/мл. Медиана наблюдения равнялась 17 месяцев. Баллы по МИЭФ снизились с 18 ± 16 до 13 ± 21 через 6 месяцев, что отражает ухудшение эректильной функции. Число пациентов, не пользующихся прокладками, у которых не было недержания мочи, составляло 64%, а при последнем наблюдении это число увеличилось до 87,2%.

У одного пациента развился уретро-ректальный свищ, который спонтанно закрылся после дериивации мочи и кала. 1- и 2-летний показатель выживаемости, свободной от прогрессии (включая пациентов, у которых не наблюдалось снижения уровня ПСА), по критериям Phoenix составил 69% и 49%, соответственно. При исключении пациентов, у которых не снижался уровень ПСА, эти показатели составили 74% и 58%.

Авторы уверены, что «...спасительная фокальная HIFU-терапия является потенциальной стратегией для лечения местного рецидива РПЖ после лучевой терапии». Она позволяет снизить осложнения и сохранить не только жизнь пациента, но и ее качество.

Методы и условия выбора минимально-инвазивной хирургии в лечении небольших опухолей почек

Дата публикации в интернете 2 февраля 2012 года



Выбор малоинвазивной хирургии в лечении небольших опухолей почек

Рост случаев выявления почечно-клеточного рака (ПКР) подтолкнул медицину к развитию новых минимально-инвазивных, органосохраняющих методик лечения рака почки (РП). Уже сейчас лапароскопическая резекция почки является методом выбора при лечении этого заболевания. Однако у минимально-инвазивных методов лечения РП остается немало «белых пятен», в частности – по показателю выживаемости.

Отсюда понятен пристальный интерес журнала «Европейская урология», поместившего подробный обзор литературы, выполненный Roman Heuer и посвященный лечению РП методами минимально-инвазивной хирургии (лапароскопическая нефрэктомия и резекция, термоабляция, роботизированная хирургия и наблюдение).

Открытая и лапароскопическая резекции почки показали одинако-

вые данные в отношении отдаленных результатов. Почечная недостаточность, определяемая по скорости клубочковой фильтрации, чаще развивалась после радикальной нефрэктомии, чем после резекции почки. Соответственно, методом выбора при небольших опухолях почек являются органосохраняющие операции. У некоторых пациентов альтернативой является термоабляция, криотерапия и активное наблюдение.

Вывод автора может показаться ординарным: **лапароскопическая резекция почки может считаться стандартом лечения при большинстве органограниченных опухолей, а среди органосохраняющих методов, резекция почки является методом выбора**. Роботизированная резекция почки, криотерапия и термоабляция выполнимы у тщательно отобранных пациентов. Активное наблюдение является методом выбора у некоторых пациентов с высоким риском. Перкутанная игольчатая абляция играет все большую роль в лечении некрупных опухолей почек, убеждает обозреватель.

Рекомендуемый порог для минимально-инвазивных методов: размер опухоли менее 4 см, отсутствие контакта опухоли с ЧЛС, крупными сосудами.

Сахарный диабет повышает риск рецидива и прогрессии рака мочевого пузыря

Дата публикации в интернете 3 января 2012 года

По данным ученых сахарный диабет (СД) является независимым прогностическим фактором рецидива и прогрессии заболевания у пациентов с немышечно-инвазивным раком мочевого пузыря (РМП).

В журнале International Journal of Urology были опубликованы результаты ретроспективного анализа данных 251 пациента, которым была выполнена трансуретральная резекция мочевого пузыря (ТУРМП). У 92 пациентов с диагностированным на момент выполнения операции СД был в 2 раза выше риск рецидива и в 9 раз выше риск прогрессии рака, соответственно, по сравнению с пациентами без сахарного диабета.

Пациенты с СД были старше, у них была выше частота артериальной гипертензии по сравнению с больными без СД. Кроме того, у пациентов с уровнем гликозилированного гемоглобина более 7% (что отражает плохой контроль над сахарным диабетом), чаще встречался мультифокальный РМП, опухоли

с высокой степенью злокачественности и им достоверно чаще проводили внутрипузырную терапию.

Механизм, по которому сахарный диабет влияет на РМП, неизвестен. Возможно, длительное воздействие повышенного уровня инсулина или глюкозы вызывают индукцию пролиферации опухолевых клеток и метастазирования, а повышенный уровень инсулиноподобного фактора роста стимулирует пролиферацию клеток и ингибирует апоптоз.

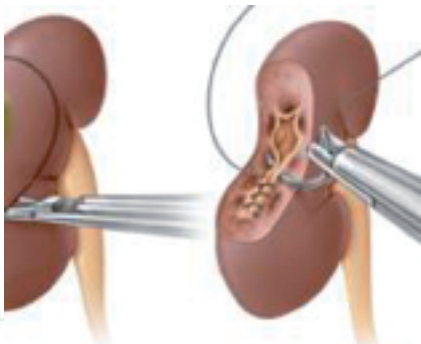
Кроме того, в исследовании была показана взаимосвязь между СД и повышенным риском развития инфекции мочевыводящих путей, которая может влиять на течение РМП и изменять частоту рецидива и/или прогрессии заболевания.

Минусы исследования - имело ретроспективный дизайн, небольшую выборку пациентов, не учитывалась длительность течения СД, что могло повлиять на полученные результаты.

Причиной рака мочевого пузыря является курение - в 50-65% случаев у мужчин и в 20-30% случаев у женщин.

Резекция почки при опухолях более 7 см

Дата публикации в интернете 26 июня 2012 года



Резекцию почки можно безопасно проводить у пациентов с опухолью размером 7 см и более с приемлемыми онкологическими и функциональными результатами, - к такому мнению пришли исследователи Christopher J. Long и коллеги из Онкологического центра Фокса Чейза, Филадельфия.

Авторы пришли к выводу, что теперь **резекция почки должна рассматриваться в качестве варианта лечения, если она выполнима технически, вне зависимости от размера опухоли.**

Такие результаты ученые получили после анализа базы данных по раку почки из 46 пациентов (33

мужчин и 13 женщин), которым проводилась резекция почки по поводу 49 опухолей размером 7 см и более. Средний возраст пациентов составил 58 лет (21-83), а средний размер опухоли – 8,7 см. У 13 пациентов (25,5%), размер опухоли составлял 7,0-7,9 см, у 11 (22,5%) – 8,0-8,9 см, а у 5 (10,2%) – 9,0-9,9 см. У 20 больных опухоль почки была более 10 см. Более 80% опухолей были злокачественными.

Показатели 5- и 10-летней общей и канцерспецифической выживаемости, опубликованные в BJU International, составили 94,5% и 70,9%, соответственно.

Показатели 5- и 10-летней выживаемости, свободной от рецидива, составили 88,7% и 66,5%, соответственно. При среднем наблюдении в течение 13,1 месяца (0,2–170,0 месяцев) у пациентов развилось 16 осложнений (4 гемотрансфузии (8,2%) и 6 мочевых свищей (12,2%)).

Исследователи отметили, что их результаты являются сопоставимыми с опубликованными ранее данными по опухолям такого же размера, но для лечения которых выполнялась радикальная нефрэктомия.

С 1992 по 1998 гг. заболеваемость раком почки в России возросла с 6.6 до 9.0 на 100.000 населения. Данные о смертности при раке почки в нашей стране отсутствуют.

В США в течение 1998 г. было зарегистрировано 30 000 новых случаев заболевания, при этом опухоль почки послужила причиной смерти 12 000 человек.

Длительность лейкоцитурии и микрогематурии после операций на простате

Дата публикации в интернете 21 июня 2012 года



После операций на предстательной железе лейкоцитурия сохраняется дольше, чем микрогематурия, и она достоверно связана с объемом резецированной ткани, - таковы результаты исследования, представленного на ежегодном конгрессе Американской Ассоциации Урологов 2012 года.

Исследователи отметили, что **лейкоцитурия в общем анализе мочи может привести к назначению ненужных методов диагностики и лечения в послеоперационном периоде.**

В исследование под руководством Daniel Olvera-Posada, Национальный Медицинский Институт Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Мехико, с соавт., было включено 85

пациентов, которым были выполнены операции на предстательной железе (по поводу ее доброкачественного увеличения и/или острой задержки мочи, вызванной раком простаты). Из 85 пациентов, 44 была выполнена монополярная трансуретральная резекция простаты (ТУРП), 27 – биполярная ТУРП, а в 14 случаях – открытая простатэктомия.

Исследователи обнаружили, что лейкоцитурия и микрогематурия персистируют в послеоперационном периоде в среднем 274 и 176 дней, соответственно. Различия во времени их исчезновения статистически не достоверно.

При дополнительном анализе авторы отметили, что использование монополярной, биполярной коагуляций, применение до операции ингибиторов 5-альфа редуктазы, - все это не оказывало достоверного влияния на время нормализации общего анализа мочи.

Группа д-ра Olvera-Posada показала достоверную корреляцию между объемом резецированной ткани и высокой длительностью лейкоцитурии после эндоскопической хирургии предстательной железы. При резекции ткани простаты более 23 гр период времени до нормализации общего анализа мочи достоверно увеличивалось.

Хирургическая коррекция осложнений реконструктивных операций на тазовом дне

Дата публикации в интернете 27 января 2012 года



При лечении урогинекологических состояний, связанных с ослаблением мышц тазового дна, например, пролапса тазовых органов, часто применяется установка слинга или сетки. Однако, данные об осложнениях этих вмешательств остаются дискуссионными.

М. Tjldink с соавт. провели исследование анатомических и функциональных результатов хирургического лечения пролапса мышц тазового дна и проанализировали осложнения, связанные с сеткой. Результаты были опубликованы в журнале *International Urogynecology Journal*.

Авторы провели ретроспективное исследование пациентов, которым выполнили полное или частичное удаление сетки с целью

устранения осложнений после ранее выполненной реконструктивной операции на тазовом дне.

По данным исследования из 73-х пациентов тридцати выполнили полное иссечение сетки и 51-му - частичное удаление сетки. Интраоперационные осложнения развились у 4, а послеоперационные – у 13 женщин. Разрешение симптоматики было достигнуто у 92% пациентов.

Рецидив пролапса тазовых органов развился у 29% женщин, которым выполнили полное удаление сетки и у 5%, которым провели частичное удаление сетки, применяемой для коррекции пролапса. Впервые стрессовое недержание мочи развилось у 36% пациентов, которым выполнили удаление субуретрального слинга.

«Удаление сетки позволяет эффективно купировать осложнения, которые она вызывает, хотя имеется значительный риск развития серьезных осложнений и рецидива пролапса тазовых органов. Авторы заключили, что обширное и сложное удаление слингов необходимо проводить только в экспертных центрах.

Недержание мочи среди женщин составляет 2-11% и его повышение происходит в связи с увеличением числа беременностей.

Хронический простатит под маской других заболеваний

Дата публикации в интернете 28 февраля 2012 года

Хронический простатит (ХП) всегда привлекает особое внимание амбулаторных урологов-андрологов. Известно, что он часто «маскируется» под симптомы других заболеваний предстательной железы и мочевого тракта у мужчин.

На эту отличительную особенность «коварного» ХП обратили внимание не только урологов, но и врачей других специальностей Тихомиров Н.С., Михайленко Ю.В., Винник Ю.Ю., Кузьмин А.В., Серебров С.В. из ГОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, МУЗ ГБН№4 г. Красноярск. Цель их сообщения на IX Межрегиональной научно-практической конференции урологов Сибири «Современные аспекты урологии, онкоурологии» - привлечь внимание урологов на «нетипичные» случаи протекания ХП, а также расширение диапазона диагностических мероприятий для установления правильного диагноза.

В отделении уроandroлогии клиники, которую представляют авторы, ежегодно проходят лечение более 600 пациентов с диа-

гнозом хронического простатита, в анамнезе которых несколько курсов различной терапии с применением большого количества антибиотиков широкого спектра действия по поводу инфекций, передающихся половым путем и фитопрепаратов, причем без положительной клинической динамики и улучшения самочувствия. У 30% пациентов при первичном осмотре выявлены длительно существующие симптомы, которые могут усиливаться после физических и эмоциональных нагрузок.

Как явствует из прозвучавшего на конференции сообщения, около 8% таких пациентов были дообследованы с целью выявления экстрагенитальной патологии. Им назначалось МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника. **Практически во всех случаях выявлялись изменения по типу протрузии или грыж межпозвоночных дисков.** В дальнейшем пациенты получили консультацию неврологов и оставались у них для дальнейшего лечения, которое было весьма эффективным.

По данным Национального института здоровья США, простатит выявлен у 25% мужчин, страдающих урологическими заболеваниями. Как отметил один из ведущих экспертов в этой области J. Nickel в 1999 г, около 9% мужской популяции склонно к проявлению простатита, из них лишь 2/3 прибегают к помощи уролога.

В России заболеванию подвержено до 35% мужчин трудоспособного возраста (Н.А. Лопаткин, 1998), у 7–36% больных простатит осложнен везикулитом, эпидидимитом, расстройствами мочеиспускания, репродуктивной и половой функций.

Факторы, влияющие на результаты малоинвазивной пиелопластики

Дата публикации в интернете 15 декабря 2012 года

В 2012 году в журнале Journal of Urology были опубликованы результаты исследования лапароскопической и роботической пиелопластики для определения факторов, влияющих на их эффективность.

S. Lucasc соавт. провели ретроспективное многоцентровое исследование, включавшее 865 пациентов в 15 центрах. Авторы проанализировали периоперационные данные, включая анатомические особенности пациентов и характеристики оперативных вмешательств. Неэффективность операции определялась субъективно, как боль, которая не изменилась по интенсивности или усилилась после операции (по данным истории болезни), а также объективно как отсутствие изменений или ухудшение экскреторной функции почки по данным реносцинтиграфии или усиление гидронефроза на компьютерной томографии. Данные были доступны по 759 операциям (274 лапароскопическим со средним периодом наблюдения 15 месяцев и 465 роботическим со средним периодом наблюдения 11 месяцев).

Лапароскопическая пиелопластика, ранее проводимая эндопиелотомия и интраоперационное обнаружение пересекающих сосудов коррелировали с повышенной частотой повторных вмешательств. Эффективность составила:

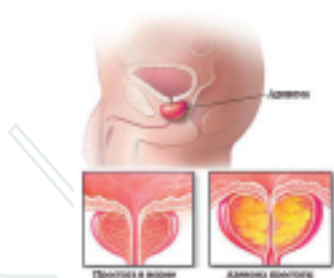
- 87% для лапароскопической и 95% для роботической пиелопластики;
- 81% у пациентов, которым ранее выполняли эндопиелотомию, по сравнению с 93% для пациентов, которым ее не проводили;
- 88% для пациентов с интраоперационно выявленными пересекающими сосудами по сравнению с 85% у пациентов без пересекающих сосудов.

«Лапароскопическая и роботическая пиелопластика являются высокоэффективными операциями для лечения обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента. Оба метода имеют одинаковую частоту повторных вмешательств, необходимых для разрешения обструкции. При этом **наличие в анамнезе эндопиелотомии и интраоперационно выявленных сосудов повышает частоту неэффективных операций**», - пришли к заключению авторы исследования.



Лечение ДГПЖ приводит к повышенному риску развития рака предстательной железы?

Дата публикации в интернете 9 января 2012 года



Пациенты, которым выполняют операцию по поводу доброкачественной гиперплазии простаты (ДГПЖ), имеют больший риск развития рака предстательной железы (РПЖ), - к такому неожиданному и спорному выводу пришли д-р Stig Bojesen, Университетский госпиталь в Копенгагене (Дания). Результаты, подтверждающие данное предположение, были продемонстрированы на Европейской онкологической мультидисциплинарной конференции, ранее известной как конгресс Европейских онкологических организаций и конгресс Европейских обществ медицинской онкологии (ECCO-ESMO).

Авторы проанализировали базу данных системы здравоохранения Дании с целью определения корреляции между ДГПЖ и РПЖ. Авторы включили в исследование всех пациентов, обратившихся по поводу симптомов ДГПЖ с 1980 по 2006 год (187 591 мужчин), и сравнили их риск с 2 770 300 мужчинами из об-

щей популяции. **«Мы обнаружили удвоение риска смерти от РПЖ у пациентов, госпитализированных с диагнозом ДГПЖ.** Более того, мы показали, что у пациентов, оперированных по поводу ДГПЖ, риск смерти от РПЖ увеличивается примерно в 8 раз по сравнению с общей популяцией». Среди всех пациентов с ДГПЖ из проанализированной базы данных у 16 212 в дальнейшем развился рак предстательной железы. В контрольной популяции РПЖ диагностировали у 35 139 мужчин. «Около 70% мужчин старше 70 лет имеют ДГПЖ. Мы выявили корреляцию, но не знаем, что является причиной этого явления. Возможно, что оба заболевания, ДГПЖ и РПЖ, могут вызываться третьим фактором» - заявили авторы.

Michael Baumann, президент ECCO, профессор лучевой онкологии в Университете Saarland, (Германия), считает, что такие реестры, как Скандинавский, могут помочь получить ответ на эти вопросы. «Публичное оглашение результатов данного исследования будет проблематичным, поскольку каждый мужчина с ДГПЖ будет беспокоиться о наличии у него злокачественного заболевания предстательной железы», резонно отметил д-р Jean Charles Soria, профессор медицинской онкологии в Парижском университете XI и сопредседатель конгресса.

Взаимосвязь эректильной дисфункции и частоты периферической нейропатии

Дата публикации в интернете 19 января 2012 года

Испанские исследователи обнаружили достоверную взаимосвязь между эректильной дисфункцией (ЭД) и периферической нейропатией, о чем сообщили в декабрьском номере журнала BJU.

«До настоящего времени влияние повреждения периферических нервов на эректильную дисфункцию недооценивалось», - говорит автор исследования д-р Consuelo Valles-Antuña, из отделения нейрофизиологии госпиталя Овьедо. «Однако наше исследование, включавшее 90 пациентов, показало, что при тяжелых симптомах периферической нейропатии, которые могут быть вызваны заболеванием или травмой, частота ЭД выше, и она требует более активного лечения».

Группа экспертов по нейрофизиологии и урологии изучала данные 90 пациентов с сексуальными проблемами, обратившихся в отделение андрологии. Для диагностики ЭД применялся опросник МИЭФ-5. Всем пациентам выполняли нейрофизиологические тесты для оценки периферической нейропатии. Средний возраст больных составил 54 лет. У 1/3 пациентов имелись сердечно-сосудистые

заболевания, у 16% - нейрогенные факторы риска, еще у 16% - сахарный диабет, а у 11% - не было выявлено никаких факторов риска. У 7% пациентов были выявлены когнитивные нарушения.

У пациентов с выраженными симптомами периферической нейропатии тяжесть ЭД была выше, и она требовала агрессивного лечения. При нейрофизиологическом исследовании у 69% пациентов подтвердилась неврологическая патология - у 61% была выявлена периферическая нейропатия, у 8% - патология спинного мозга, у 38% пациентов была диагностирована полинейропатия.

«По нашим данным, мы провели **первое исследование с полной оценкой функции периферических нервов в смешанной группе пациентов с ЭД, которое показало высокую частоту периферической нейропатии у пациентов с эректильной дисфункцией**», - сказал Dr Valles-Antuña. Врач обязательно должен проводить нейрофизиологические тесты у пациентов с ЭД, так как это поможет определить ее этиологию и эффективнее проводить лечение.

Антибиотики как фактор риска развития камней почек

Дата публикации в интернете 16 января 2012 года



Антибиотики могут уменьшить колонизацию особой микрофлоры кишечника, которая метаболизирует оксалаты, что, возможно, приводит к формированию оксалатных камней почек.

Бактерии *Oxalobacter formigenes* (OF) являются комменсалами, которые колонизируют толстый кишечник у большей части взрослых людей и метаболизируют оксалаты, как единственный источник энергии. Снижая всасывание оксалатов, поступающих с пищей, эти бактерии снижают риск развития гипероксалурии, тем самым, предотвращая формирование оксалатных камней. В проспективном исследовании пациентов, которым проводили эндоскопические вмешательства на верхних мочевых путях, David S. Goldfarb и соавторы из Нью-Йоркского университета, сравнивали влияние антибиотиков на колонизацию OF в 2 группах: у пациентов, получающих терапию

для эрадикации *Helicobacter pylori*, и пациентов, не имевших данную инфекцию и не получавших антибиотики (контрольная группа).

Исследователи определяли колонизацию OF в кале перед началом исследования, оценивая распад оксалата, с подтверждением ПЦР. Эти анализы повторяли через 1 и 6 месяцев. Результаты исследования были опубликованы в журнале *Journal of Endourology*.

«Антибактериальные препараты значительно снижают частоту колонизации OF, чего мы не наблюдали в контрольной группе. Мы предполагаем, что **антибиотики могут повышать риск формирования камней**», отметил Dr. Goldfarb, директор Программы профилактики камней в почках. Также, группа д-ра Goldfarb обнаружила, что комбинация амоксициллина и кларитромицина через 1 месяц приводит к снижению колонизации OF на 62,5%; у 56,2% пациентов сохраняются отрицательные результаты анализа даже через 6 месяцев. Авторы подчеркивают, что они не определяли уровень оксалата в моче, что требовало бы соблюдения диеты, трудно контролируемой в данной группе пациентов, и отметили необходимость дальнейших исследований в этой области урологии.

Низкая концентрация сперматозоидов в эякуляте снижает вероятность рождения мальчика

Дата публикации в интернете 27 декабря 2011 года



На ежегодном съезде Американской ассоциации репродуктивной медицины, были представлены результаты нового исследования, которое показало, что снижение выработки сперматозоидов приводит к снижению количества сперматозоидов, содержащих Y-хромосому, что уменьшает вероятность рождения мальчика. Тот факт, что эффективность сперматогенеза может отчасти определять пол будущего потомства, можно использовать при консультировании и лечении бесплодных пар.

«О важной роли показателей спермограммы в определении пола потомства известно давно, однако результаты нашего исследования впервые свидетельствуют о том, что **пол ребенка зависит также и от концентрации сперматозоидов**» - сказал Michael Eisenberg, доктор медицины Стэндфордского университета.

Авторы провели исследование 186 мужчин (средний возраст 37,8 лет), которым был проведен FISH-анализ эякулята. Согласно инфор-

мации Dr. Eisenberg, среднее содержание сперматозоидов в семенной жидкости составило 33,8 млн/мл (0-227 млн/мл), а среднее количество подвижных сперматозоидов во всем эякуляте составило 51 млн (0-349). Исследователи показали, что для всей когорты пациентов процентное содержание сперматозоидов, несущих Y-хромосому, составило 51,5%. У мужчин с количеством подвижных сперматозоидов менее 5 миллионов отмечалось более низкое число сперматозоидов, несущих Y-хромосому (50,7%), по сравнению с мужчинами с более высокой концентрацией подвижных сперматозоидов (51,6%).

После корректировки по возрасту, анеуплоидии и времени проведения анализа эякулята было выявлено, что **высокая концентрация подвижных сперматозоидов достоверно коррелирует с более высоким числом сперматозоидов, несущих Y-хромосому**. В последние годы во многих исследованиях отмечалась тенденция к снижению рождения мальчиков во многих индустриальных странах, что отчасти связано с влиянием окружающей среды. Исследователи подчеркивают, что хотя мужчины несут полоопределяющую хромосому, от женщин зависит возможность оплодотворения и вынашивания плода, что также влияет на соотношение рожденных мальчиков и девочек.

Лечение эректильной дисфункции: что изменилось за тысячелетия?

История терапии расстройств эрекции насчитывает не одно столетие. Рецепты восстановления мужской силы имелись еще у древних греков и египтян, а также у народов, населявших древнюю Индию. Гомер рекомендовал в качестве лекарства семена дурмана и цветки папоротника. Упоминания об этих растительных средствах можно найти в произведениях Шекспира. В средневековой Италии предлагалось использовать снадобья из спермы крокодила, шерсти белого щенка и даже левого яичка 3-летнего (!) козла. На протяжении многих столетий с целью продления сексуального долголетия применялись различные психо- и биостимуляторы природного происхождения, галлюциногены и наркотические средства.

Первоначально лечение эректильной дисфункции (ЭД) основывалось на симптоматическом подходе, т. е. основной задачей терапии являлось улучшение качества эрекции независимо от причины, вызвавшей ее расстройство. Примером тому служит использование все тех же стимулирующих препаратов, многие из которых применяются и в настоящее время (женьшень, китайский лимонник, элеутерококк и др.). Однако уже тогда, применяя разнообразные по механизму действия препараты, древние лекари интуитивно воздействовали на различные компоненты сложного процесса эрекции.

Какие средства применяются урологами и на какие звенья патогенеза они направлены?

1. улучшение пенильного кровотока - йохимбин — агонист центральных адренергических рецепторов и блокатор периферических α2-адренорецепторов

2. антагонисты рецепторов допамина – апоморфин

3. блокаторы поглощения серотонина – trazодон

Но их эффективность не превышает 30%, а применение сопряжено с различными побочными эффектами.

4. Интракавернозные инъекции – папаверин, фентоламин, простагландин Е.

5. нейролептики, препараты тестостерона, ингибиторы пролактина,

6. адаптогены, биогенные стимуляторы, витамины, аминокислоты, а также многочисленные фитопрепараты

7. ингибиторы ФДЭ-5

8. восстанавливает продукцию NO путем активации eNOS - Импаза.

Импаза способна не только регулировать синтез NO в пещеристых телах полового члена, потенцируя расслабляющее действие NO на их гладкую мускулатуру и увеличивая кровоток в половом члене при сексуальной стимуляции. Импаза также усиливает либидо, что положительно влияет на сексуальную жизнь мужчины и его самооценку.

Мочекаменная болезнь у грудных детей – факторы риска

Дата публикации в интернете 22 февраля 2012 года



Мочекаменная болезнь (МКБ) у детей грудного возраста не является редкой ситуацией в Турции, и ее частота в последние годы стала повышаться. F. Baştuğ с соавт. провели исследование клинических, метаболических и анатомических факторов риска развития МКБ и микролитиаза у детей грудного возраста и опубликовали свои результаты в журнале World Journal of Urology.

Авторами были проанализированы истории болезни 178 детей (63 девочки, 115 мальчиков), которых направили в урологическое отделение за период с 1999 по 2009 год. Средний возраст при постановке диагноза составлял 11,5 месяцев. Средний период наблюдения составил 33,6 месяцев.

Основные клинические симптомы в данной группе пациентов включали беспокойство у 24 детей

(13,5%) и рвоту у 23 (13%). У 35 новорожденных были выявлены аномалии мочеполовой системы, из которых наиболее часто встречался пузырно-мочеточниковый рефлюкс (12,9%), гиперкальциурия и гиперурикозурия были выявлены у 46% и 56% детей, соответственно.

Анализ камней проводили у 56 детей, и у 36 из них основным минералом был оксалат кальция (64,3%). Отягощенный семейный анамнез по МКБ, наличие симптомов и метаболических нарушений были схожими по частоте у пациентов с микролитиазом и крупными камнями. Однако грудные дети с микролитиазом чаще принимали витамин D и находились на искусственном вскармливании. Хирургическое лечение проводили у 42 пациентов, а ударно-волновую литотрипсию – у 30 детей.

Результаты показали, что **МКБ у детей может проявляться неспецифическими симптомами и длительно протекать бессимптомно**, а отягощенный семейный анамнез, аномалии мочевыводящих путей, метаболические нарушения, инфекции мочевыводящих путей, прием витамина D и искусственное вскармливание могут повышать частоту развития этого заболевания у грудных детей.



ОБЗОР ПО ПРЕПАРАТУ РОВАТИНЕКС

Рова Фармасьютикалс Лтд, Ирландия

Дата публикации в интернете 27 декабря 2011 года

Эффективность препарата «Роватинекс» для лечения мочекаменной болезни (МКБ) всесторонне доказана как зарубежными, так и отечественными исследованиями. Препарат имеет многолетнюю историю применения более чем в 60 странах мира.

«Роватинекс» является комбинированным лекарственным средством, содержащим 7 активных веществ, растительных терпенов, в строго определенном количественном соотношении. Стабильность состава гарантирует контролируемость и предсказуемость положительного результата и практически полное отсутствие побочных эффектов.

За период с 1954 (год регистрации препарата для клинического применения) по 2011 гг. общее число участников испытаний препарата превысило 1500 человек.

Два рандомизированных плацебо-контролируемых исследования свидетельствуют о достоверно более высокой вероятности самостоятельного отхождения конкрементов, локализующихся в мочеточнике при применении Роватинекса, составляющей соответственно 78% и 67,9%; в группах, получавших плацебо - соответственно 52% и 50%.

По данным НИИ урологии вероятность самостоятельного отхожде-

ния камня мочеточника вне зависимости от его локализации на фоне приема Роватинекса составляет 73%. При нахождении камня в нижней трети мочеточника вероятность его отхождения на фоне назначения Роватинекса возрастает до 83%. При традиционной терапии самостоятельно отходят 32% конкрементов мочеточника и 51% камней при локализации в нижней его трети.

Для Роватинекса характерен антисептический эффект. Включение данного препарата в схему комплексной терапии хронического калькулезного пиелонефрита позволило сократить сроки достижения ремиссии в среднем в 1,4 раза по сравнению с контрольной группой.

Доказана эффективность Роватинекса в комплексном лечении пациентов, страдающих уролитиазом и перенесших оперативные вмешательства по удалению камней почек и мочеточников, при формировании «каменных дорожек», т.к. способствует снижению количества и выраженности почечных колик и более быстрому отхождению фрагментов.

Учитывая хорошую доказательную базу препарат целесообразно включать в формулярные перечни урологических клиник, особенно занимающихся дистанционной ударно-волновой литотрипсией.



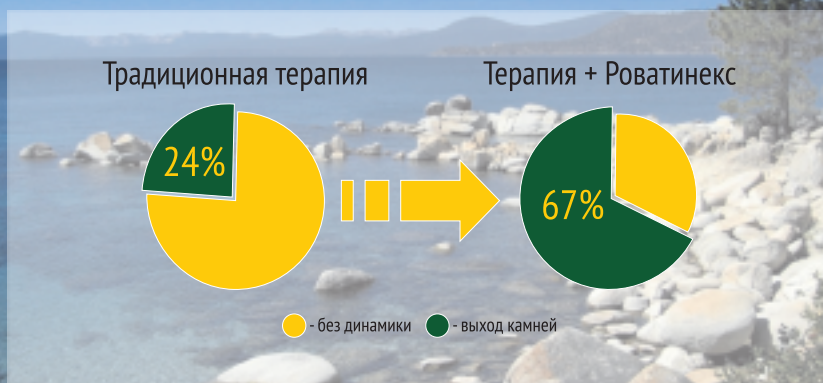
РОВАТИНЕКС

Производитель: Рова Фармасьютикалс Лтд, Ирландия

РОВАТИНЕКС выводит песок и мелкие конкременты при мочекаменной болезни за счет спазмолитического, диуретического, противовоспалительного и противомикробного действия натуральных терпенов

Доказанный литокинетический эффект

При уролитиазе Роватинекс увеличивает долю пациентов с полным освобождением от камней с 24% до 67%*



*А.В. Сивков, Н.К. Дзеранов и соавт. "Результаты применения препарата Роватинекс у больных уролитиазом". Журнал "Экспериментальная и клиническая урология" (№4' 2011)

РОВАТИНЕКС назначается взрослым и детям с 6 лет, по 1-2 капсул. 3 раза в сутки

Капсулы кишечнорастворимые сферические желатиновые, желтого цвета.

Содержание в одной капсуле: анетол (4 мг), борнеол (10 мг), камфен (15 мг), альфа- бета-пинен (31 мг), фенхон (4 мг), цинеол (3 мг). Вспомогательные вещества: масло оливковое.

Показания к применению препарата РОВАТИНЕКС:

- мочекаменная болезнь (нефролитиаз, уролитиаз)
- профилактика образования камней в почках и мочевыводящих путях



Подробнее на www.rowatinex.ru

Официальный дистрибьютор - ЗАО "Мединторг"
+7 (495) 921-25-15 | www.medintorg.ru

МЕДИНТОРГ
акционерное общество



Сексуальная дисфункция и симптомы нижних мочевых путей: что делать?

Дата публикации в интернете 16 июня 2009 года

Ученые из Department of Urology, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi (Дели) исследовали связь между использованием альфа-блокаторов и сексуальной дисфункцией у мужчин.

Симптомы нижних мочевых путей (СНМП) у мужчин часто сочетаются с сексуальной дисфункцией. Ученые выдвинули предположение о том, что использование альфа-адреноблокаторов должно приводить к уменьшению СНМП у многих мужчин. Если сексуальная дисфункция и СНМП имеют общую этиологию, использование альфа-адреноблокаторов, таких как доксазозин, может уменьшить риск сексуальной дисфункции.

В исследовании участвовали белые мужчины в возрасте 40-79 лет с характерными жалобами, у них оценивалась выраженность СНМП, эффективность альфа-адреноблокаторов, сексуальная функция (с использованием Brief Male Sexual Function Inventory). Учеными учитывались данные тех мужчин, которые использовали различные альфа-блокаторы при любой сексуальной дисфункции. Соотношение риска и доверительные интервалы, равные 95%, были оценены отдельно для каждого вида сексуальной функции с использованием Cox proportional hazard models.

Из 1724 мужчин, включенных в это исследование и имеющих постоянно-

го полового партнера (средний возраст 57,74 г), 263 (15,3%) сообщили об использовании альфа-блокаторов. Ученые отметили, что **при использовании альфа-блокаторов, особенно при приеме доксазозина, наблюдается уменьшение риска сексуальной дисфункции у мужчин 50 лет и старше.** Среди этих мужчин снижался риск сексуальной дисфункции и низкого либидо, а так же уменьшились СНМП.

Вывод ученых говорит о том, что использование альфа-блокаторов, таких как доксазозин при СНМП вызывает снижение риска сексуальной дисфункции. Улучшение сексуальной функции коррелировало с улучшением СНМП и было более выраженным у тех пациентов, которые использовали альфа-адреноблокаторы.

Источник: Urology (Urology) 2009 Jul;74(1):82-7.

Авторы: Kumar R, Nehra A, Jacobson DJ, McGree ME, Gades NM, Lieber MM, Jacobsen SJ, St Sauver JL.

Название: Alpha-blocker use is associated with decreased risk of sexual dysfunction.

Язык публикации: English

Тип публикации: журнальная статья

Поиск реализован с использованием Entrez PubMed



Артезин®

ДОКСАЗОДИН

УЛУЧШАЕТ
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ
ПАЦИЕНТОВ С ДГПЖ
И ХРОНИЧЕСКИМ
ПРОСТАТИТОМ

ГАРАНТИРУЕТ
БЫСТРОЕ
НАСТУПЛЕНИЕ
ЭФФЕКТА

ДОКАЗАННО
УЛУЧШАЕТ
УРОДИНАМИКУ

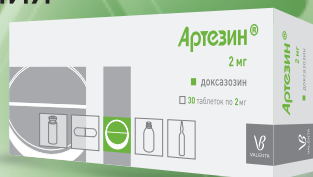
НОРМАЛИЗУЕТ
ЛИПИДНЫЙ
ПРОФИЛЬ

ОБЛАДАЕТ ВЫСОКИМ
ПРОФИЛЕМ
БЕЗОПАСНОСТИ

СНИЖАЕТ
РИСК РАЗВИТИЯ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ
ОСЛОЖНЕНИЙ
И ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ

ОТВЕТСТВЕННЫЕ РЕШЕНИЯ МУЖСКИХ ПРОБЛЕМ

ОАО «ВАЛЕНТА ФАРМ»
119530, Москва, ул. Генерала Дорохова, д. 18, стр. 2
Тел.: (495) 933 60 80. Факс: (495) 933 60 81



РН 001615/01 от 08.08.2008



Киста урахуса с вовлечением мочевого пузыря

Краснодарский краевой клинический диспансер, онкоурологическое отделение
Зав. отделением к.м.н. Сосновский И.Б.

Больная Б., 1940 г.р.

Жалобы: боли внизу живота.

A. morbi: больной считает себя в течение 3 месяцев

A. vitae: ИБС, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма. Аллергологический анамнез не отягощен.

Проведены обследования:

Рентгенография органов грудной клетки 15.02.10 - корни застойны, сосудистый рисунок усилен, очаговых и инфильтративных тяжелей в легких не отмечается.

Гинеколог 27.02.10 – гинекологической патологии на момент осмотра нет.

Терапевт 26.02.10 - Астма смешанная, средней степени тяжести, контролируемая. Гипертоническая 2 ст, риск 3. ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, ХСН 1ст, ФК 2.

ЭГДС 26.02.10 - эрозивный гастрит, бульбит.

ФКС 26.02.10 - дискенезия толстой кишки по гипертоническому типу. Дивертикулез. Долихосигма.

КТ 01.02.10 - объемное образование гипогастральная области с вовлечением мочевого пузыря - первоочередным образом соответствует В1 либо псевдоопухоли урахуса. Хронический холецистит.

Цистоскопия - данных за опухолевый рост нет.

Предварительный диагноз Susp. В1. урахуса, Ia кл.гр.

4.03.2010 выполнена ОПЕРАЦИЯ: Удаление опухоли урахуса, резекция мочевого пузыря.

Под общей анестезией, выполнена ниже-срединная лапаротомия, послойно, вскрыты ткани до мочевого пузыря. Осуществлен гемостаз.

При ревизии выявлено: В области урахуса на протяжении 6-8см определяется опухоль общими размерами 6*8*4см, плотная, пальпаторно неотделима от передней стенки мочевого пузыря, мышц передней брюшной стенки. К ней фиксирован большой сальник. Увеличения забрюшинных лимфоузлов нет, отдаленных метастазов не выявлено.

Интраоперационный диагноз: В1. урахуса, 2 ст, II кл.гр.

Решено выполнить удаление опухоли урахуса, как и планировалось ранее.

Урахус взят на держалку у пупка, выделен вниз до передней стенки мочевого пузыря вместе с мышцами передней брюшной стенки. Учитыв-





вая интимную связь со стенкой мочевого пузыря, выполнена резекция передней стенки мочевого пузыря от 3 сегмента практически до шейки. В мочевом пузыре опухолевого роста не определяется. Мочевой пузырь дренирован уретральным катетером, ушит. Резиновый выпускник в cavum Рессі. Дренаж в брюшную полость. Рана ушита послойно, асептическая повязка.

Макропрепарат: опухоль урахуса с мышцами передней брюшной стенки, передней стенкой мочевого пузыря.

Кровопотеря не более 100мл.

ПГИ 29310-15 от 12.03.2010 – киста урахуса, выстлана переходным эпителием, с нагноением (гнойно-гранулирующим воспалением), образованием свищевых ходов в стенке мочевого пузыря. Дисплазия переходного эпителия 2-3 ст.

Заключительный диагноз: Киста урахуса, 16 кл. гр после хирургического лечения.

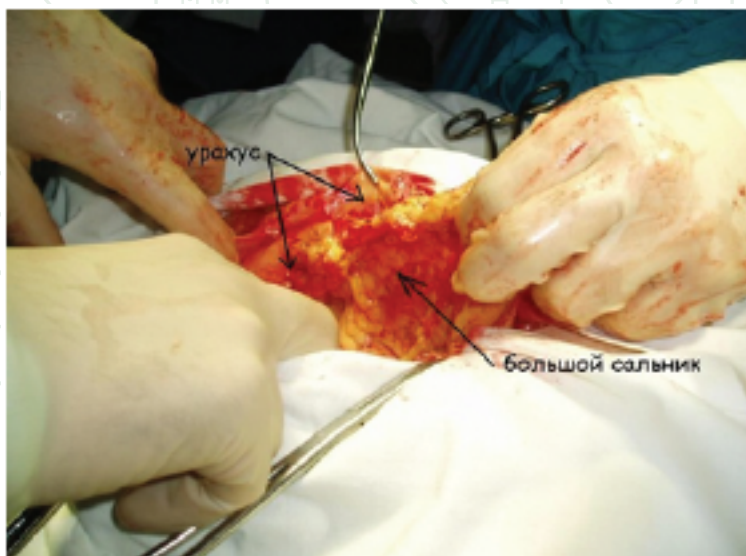


Рис. 1 Урахус взят на держалку, по задней поверхности на протяжении 6-8см фиксирован большой сальник

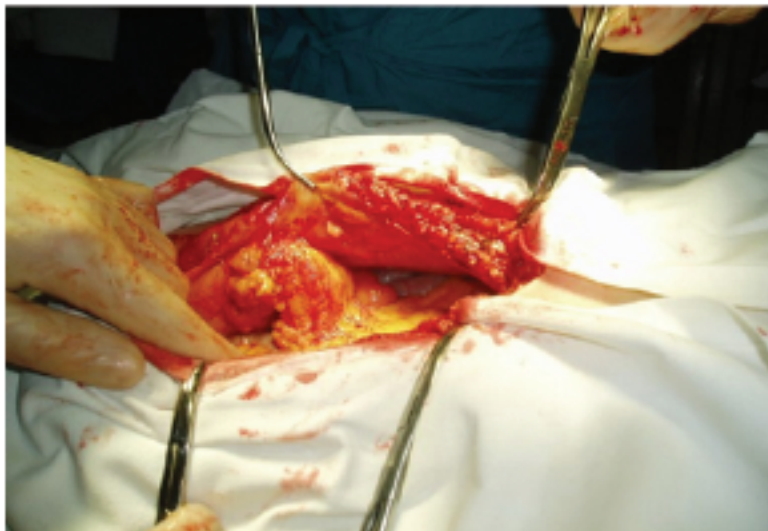


Рис. 2 Опухоль урахуса с фиксированным к нему большим сальником

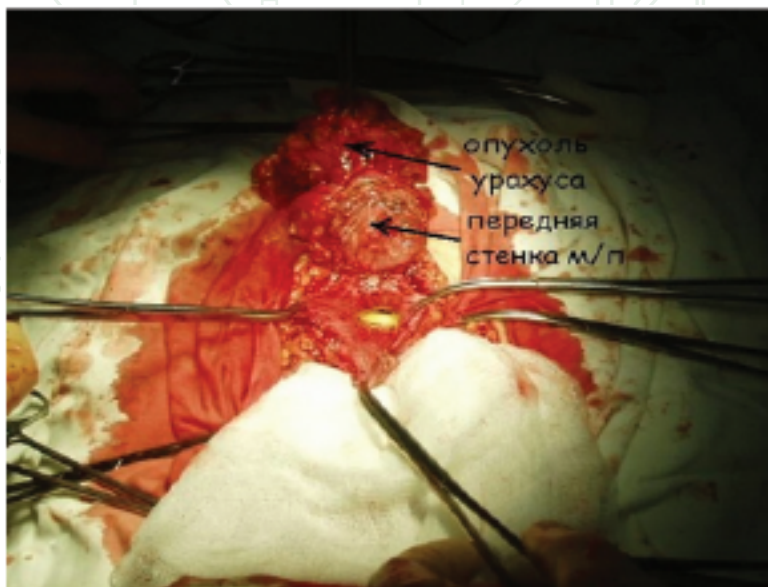


Рис.3 Учитывая интимное предлежание опухоли урахуса к мочевому пузырю, выполнена резекция передней стенки мочевого пузыря.



Рис.4 Выполнена резекция передней стенки мочевого вплоть до шейки мочевого пузыря, на задней стенке катетер Фоллея, оттесненный тупфером.

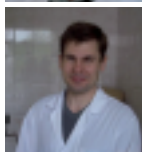
Операционная бригада:



Зав. отд. онкоурологии Сосновский И.Б.



Оперировал: Никитин Р.В.



Ассистировал: Самойлик Б.М.

Анестезиолог: Завьялова С.Н.
Операционная сестра: Браун Э.А.

Urological TV

Диагностика

Лечение

О проекте



Категории



Анатомия и физиология



Заболевания

ДГПЖ

Простатит

Цистит



Диагностика



Лечение

Профилактика

Санаторно курортное лечение

Консервативное лечение

Оперативное лечение

Операции на почках

Операции на мочевом пузыре



Реабилитация

Санаторно курортное лечение

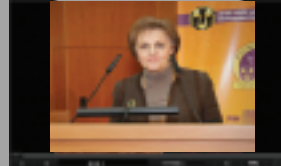


Видео архив

Новости



Популярные



Смотреть ещё

Урологический видеоконтент (UroTube):

1. прямые он-лайн трансляции с мероприятий, конференций, круглых столов;
2. интервью с лидерами отечественной и зарубежной урологии;
3. тематические видеоролики по проблемам;
4. видео операций, клинических случаев;
5. общение урологов в виде комментариев, форм обратной связи;
6. видео выступлений мэтров российской и зарубежной урологии;
7. получение информации о публикации материала.

Общая информация

Uro.TV
Контакты

Платформа

Возможности
Справочное руководство

Юридическая информация

Пользовательское соглашение
Соглашение для владельцев

Uro.TV в сети интернет

Twitter
Vk.com

Uro.TV - Урологическое телевидение © 2012

UroTV оказывает помощь фармацевтическим компаниям и фирмам-производителям медицинского оборудования, медицинской техники и изделий медицинского назначения, предлагая создание и трансляцию видеоматериалов (семинаров, вебинаров) видеороликов для пациентов и непрофессиональной аудитории, интересующейся вопросами урологии.