



АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ:

Роботы в жизни и медицине

Врач и его деньги:
юридический взгляд

Правильная и своевременная
диагностика нарушений
мочеиспускания у детей

ТЕМА НОМЕРА: **Конгресс ЕАУ**



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



·»» Тема номера: «Город на 14-ти островах или Для тех, кто остался»	2
·»» Урологические встречи в Сибири	18
·»» Встреча на высоте	26
·»» Роботы в жизни и медицине.	30
·»» НАЦИОНАЛЬНЫЙ РЕЕСТР ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ или способ сделать нашу работу лучше!..	42
·»» Нужны ли междисциплинарные взаимодействия урологии и семейной медицины для ранней диагностики урологических заболеваний у мужчин? ...	46
·»» Анонс образовательных курсов «Ошибки в лечении инфекций мочевых путей»	58
·»» Врач и его деньги: юридический взгляд.....	60
·»» Особенности забайкальской урологии.	68
·»» Правильная и своевременная диагностика нарушений мочеиспускания у детей	72
·»» Резидуальные фрагменты камней после чрескожной пункционной нефролитотрипсии.....	76
·»» Сосудистые зажимы типа «бульдог» при роботизированной резекции почки: какие лучше?.....	77
·»» Лапароскопическая донорская нефрэктомия с трансвагинальной экстракцией: первый опыт на основании 30 случаев	78

Город на 14-ти островах или Для тех, кто остался

В Швеции 15 апреля завершился 29-й Конгресс Европейской ассоциации урологов. По словам очевидцев, в этом году на Конгрессе было как никогда много урологов из России, везде звучала русская речь. С первых минут мероприятия ленты событий, опубликованные в социальных сетях, отражали встречи старых друзей, знакомых, посещения научных сессий, музеев и прогулки по столице Скандинавии.

Швеция и Стокгольм — это не только ЕАУ-2014, но и Карлсон, Фрекен Бок, «Мио, мой Мио», рыцарь Като, Нильс и его путешествие с дикими гусями, «АВВА», «Roxhette», «Еигоре», викинги, шведский стол, шведская стенка, шведские спички, футболка-шведка, ИКЕА и многое другое! Мы рады, что наши коллеги нашли время, чтобы не только поучаствовать в профессиональных мероприятиях, но и запомнить северную красоту Стокгольма.

Сотрудники НИИ урологии, UroWeb.ru и корреспонденты Дайджеста урологии активно работали во время Конгресса ЕАУ, и мы представляем вашему вниманию новые данные, которые удалось получить во время посещения тематических и постерных сессий.

Мы выражаем благодарность И.А. Шадеркину, Т.Н. Гармановой, С.С. Красняку и М.Н. Коршунову за высочайшую работоспособность в подготовке репортажей, которые все доктора России и СНГ могли читать на UroWeb.ru практически одновременно с урологами, находящимися на Кон-

грессе, а также за их активность, жажду знаний, и главное – за желание делиться этими знаниями.

Открытие Конгресса



И.А. Шадеркин, зав. отделом развития региональной урологии ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России, основатель UroWeb.ru

Работа Конгресса Европейской ассоциации урологов началась с интерактивных и международных сессий.

11 апреля 2014 года в 18:00 по местному времени состоялась официальная церемония открытия Конгресса ЕАУ. Музыкальную часть открытия представили трио «Divine» и мужской студенческий хор «Stockholms Studentsångare», исполнив шведские народные песни.



Выступление П.-А. Абрахамсона, Генерального секретаря ЕАУ.

После музыкальной части выступил Генеральный секретарь ЕАУ, профессор Пер-Андерс Абрахамссон (P.-A. Abrahamsson), поприветствовавший делегатов Конгресса у себя на Родине в Стокгольме. Текущий год будет последним для него на этой должности – профессор уйдет с поста Генерального секретаря на 30-м Ежегодном конгрессе в Мадриде в 2015 году. На следующий день после открытия, 12 апреля, стало известно, что Генеральная Ассамблея Европейской ассоциации урологов более чем 90% голосов утвердила избрание нового Генерального секретаря ЕАУ, который вступит в должность на следующем юбилейном Конгрессе. Им стал профессор Кристофер Чеппл (C.R. Chapple, Великобритания), который, в свою очередь, отметил, что это большая честь и огромная ответственность для него. Тем не менее, он с нетерпением ждет начала работы в новом качестве и готов сотрудничать со всеми.

Дальше прошли церемонии награждения выдающихся специалистов в разных областях урологии. Главную награду ЕАУ получил профессор Мишель Павон-Макалузо (M. Pavone-Macaluso). В своей речи он

отметил, что будущее урологии кроется во внедрении технологических и фундаментальных достижений в отношении с пациентами. Его совет молодым урологам – находить время выслушивать пациентов и сконцентрироваться на построении прочных взаимоотношений с ними.

Профессор Луи Дени (L. Denis) — лауреат премии Франса Дюбраена — считает, что старение населения и повышение требований к качеству жизни ставит перед урологами задачу объединения персонализированного подхода и оптимального медицинского лечения. Урологический уход должен основываться на доказательной базе и экономической эффективности. В своем обращении к молодым урологам профессор рекомендовал следовать своим личным предпочтениям в клинической и научной деятельности. Он также отметил, что каждый человек имеет возможности для личного роста, что крайне важно для развития общего дела.

Офис молодых урологов



Наши молодые перспективные урологи – Т.Н. Гарманова и С.С. Красняк

На 29-м конгрессе Европейской ассоциации урологов состоялось совещание ■

комитета ЕАУ — офис молодых академических урологов.

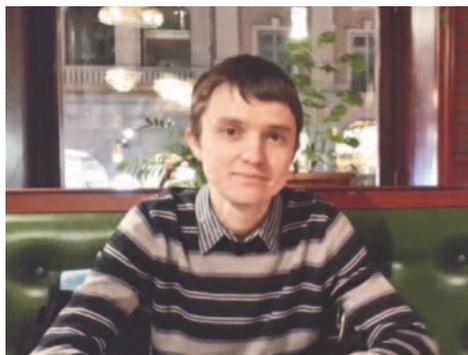
Офис состоит из нескольких групп по всем направлениям урологии. Основными его задачами являются налаживание международных связей между молодыми урологами, проведение мультицентровых исследований и публикация полученных результатов. Молодые урологи участвуют в большом количестве исследований, а также проводят опросы о том, как работают коллеги-доктора, что представляет не меньший интерес, чем данные научных работ. На совещании руководители каждой группы представили отчет о проделанной за год работе.

В совещании приняли участие профессор Парсонс (K.F. Parsons), который ранее приглашал молодых урологов принимать активное участие в подготовке рекомендаций Европейской ассоциации Урологов, и профессор Палу (J. Palou), рассказавший о сотрудничестве с Европейской школой урологии, основным направлением которой является развитие дистанционного образования на основе клинических рекомендаций, с проведением дистанционного тестирования и выдачей сертификата.

Также говорилось о сотрудничестве офиса молодых урологов и секции ЕАУ. Было принято решение о том, что руководитель каждой группы молодых урологов будет принимать активное участие в работе соответствующей секции ЕАУ. В работе совещания приняли участия российские молодые урологи, которые являются членами различных групп:

Т.Н. Гарманова (группа по детской урологии), **А.В. Говоров** (группа роботической хирургии) и **Г.Р. Касян** (группа по функциональной урологии).

Здоровое старение: споры о заместительной гормонотерапии



С.С. Красняк ведет репортаж с ЕАУ

Профессор Стефан Арвер (S. Arver) прочитал доклад об андрогенной недостаточности и упомянул о необходимости соблюдать временные рамки при заборе анализов на гормональный профиль. В частности, он напомнил аудитории, что забор крови для анализа на содержание тестостерона надо осуществлять с 7 до 10 утра. При этом используются следующие границы нормы: более 12 нмоль/л — норма, 8-12 нмоль/л — серая зона, менее 8 нмоль/л — снижение уровня тестостерона. При этом необходимо учитывать уровень ЛГ. Если уровень ЛГ более 9 мМЕ/мл — это означает плохой прогноз для лечения. Если уровень ЛГ 2-9 мМЕ/мл, необходимо сначала компенсировать его недостаточность. Кроме того, это может говорить о транзи-

торном характере патологии. Профессор также упомянул, что тестостерон работает только в паре с эстрогенами, которые не менее важны для мужской физиологии. Пожилые люди, по словам профессора, более чувствительны к тестостерону, у них чаще проявляются побочные эффекты, поэтому при назначении тестостерона необходимо четко определять цели и конечные точки лечения.

Профессор Герт Доле (G.R. Dohle) в своей лекции, посвященной заместительной гормональной терапии (ЗГТ) и раку предстательной железы (РПЖ) показал присутствующим, что, согласно рекомендациям EAU, ICA, ISSAM 2009 года, назначать тестостерон мужчинам со всеми формами РПЖ нежелательно.

С другой стороны, мужчины с гипогонадизмом имеют меньший риск смерти от РПЖ, поэтому роль тестостерона в патогенезе РПЖ оценивается неоднозначно. ЗГТ может приводить к повышению ПСА. Проведение ЗГТ после радикальной простатэктомии не увеличивает рисков РПЖ. С другой стороны, в одном из исследований был показан риск рецидива РПЖ у 4% пациентов при назначении ЗГТ. Рекомендации EAU говорят, что нельзя начинать ЗГТ ранее, чем через 1 год после радикального лечения рака ПЖ. При этом необходимо проводить контроль IPSS и PSA через 3, 6, 12 месяцев, далее – ежегодно. В общем, все неоднозначно.

Профессор Джон Маллхолл (J. Mulhall) из США обсудил с аудиторией, насколько опасна ЗГТ с точки зрения развития сер-



дечно-сосудистых осложнений (ССО) – или, как сейчас называют, сердечно-сосудистых событий (ССС). Самое важное в оценке безопасности метода лечения – это методология исследования. Некоторое время назад «Journal of American Medical Association» и «Public Library of Science» (PloS) опубликовали статьи, в которых авторами было показано, что ЗГТ повышает риск возникновения инфарктов и инсультов. Эти публикации вызвали панику среди пациентов в США, а также в средствах массовой информации. При этом к обоим исследованиям имеются очень серьезные претензии со стороны научного урологического сообщества. Шезад Басария (S. Basaria) и др. показали, что тестостерон опасен, однако они использовали слишком много конечных точек для оценки результатов лечения и несоответствующие группы лечения и плацебо.

Авторы публикации в журнале PLoS не указывали показаний к ЗГТ. Конечной точкой в этом исследовании являлось возникновение нефатального инфаркта миокарда в течение 3 месяцев после начала ЗГТ. ■

Все сошлись во мнении, что это слишком маленький период наблюдения, для того, чтобы можно было определить, является ли причиной инфаркта именно ЗГТ.

Авторы статьи в JAMA включали в исследование мужчин с анамнезом острого инфаркта. При этом не было контроля забора тестостерона и контроля приема препарата. Никто не измерял у пациентов уровень тестостерона после назначения лечения. Кроме того, авторы применяли слишком много статистических методов обработки информации, что серьезно затрудняет интерпретацию данных. В исследовании была включена гетерогенная группа мужчин с непонятными критериями исключения. Авторы уже дважды признавали фактические ошибки в опубликованных данных.

Профессор Артур Бернетт (A.L. Burnett) из США осветил тему сексуальной функции после урологических операций. Он сообщил о том, что нервные графты оказались не очень эффективными в сохранении эректильной функции после радикальных операций на органах малого таза. Раннее назначение ингибиторов ФДЭ5 способствует улучшению результатов восстановления эректильной функции. Новые стратегии в восстановлении эректильной функции: генная терапия, стволовые клетки, нейро- и васкулопротекция. Ежедневное назначение тадалафила 5 мг помогает предотвратить сокращение длины полового члена после операций. Если операция вызывает повреждение эякуляторного аппарата, то реше-

нием могут быть симпатомиметики, вибростимуляция, генитальная нейромодуляция. Безусловно, необходимо консультировать пациентов после операций, которые могут вызвать ЭД.

Несколько докладов, в том числе и профессора Альберсена (M. Albersen) из Бельгии, было посвящено высокому потенциалу стволовых клеток в лечении ЭД.

Совместное заседание Европейского общества реконструктивной урологии (ESGURS) и Европейского общества андрологической урологии (ESAU)



Снова в эфире С.С. Красная

Методам хирургического лечения болезни Пейрони посвятил свой доклад профессор Радош Джинович (R. DjinoVIC). Он отметил, что актуальными техниками остаются пликационные операции, имплантация графтов в сочетании с протезированием или без такового. В качестве имплантанта чаще всего используется дермальный лоскут. При любой операции не-

обходимо максимально сохранять кавернозную ткань и сосудисто-нервные пучки.

Новые данные о течении различных типов приапизма привел в своем выступлении проф. Дэвид Ральф (D.J. Ralph) Эти данные говорят о необходимости раннего протезирования полового члена у пациентов с ишемическим приапизмом более чем 24-часовой давности. Отсроченные операции в 3 раза увеличивают риск осложнений и становятся технически крайне сложными.

Профессор Доле привел рекомендации по диагностике и лечению синдрома хронической тестикулярной боли. Он указал, что 25% случаев такой боли являются идиопатическими, но в последние годы оперирующие урологи стали замечать, что причиной хронической боли в мошонке могут стать операции по поводу варикоцеле. Необходимо проводить диагностику инфекционных поражений, неврологических и онкологических заболеваний. В качестве лекарственной терапии применяются габапентин и нортриптилин. Методом лечения хронической боли в мошонке является хирургическая денервация.

Доклинические инновации. Перспективы в лечении эректильной дисфункции

Объединенная исследовательская группа из Швеции, Италии и Голландии доложила о своем опыте доклинического применения **стволовых клеток жиро-**

вого происхождения в лечении болезни Пейрони. Их результаты показывают, что введение стволовых клеток в tunica albuginea позволяет частично предотвратить фиброз и восстановить нормальное соотношение коллагена 3 и 1 типа, но не дает предотвратить избыточное образование эластиновых волокон. Однако этой цели позволяет добиться введение жировой стромально-сосудистой фракции в tunica albuginea в острую фазу заболевания.



Доктор Рю (J.K. Ryu) из Инчхона, Южная Корея рассказал о результатах использования антител к Белку, индуцируемому травмой нервов-1 (Ninj-1 Ab) у лабораторных животных с сахарным диабетом. Исследования показали, что применение Ninj-1 Ab приводит к повышению экспрессии ангиопоэтинов и нейротрофических факторов, что проявляется в улучшении эректильной функции. Данная технология может быть в перспективе полезна для пациентов с ЭД на фоне сахарного диабета и после радикальной простатэктомии. ■

Также пациентам с ЭД на фоне сахарного диабета посвятил свое выступление доктор Коста (C.S.R. Costa). У данной группы пациентов исследовательская группа из Португалии предлагает использовать циркулирующие эндотелиальные клетки-предшественники с введением их в кавернозные тела полового члена. Об этом говорят предварительные результаты исследования, которое показало эффективность подобной терапии. О том же свидетельствуют результаты исследования, проведенного в Тайване.



Доктор Чо (S.Y. Cho) из Южной Кореи обратил внимание аудитории на то, что одним из звеньев патогенеза вено-окклюзивной эректильной дисфункции является апоптоз и фиброз гладкомышечных клеток полового члена. При подобном состоянии могут помочь **ингибиторы Rho-киназы**, которые, задействуя сложный каскад биохимических реакций, могут предотвратить молекулярные и гистологические повреждения и сохранить вено-окклюзивный механизм.



Эммануэль Вайн (E. Weyne) сообщил аудитории о существовании **пептида Галанин (Galanin)** в nNOS-позитивных тазовых парапростатических ганглиях и кавернозных нервах. Исследователи предположили, что его повышение может играть важную роль в процессе регенерации нервной ткани после повреждения. Он также может стать интересной терапевтической мишенью в будущем.

Доктор Жюльен Аллар (J. Allard) из Франции предложил новую гипотезу о механизме действия **дапоксетина при преждевременной эякуляции**. Результаты проведенных исследований показывают, что дапоксетин, в дополнение к своему центральному действию, снижает проведение нервных импульсов по афферентным волокнам кавернозных нервов, также как и топическая терапия местными анестетиками. С этим же может быть связано некоторое снижение эрекции у пациентов, принимающих дапоксетин.



Мужское бесплодие. Современные рекомендации



М.Н. Кориунов специально для Дайджеста урологии и UroWeb.ru

Профессор Вольфганг Вайднер (W. Weidner, кафедра урологии, детской урологии и андрологии, университет Гессена им. Юстуса Лейбига) рассказал о том, что современные представления в области мужского бесплодия, в соответствии с ру-

ководством EAU, указывают на то, что в 50% случаях бесплодный брак обусловлен мужским фактором, связанным с измененными параметрами спермограммы.

При этом в 40% наблюдений невозможно установить вероятную причину патоспермии. В данном варианте снижение концентрации (олиго-), подвижности (астено-) и увеличение количества аномальных форм сперматозоидов (тератозооспермия) определяется, как идиопатический синдром ОАТ.

Значимые причины мужского бесплодия:

Генетические нарушения
Первичные нарушения сперматогенеза
Обструктивная азооспермия
Варикоцеле
Гипогонадизм
Крипторхизм
Инфекции мужских придаточных желез
Опухоли стволовых клеток и криоконсервация
Эякуляторная дисфункция

Общепринято, что в случаях, когда результаты спермиологического исследования отличаются от рекомендованных норм WHO (2010), как минимум, по двум параметрам, пациенту необходимо рекомендовать дообследование. Также рекомендуется проведение дополнительных диагностических тестов, направленных на выявление антиспермальных антител и определение биохимических параметров эякулята.

Также в настоящее время проводятся попытки улучшить «информативность» ■

анализа эякулята с целью определения его оплодотворяющего потенциала. Методики исследования целостности ДНК, конденсации хроматина, связывания сперматозоидов с гиалуроновой кислотой с целью определить «лучший» сперматозоид, к сожалению, в настоящее время, имеют большую лабораторную, чем клиническую значимость.

Общее понимание основных генетических отклонений, приводящих к мужскому бесплодию, необходимо для любого специалиста, занимающегося проблемами мужского бесплодия. Частота наличия хромосомных аномалий коррелирует со снижением параметров спермограммы. При этом мужчины, с необструктивной азооспермией (НОА) находятся в группе максимального риска.

Синдром Кляйнфельтера является одной из самых распространенных хромосомных аномалий. Современные данные указывают на то, что получение образцов спермы у данной группы пациентов должно проводиться в ранние сроки из-за высокого риска угнетения сперматогенеза с возрастом. Андрогензаместительная терапия необходима в случаях, когда гипогонадизм становится очевидным.

Анализ на наличие микроделеций Y хромосомы является необходимым для мужчин с НОА и тяжелой олигозооспермией (менее 5 млн/мл). Если в результате генетического исследования обнаруживается полная делеция AZF (фактор азооспермии), или микроделеции регионов а

и b, выполнение биопсии яичек не показано из-за низкого шанса получения материала. Мужчинам со структурными нарушениями vas deferens, проходящим различные процедуры хирургического получения сперматозоидов, показано обследование на предмет мутаций гена муковисцидоза (CFTR) в паре с партнершей.

В случае НОА, методом лечения являются различные варианты ТЕЗЕ (моно-, мультифокальная, микро). Гистологическое исследование биоптата является наилучшим предиктором вероятности получения полноценного материала. Свежий и криоконсервированный материал можно использовать в процедурах ВРТ. Проведение комплекса лечебных мероприятий на дооперационном периоде с целью улучшения сперматогенеза, особенно в случаях недостатка тестостерона, является предметом обсуждения. Мужчинам с тестикулярным микролитиазом, подтвержденным ультразвуковым исследованием, страдающим бесплодием, с атрофией яичек или крипторхизмом в анамнезе, показана диагностическая биопсия яичек на предмет CIS.

Как и в случаях азооспермии, у пациентов с олигозооспермией тяжелой степени существует высокий риск обструкции семявыводящих путей.

При обструктивной азооспермии оперативные методики, такие как вазовазостомия, тубуловазостомия и трансуретральная резекция семявыводящих протоков (TURED) являются стандартами в андрологической практике и в большинстве случаев

позволяют добиться хороших результатов.

Для проведения микрохирургических пособий предпочтительно рекомендовать центры, имеющие достаточный опыт в данных вопросах.

Диагноз варикоцеле следует подтвердить клинически с использованием дуплексной сонографии. Субклинические формы варикоцеле не должны подвергаться лечению. У взрослых – оперативное пособие рекомендовано только в случаях клинически выраженного варикоцеле, олигозооспермии и длительного периода бесплодия неясного генеза. Современные данные указывают на то, что микрохирургическая варикоцелэктомия улучшает не только качество спермы, но также и частоту наступления беременности. Микрохирургические методики являются достаточно эффективными при должном уровне профессиональной подготовки специалиста-хирурга.

Лечение варикоцеле у подростков рекомендуется проводить только в случаях прогрессирующего нарушения функции яичек.

На сегодняшний день отсутствуют убедительные данные о том, что хронические уретриты, простатиты, орхиты и эпидидимиты оказывают отрицательное влияние на мужскую фертильность: бесплодие, и качество спермы, в частности. Также нет четких доказательств того, что тяжелые вирусные инфекции могут оказывать негативное влияние на свойства эякулята. Положительные результаты бактериологического исследования на предмет наличия стандартных возбудителей в образце

спермы, считаются результатом уретральной контаминации. Тесты, отражающие оксидативный статус, маркеры воспаления как возможные индикаторы патоспермии на сегодняшний день являются предметом дискуссий

Криоконсервация спермы должна предлагаться всем мужчинам, у которых в ходе лечения основного заболевания возможно проведение химиотерапии, радиационной терапии или хирургических вмешательств, которые могут оказать отрицательное воздействие на фертильность. Ведутся программы по криоконсервации стволовых клеток сперматогенеза у детей, не достигших половой зрелости, до начала курса химиотерапии, с целью их дальнейшей пересадки.

На сегодняшний день при рассмотрении прогнозов, за исключением продолжительности бесплодия и результатов спермограммы, возраст женщины является основным фактором, определяющим потенциал фертильности пары.

Причина МКБ — ожирение

В рамках сессии секции по лечению МКБ ЕАУ активно обсуждалась гетерогенность мочекаменной болезни. Мехмет Осзой (М. Ozsoy) из Вены в своем докладе сообщил о **более высокой частоте встречаемости МКБ среди женщин**. Возможной причиной этого он назвал увеличение частоты встречаемости **ожирения**. Кроме того, у женщин чаще встречаются осложнения после операций из-за более высокой частоты наличия ■



инфекций мочевых путей. Профессор подчеркнул **эффективность диеты** для обоих полов как профилактику заболевания.



Профессор Нур Буххольц (N.N.-P. Buchholz) в своем сообщении утверждал, что **перкутанная хирургия является методом выбора лечения для любого камня более 2 см**. Совершенствование техники ПНЛЛ с применением гибких уретероскопов и уменьшение размера инструментов делает этот метод лечения лучшим даже для камней малого размера.

Проф. Томас Кнолль (Т.Knoll) и Чезаре-Марко Скоффоне (С.-М. Scoffone) приняли участие в дискуссии в отношении возможности применения ПНЛЛ из нескольких доступов. Кнолль считает, что этот метод достаточно эффективен в опытных руках, должен применяться при больших камнях,

в сложных случаях, например при коралловидных камнях. Скоффоне возразил ему, что при этом методе более высок риск возникновения осложнений и повреждения (рубцевания) почечной паренхимы. Он считает более безопасным применение комбинации с эндоскопическим лечением.

В окончании сессии проф. Палле Йорн Остхер (P.J. Osther) из Дании представил новые клинические рекомендации ЕАУ по МКБ.

Наши сотрудники в центре внимания мирового сообщества!

В воскресенье, после окончания тематической сессии по детской урологии, прошли несколько постерных сессий, посвященных вопросам детской урологии. В их числе была проведена **сессия по эмбриологии и гипоспадии**, в которой были представлены как фундаментальные исследования в области эмбриологии, так и более практически ориентированные работы по вопросам, связанным с гипоспадией.

Так, Сибрен Рынья (S.P. Rynja) представил результаты работы, в которой количественно была подтверждена эффективность предоперационной подготовки пациентов с гипоспадией с использованием тестостерона.

Наша коллега, детский уролог-андролог Татьяна Гарманова (ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России) представила **шкалу для оценки тяжести проявления гипоспадии до операции**, что, по мне-



нию автора, позволит более объективно оценивать предоперационное состояние пациента, прогнозировать результаты операции и сравнивать результаты различных операций между собой.



Сотрудники НИИ урологии и Uroweb.ru поздравляют Татьяну Гарманову с успешным выступлением на ЕАУ!

Доктор Набил Ахмед Закр (А.М. Nabil Ahmed Sakr) из Египта показал опыт своей клиники в использовании слизистой языка в качестве свободного лоскута при коррекции гипоспадии.

Никола Зампирьери (N. Zampieri) из Вероны продемонстрировал метод наложения повязки в послеоперационном периоде у пациентов с гипоспадией — повязка плотно фиксировалась к половому члену и менялась только через 7

дней после операции. По мнению автора, эти модификации позволили снизить частоту осложнений с 6 до 2%.

Мужское бесплодие. Обзор секционных материалов. Наука и практика



М.Н. Корзунов специально для Дайджеста урологии и UroWeb.ru

В этом году в рамках научной программы было представлено множество научных и практических материалов в современных аспектах. Остановимся на наиболее актуальных вопросах по тематике мужского бесплодия. В ходе постерных сессий обсуждались современные аспекты генетических проблем, особенностей диагностики и лечения разных форм мужского бесплодия, в том числе, методы ВРТ, криоконсервация.

Доктор Лин (Y. Lin) с коллегами из урологической клиники Тайваня проанализировали экспрессию гена BOLL — регулятора процесса мейоза сперматогенеза человека — и его роль в развитии тяжелой патоспермии. Ученые продемонстрировали, что низкая экспрессия гена BOLL способствует нарушениям сперматогенеза у бесплодных мужчин. ■

Аркадиуш Мьерник (A.J. Miernik) с соавторами из Фрайбургского университета Германии использовали гибкую микрооптическую систему для эндоскопической визуализации и оценки проходимости семявыносящих путей трансуретральным доступом. Манипуляция проводилась на трупе человека. Результаты показали возможность использования микроэндоскопии в андрологической практике. Однако авторы указали на необходимость усовершенствования технических аспектов данной процедуры и возможное последующее использованием лазерных методов лечения обструкции семявыносящих путей.

Авторы из Лондонского университета – Айвор Каллен (I.M. Cullen) и коллеги — провели работу, целью которой было определение связи между параметрами спермы, индексом фрагментации ДНК (ИФД) и возрастом мужчин, вступивших в ВРТ. В исследование были включены 117 пациентов. Была показана достоверная отрицательная корреляция между средним ИФД и стандартными параметрами спермы (концентрация и подвижность) и выраженная положительная корреляция между ИФД и процентом аномальных форм. Авторы сделали заключение о взаимосвязи между возрастом мужчины, данными спермограммы и вероятностью возникновения ДНК разрывов. Это имеет прогностическую ценность при оценке эффективности ВРТ.

Работа Каллена и соавторов из Вели-

кобритании была посвящена сравнительной оценке эффективности ИКСИ и ИМСИ в наступлении беременности у пар с неудачными протоколами ВРТ, мужским фактором с высоким индексом фрагментации ДНК сперматозоидов.

Данные были собраны в период с 2011 по 2012 гг. Выборка включила 54 наблюдения. Результаты работы не показали существенной разницы при использовании методов ИКСИ или ИМСИ в достижении беременности. Исследование позволяет предположить, что ИМСИ не решает проблему неудачных протоколов ВРТ при наличии высокого уровня ДНК фрагментации сперматозоидов.

Японские ученые во главе с Норитоши Энатцу (N. Enatsu) в эксперименте с крысами показали экспрессию хорошо известных почечных протеинов нефрина и подоцина на базальной мембране семенных канальцев и клеточных мембранах клеток Сертоли, а также исследовали характер экспрессии генов в тестикулярной ткани человека в зависимости от степени повреждения сперматогенеза. После введения цисплатина уровни экспрессии генов в семенниках крыс значительно снизились. Уровень экспрессии нефрина у пациентов с обструктивной азооспермией был значительно выше при сравнении с секреторной формой. Таким образом, нефрин-подоцин комплекс может играть важную роль в сперматогенезе как один из компонентов, связывающих клетки Сертоли и сперматоциты.

Тецухиро Йокониши (T.Y. Yokonishi) и

соавторы с кафедры урологии университета Иокогамы (Япония) выполнили интересную и очень актуальную экспериментальную работу, в которой показали возможность криоконсервации тестикулярной ткани у самцов крыс допубертатного возраста с последующим выращиванием сперматозоидов. Была описана методика, позволяющая добиться положительных результатов с последующими протоколами ИКСИ и рождением здорового потомства. Данное направление в будущем должно помочь в сохранении фертильности детей с онкологической патологией.

Совместная работа итальянских и британских урологов продемонстрировала, что гормональные и лабораторные показатели имеют важное прогностическое значение у молодых пациентов с первичным и вторичным бесплодием и теряют актуальность с возрастом. Пожилые мужчины со вторичным бесплодием имели более тяжелый соматический статус в отличие от таковых с первичным.

Кай Тина Штайнфельд (K.T. Steinfeld) из университета Гессена (Германия) доложила о результатах работы, в которой было показано, что смешанная атрофия яичек связана с сокращением объема яичка и плотностью сосудов. Уменьшение длины, объема и площади поверхности капилляров, а также низкий уровень тестостерона имеют тесную прямую связь с атеросклерозом сосудов и нарушением сперматогенеза.

Александр Хелая (A. Khelaia) с колле-

гами из Национального центра урологии Тбилиси оценили потенциальную роль дезлоратадина в коррекции патоспермии. Дезлоратадин является трициклическим антигистамином H₁-блокатором и стабилизирует мембраны клеток. В работе была показана положительная динамика параметров эякулята у пациентов с иммунологическим бесплодием и астенозооспермией. Однако авторы отметили, что необходимы дальнейшие исследования для оценки эффективности данной терапии, а также возможности ее использования перед процедурами внутриматочной инсеминации, ЭКО и ИКСИ.

Сотрудники кафедры андрологии из Тарту (Эстония) изучали качество спермы у мужчин среднего возраста в ассоциации с ПСА и возрастной патологией простаты.

Были обследованы 384 добровольца среднего возраста. Оценены репродуктивная функция, качество спермы, гормональные параметры, простата и уровень ПСА. Результаты показали снижение количества сперматозоидов и объема спермы у мужчин с повышенным уровнем ПСА. Кроме того, выявлено значительное различие в уровне ФСГ сыворотки крови у пациентов с доброкачественными, предраковыми и злокачественными изменениями простаты. Уровень ПСА показал отрицательную корреляцию с объемом спермы и общим количеством сперматозоидов. Исследователи указали, что, несмотря на то, что нет единого мнения о возможной связи ■

между мужским бесплодием, нарушениями репродуктивных показателей и патологий простаты, эта тема нуждается в дополнительных исследованиях с акцентом на возрастных особенностях репродуктивной функции и патологии предстательной железы.

Исследователи из Тегеранского университета продемонстрировали данные рандомизированного исследования, в котором приняли участие 100 мужчин с варикоцеле и бесплодием. Пациенты были разделены на 2 группы. Половине больных была выполнена варикоцелэктомия, другой части выполнена операция и назначена антиоксидантная терапия (L-карнитин 250 мг 3 раза в сутки в течение 6 месяцев). Оценка степени повреждения структуры ДНК сперматозоидов проводилась методом TUNNEL до, через 3 и 6 месяцев после операции. Результаты показали положительный эффект операции и дополнительную пользу антиоксидантной терапии уже через 3 месяца после вмешательства.

Георгиос Спилиопулос (G. Spiliopoulos) из Мюнстерского университета в Германии и его соавторы оценили прогностические факторы успешного клинического исхода микрохирургического восстановления проходимости СМВП после вазэктомии. Не было выявлено существенной связи между длительностью обструктивного интервала и послеоперационной проходимостью протоков.

Предоперационная концентрация ФСГ

в сыворотке и послеоперационный уровень альфа-глюкозидазы имеют высокую прогностическую ценность в отношении клинических результатов после реконструкции.

Совместная работа испанских и румынских ученых показала, что КТ облучение брюшной полости не изменяет параметры спермы и гормональные показатели, вызывая лишь временное снижение уровня ингибина В.

Коллеги из Милана и Лондона представили работу, посвященную метаболическому синдрому (МС) и бесплодию. Были проанализированы демографические, клинические и лабораторные данные 1 тыс. 169 бесплодных мужчин. У 9% пациентов был выявлен МС. Авторы отметили, что, несмотря на то, что мужчины с МС имеют более низкий статус здоровья, это не всегда сказывается на параметрах спермы.

В заключение хочется отметить, что научная и практическая деятельность связаны неразрывными узлами. Любой стандарт является следствием длительного и углубленного изучения проблемы. И практически любой ученый и специалист может внести свой вклад в развитие медицины. 29-й Европейский конгресс продемонстрировал неисчерпаемый научный потенциал урологического мира. Но чем больше мы узнаем, тем больше возникает вопросов, решить которые придется в ближайшем будущем. ■



URO+

ПОИСК

Первое мобильное приложение для урологов

*Всегда в курсе всех
урологических новостей!*



- УДОБСТВО
- БЫСТРОТА
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ



на платформе:
Mac OS, Android



Урологические встречи в Сибири

28 февраля в г. Новосибирске прошла конференция «Инновационные технологии диагностики, лечения и профилактики мочекаменной болезни. Мужское здоровье – стратегия развития», в которой приняли участие более 120 урологов Сибири, занятых в медицинской системе ОАО «РЖД».



*Необъятная земля;
Край преданий и туманов.
Кедры древние хранят
Заклинания шаманов.
Семь холмов, Иртыш-река;
Кедрачи у крутояра,
Помнят струги Ермака,
Помнят княжество Самара.*

С.Д. Петров, Поэт Сибири

С приветственным словом выступили министр здравоохранения НСО д.м.н., профессор Л.В. Шаплыгин и главный уролог Новосибирской области д.м.н, профессор В.И. Исаенко.

Урологическая служба Западно-Сибирской железной дороги представляет собой отделения урологии на 105 коек (ОКБ на ст. Барнаул и ст. Омск, УБ на ст. Белово, ДКБ на ст. Новосибирск) и хорошо развитое амбулаторное звено. В 2013 году на этих урологических койках была оказана стационарная помощь 3971 пациентам и выполнено 2781 операций.

Большое внимание на ЗСЖД уделяется мочекаменной болезни, т. к. она включена в Приказ №796 Минздрава РФ и является причиной для отстранения от работы работников ЖД, обеспечивающих безопас-

ность движения поездов. Те сотрудники, у которых выявлена МКБ, могут быть отстранены от выполнения своих служебных обязанностей.

Структура оперативных вмешательств при мочекаменной болезни у работников ОАО «РЖД» на Западно-Сибирской железной дороге была представлена зав. урологическим отделением ДКБ г. Новосибирска к.м.н. К.Г. Нотовым. В урологическом центре ДКБ доля больных с МКБ в 2013





году составила 43%. Из всего количества операций (см. выше) 1145 (41%) были выполнены по поводу МКБ, причем доля открытых операций составила только 2,3%.

В урологическом отделении ДКБ г. Новосибирска за 11 лет проведено 3633 ДЛТ и 1934 уретероскопий (диагностических, контактных уретеролитотрипсий, литоэкстракций). Конечно, при лечении МКБ встречаются сложности организационного плана – например, все ДЛТ проводятся с обязательной госпитализацией пациентов, т. к. не решен вопрос о наблюдении этой категории пациентов после процедуры с высоким риском развития обструктивного пиелонефрита. У пациентов, которым выполняется лечение МКБ с применением перкутанных методик (112 операций в 2013 году), имели место лишь 2,2% осложнений. Таким образом, К.Г. Нотов отметил, что сегодня хирургическое лечение МКБ на ЗСЖД – это в 97,7% современные малоинвазивные технологии.

Своим опытом лечения пациентов с МКБ поделились коллеги из Томска (А.В. Гудков, В.С. Бощенко, М.С. Лозовский). В своей работе они применяют электроимпульсный контактный литотриптор «Уролит» (Lithotech Medical, Израиль, ООО «МедЛайн», г. Томск, Россия), ■

МЕДЛАЙН
ТОМСК, РОССИЯ

Электрoимпульсный литотриптор
«Уролит»

**БЫСТРОЕ И ЭФФЕКТИВНОЕ
ДРОБЛЕНИЕ МОЧЕВЫХ КАМНЕЙ
ИЗ ЛЮБОГО ДОСТУПА
БЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЯ ТКАНЕЙ
И ОПТИКИ
ПО МИНИМАЛЬНОЙ ЦЕНЕ**

www.medline-ltd.com

ООО «МедЛайн»,
634055, Россия, г. Томск,
пр. Академический, 8/2

Тел.: +7(3822) 49-28-26
tomsk_medline@mail.ru
www.medline-ltd.com

с помощью которого определены возможные пути повышения эффективности ретроградной контактной электроимпульсной литотрипсии. Суть экспериментального раздела исследования заключалась в сравнении эффективности разрушения камней в зависимости от разных изменяемых физических параметров. Результаты показали, что эффективность этого метода лечения зависит от увеличения энергии в импульсе, частоты следования импульсов, диаметра зонда. Также эффективность метода повышается при комбинированном применении электроимпульсного и лазерного методов контактного дробления.

Заведующий урологическим отделением на ст. Иркутск-Пассажирский, ОАО "РЖД" П.В. Рожанский представил доклад «Заболеваемость и лечение МКБ на Восточно-Сибирской ЖД». По итогам 5-летнего периода (2009-2013 гг.) заболеваемость МКБ в Иркутской области распределена неравномерно, носит зональный характер, выявлены районы, эндемичные по МКБ – максимальная распространенность мочекаменной болезни среди взрослого населения выявлена в г. Усть-Илимске, Тайшете, Казачинско-Ленском районе. На сегодняшний день 30% всех больных урологических стационаров – больные МКБ. В урологическом отделении НУЗ ДКБ на ст. Иркутск-Пассажирский за период с 2008 по 2013 год количество таких больных составило от 33,2% до 37,4%.

Урологический центр, возглавляемый

докладчиком, оснащен аппаратом «Siemens Modularis Variostar», благодаря чему количество открытых операций значительно снизилось. Так, например, в 2009 году из 136 операций по поводу МКБ все были выполнены открытым путем. В 2013 году из 372 операций количество открытых составило только 24 операции, остальные были выполнены либо эндоскопически (173), либо с помощью ДЛТ (175). П.В. Рожанский отметил, что в 2013 году операции по поводу МКБ составили 52% от общего количества операций в центре. Все ДЛТ выполнены на аппарате «Siemens Modularis Variostar». Такое лечение прошли 175 пациентов, всего сеансов ДЛТ выполнено 178 (3 повторных). Отмечены низкий процент осложнений, высокая эффективность – 97,8% камней разрушаются за один сеанс – низкая лучевая нагрузка, снижение средней длительности лечения койко-дня – до 2,1 при ДЛТ. Аппарат позволяет успешно дробить крупные камни и даже камни больших размеров. В послеоперационном периоде пациента назначался Роватинекс, который способствовал выведению мелких фрагментов камней после ДЛТ за счет спазмолитического, диуретического и противовоспалительного действия. Применение этого препарата позволило в послеоперационном периоде избежать формирования «каменной дорожки» у большинства пациентов и способствовало быстрому и практически безболезненному отхождению фрагментов камней.

Об оперативном лечении кораллоидного уролитиаза, имеющего злокачествен-

Ф.П. Капсаргин



ное течение и склонность к рецидивированию, рассказал в своем выступлении главный уролог Красноярского края Ф.П. Капсаргин. Опыт наблюдения докладчика включает 79 пациентов (26 мужчин и 53 женщины), средний возраст которых составил около 48 лет. Из этого количества людей у 54 диагноз был установлен впервые, у остальных же был отмечен рецидив заболевания. Из сопутствующих урологических заболеваний можно выделить нефросклероз, пионефроз, подковообразные почки, ДППЖ. Размеры камней варьировались от 1,5 см до 9,5 см. На этапе диагностики всем пациентам выполнялись УЗИ в 3D-режиме и МСКТ. Ф.П. Капсаргин подробно рассказал о тактике ведения пациентов согласно классификации коралловидных камней, о результатах лечения и отметил, что чрескожные малоинвазивные оперативные вмешательства являются

операцией выбора при лечении коралло-видного нефролитиаза любой степени с эффективностью, аналогичной классическому хирургическому вмешательству.

Результатами использования препаратов на основе терпенов (Роватинекса) и роли фитотерапии в лечении мочекаменной болезни поделился д.м.н., старший научный сотрудник НИИ урологии Яровой С.К.

С.К. Яровой



Эффективность препарата «Роватинекс» для лечения МКБ всесторонне доказана – препарат находится на службе у урологов уже более 60 лет, за это время проведено несколько крупных исследований – как в Европе, так и в России, в которых приняли участие более 2000 пациентов.

По данным НИИ урологии (Москва) вероятность самостоятельного отхождения 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. Результаты исследования, проведенного в НИИ урологии, опубликованы в журнале «Экспериментальная и клиническая урология».

Для мочегонных фитопрепаратов характерен антисептический эффект, которым в полной мере обладает Роватинекс. 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 (Азизов А.П., 2011).

При комплексной терапии хронического обструктивного пиелонефрита Роватинекс выступает в качестве диуретика, обладающего антисептическим действием, способного потенцировать эффекты антибактериальных средств и сокращать сроки достижения ремиссии. В связи с практически полным отсутствием побочных действий и токсичности Роватинекс может назначаться на длительный срок при стентировании мочеточника для предотвращения инкрустации дренажа.

Несколько докладов было посвящено обсуждаемому в настоящее время в ми-

ровой урологии методу – эмболизации артерий предстательной железы при ДГПЖ. Нужно отметить, что в Новосибирске накоплен большой опыт применения этого метода благодаря профессиональному взаимодействию урологов и ангиохирургов. О результатах применения ЭАП доложили к.м.н. К.Г. Нотов и к.м.н. Г.В. Ким.



В 2009 году Carnivale FC и соавторы представили свои первые данные по успешной эмболизации простаты у двух пациентов, а в 2010 году португальские исследователи во главе с Pisco J.M. опубликовали данные по результатам применения нового метода в лечении доброкачественной гиперплазии простаты – эмболизацию артерий простаты. Метод сочли технически успешным у 14 из 15 пациентов (93,3%).

В России данные о применении этого метода появились в 2010 году – отечественные исследователи (Яковец Е.А.,

Неймарк А.И., Карпенко А.А., Яковец Я.В.) доложили об опыте эмболизации артерий простаты у 40 больных с высоким риском оперативного вмешательства. Такой метод лечения позволил на фоне снижения выраженности клинических проявлений уменьшить объем предстательной железы на 50%, объем аденоматозного узла – на 43%. О высокой эффективности эмболизации свидетельствуют и работы других авторов.

С марта 2011 года в урологическом отделении НУЗ ДКБ (г. Новосибирск) выполнена 31 эндоваскулярная окклюзия артериального русла простаты. Возраст пациентов составил от 55 до 86 лет, средний возраст – 71 год. Практически все пациенты имели серьезную сопутствующую патологию (ИБС, ПИКС, нарушения ритма сердца, артериальную гипертензию, сахарный диабет, ОНМК в анамнезе), 78% пациентов страдали избыточной массой тела. ИМТ колебался от 18 до 41 (средний ИМТ 29). При проведении эмболизации использовались микрокатетеры Balt Vascj+2,1F, Balt Set Eclipse, Terumo Progreat 2,1F, Terumo Progreat 2,8F, микроэмболы Biosphere Medical.

Показаниями к ЭАП являются:

- ДГПЖ, проявляющая себя нарушением мочеиспускания (странгурия, ирритативная симптоматика) и/или размерами более 50 куб. см, резистентная к медикаментозному лечению;

- наличие у пациента противопоказаний к стандартному оперативному вмешательству на фоне выраженной сопут-

ствующей патологии (ожирение, тяжелое течение сахарного диабета, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, перенесенный инфаркт миокарда, перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения и др.);

- кровотечения из варикозно расширенных вен шейки мочевого пузыря на фоне ДГПЖ, не купируемые консервативными методами;

- наличие у пациента выполненной ранее цистостомы по поводу задержки мочи на фоне ДГПЖ.

Противопоказания к выполнению ЭАП:

- непереносимость контрастных веществ;

- наличие острых воспалительных заболеваний;

- наличие декомпенсированных заболеваний (тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность, хроническая почечная недостаточность, дыхательная недостаточность и т.д.);

- состояние после перенесенного инфаркта миокарда или острого нарушения мозгового кровообращения в срок до 3 месяцев;

- наличие флоттирующих тромбов в бассейне вен нижних конечностей;

- анемия;

- тяжелые коагулопатии;

- аномалии анатомического строения подвздошных сосудов или окклюзионно-стенотические поражения подвздошных сосудов, технически не позволяющие выполнить процедуру. ■

Автор доклада К.Г. Нотов подробно остановился на методике эмболизации.

После пункции правой бедренной артерии в её проекции на 3 см ниже паховой складки по Сельдингеру устанавливался интродьюсер, по которому во внутреннюю подвздошную артерию справа вводили катетер Робертса (маточный), с последующим проведением микрокатетера. Последний заводился в простатическую ветвь нижней мочепузырной артерии, и по нему вводились микроэмболы 200-300 мкм в объеме до 0,25 мл с контролем эмболизации с помощью контрастирования.

До операции объем предстательной железы, по данным ТРУЗИ, находился в пределах от 54 до 264 см³. В среднем объем предстательной железы составил 104 см³. По данным контрольных ТРУЗИ, проведенных спустя 3 месяца после операции, объем простаты уменьшился в среднем до 57,4 см³ (54,7 % от исходного, то есть на 45,3%). Qmax по сравнению с дооперационными результатами уменьшилась на 60,7% и составила в среднем 15,8 мл/сек, а средний объем мочи при мочеиспускании стал около 254, 34 мл.

Пятерым пациентам операция была выполнена на фоне острой задержки мочеиспускания и постоянной катетеризации.

Из осложнений ЭАП наблюдались невозможность селективной катетеризации обеих нижнепузырных артерий – 1 пациент (впоследствии выполнена

ТУР), некроз слизистой наружного отверстия уретры – 2 пациента (консервативная терапия, выздоровление).

Необходимо отметить, что Сибирь – это уникальный по своим природным характеристикам регион. Именно поэтому сибирские урологи стараются использовать весь потенциал местных климатических особенностей в лечении урологических пациентов, в том числе, с диагнозом МКБ. Об этом рассказал в своем выступлении к.м.н., врач высшей квалификационной категории, гл. врач санатория «Рассветы над Бией» Е.В. Лебедев. Лечение пациентов с уролитиазом немислимо без профилактики рецидивов – эту задачу помогает решить включение в схему лечения питьевой воды «Серебряный ключ» (слабоминерализованная серебросодержащая вода известного Бехтемировского месторождения (Республика Алтай).

В рамках конференции состоялась выставка компаний-производителей урологических препаратов и оборудования, в ходе которой было представлено немало новинок фармотрасли и новейших разработок диагностического и лечебного оборудования. ■



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

Доказанный литокинетический эффект

При уролитолизе Роватинекс увеличивает долю пациентов с полным освобождением от камней в 2,8 раза*

Традиционная терапия

Терапия + Роватинекс



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

Роватинекс назначается взрослым и детям с 6 лет

Фитопрепарат с литолитическим, спазмолитическим, антибактериальным и диуретическим действием. 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

Производитель: Рова Фармасьютикалс Лтд, Ирландия
Официальный дистрибьютор - ЗАО "Мединторг"
+7 (495) 921-25-15 | www.medintorg.ru

Встреча на высоте



В. А. Шадркина
руководитель проекта
«Дайджест урологии»

На Юго-Востоке Башкирского Зауралья, на высоте 450 м над уровнем моря, в окружении гор расположилось самое глубоководное озеро Башкирии – Якты-Куль (оз. Банное). Живописная природа, чистейший горный воздух, тишина и покой окружающей природы сопровождали участников Республиканской научно-практической конференции «Роль природных факторов в лечении урологических заболеваний, репродуктивного здоровья мужчины».



28-29 марта в санатории «Якты-Куль» Абзелиловского района Республики Башкортостан состоялась Республиканская научно-практическая конференция «Роль природных факторов в лечении урологических заболеваний, репродуктивного здоровья мужчины».



С приветственным словом к участникам обратились ректор ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, проф. **Валентин Николаевич Павлов**, директор ГУП санаторий «Якты – Куль» **Сергей Георгиевич Никифоров**. В работе конференции принял участие известный летчик-космонавт **Ревин Сергей Николаевич**, – отметивший высокое значение природных факторов в сохранении и восстановлении мужского здоровья, а также высокие стандарты организации санаторно-курортного лечения в санатории Якты-Куль.



С программным докладом «Метастатический кастрационно-резистентный рак предстательной железы – механизмы развития, критерий диагностики. Современные подходы к лечению» выступил профессор **Б.Я. Алексеев**.

Большая часть научной программы была посвящена проблеме эректильной дисфункции (ЭД), как одной из наиболее

значимых проблем мужского здоровья. Этой теме посвятили свои выступления профессор **В.В. Борисов**, проф. В.З. Галимзянов, доц. **М.В. Пчелинцев**.

Доцент кафедры урологии МГМСУ к.м.н. **П.И. Раснер** обратил внимание урологов на новые подходы в лечении пациентов с симптомами нарушения функции нижних мочевых путей. Существует доказанная связь между ЭД и СНМП – у 72% пациентов с СНМП имеются нарушения эрекции и только 37% пациентов с СНМП не имеют этих нарушений. В 77,6% случаев у мужчин с сочетанием доброкачественной гиперплазией предстательной железы и СНМП имеются эректильная дисфункция, поэтому такие пациенты, отметил докладчик, требуют особого подхода.



На Конгрессе урологов в Милане в 2013 году три ингибитора ФДЭ-5 (варденафил, силденафил, тадалафил) были включены в рекомендации ЕАУ по лечению ■



Участники выставки

пациентов с сочетанием СНМП и ДГПЖ, уровень доказательности составил 1b класс А. Но, только тадалафил является ингибитором ФДЭ-5 типа, официально разрешенным к применению для лечения СНМП. Уже через неделю применения Сиалиса 5 мг снижается IPSS, увеличивается Qmax и объем мочеиспускания, растет балл ПЕФ. Таким образом, Сиалис 5 мг является решением сразу двух проблем – нарушения мочеиспускания и эректильной дисфункции.

Большой интерес у урологов вызывает проблема андрогенного дефицита и метаболического синдрома. В одном из докладов многие урологи впервые услы-

шали термин «экополлютанты». **Э.Р. Галимова** представила доклад по экополлютантам (химические загрязнители окружающей среды) и их связи с репродуктивным здоровьем мужчин.

Учитывая, что встреча урологов проводилась на Якты-Куле, многие доклады были посвящены влиянию природных факторов на мужское здоровье, а также методам санаторно-курортного лечения урологических заболеваний у мужчин. Участникам конференции удалось совместить научную часть мероприятия и активным отдыхом – прогулками по терренкуру вдоль озера Банное и катанием на горных лыжах. ■

Сиалис® 5 мг

5 ПРИЧИН, ЧТОБЫ ПАЦИЕНТ ДОВЕРЯЛ ИМЕННО ВАМ



1. Вы назначаете эффективное лечение пациентам как с ЭД, так и с СНМП при ДГПЖ
2. Лечение, которое Вы назначаете хорошо переносится
3. Вы рекомендуете одно решение двух проблем
4. Вы даете возможность пациенту восстановить спонтанность сексуальных отношений
5. Вы используете хорошо изученное и надежное лечение

Сиалис® 5 мг – одно решение двух проблем

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ СИАЛИС 5 МГ

Для более подробной информации о Сиалис®

Международное (непатентованное) название: Тадалафил.

Фармакологическая форма: Таблетка, покрытая пленочной оболочкой.

Фармакологическая группа: Ореховый дисфункции средство лечения, 5α-3 ингибитор.

Свойства и применение: Ореховая дисфункции. Симптомы низких мочевых путей у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Ореховая дисфункции у пациентов с симптомами низких мочевых путей на фоне доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Противопоказания: Повышенная чувствительность к тадалафилу или к любому веществу, входящему в состав препарата; В случае приема препаратов, содержащих любые органические нитраты; Приемные у лиц до 18 лет; Наличие противопоказаний к сексуальной активности у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы: инфаркт миокарда в течение последних 90 дней, нестабильная стенокардия, вазомоторные приступы стенокардии во время полового акта, хроническая сердечная недостаточность II – IV классы по классификации КНУН, неконтролируемая аритмия, артериальная гипотензия (АД ниже 90/50 мм рт.ст.), неконтролируемая артериальная гипертония, ишемический инсульт в течение последних 6 месяцев; Потеря зрения вследствие наследственной передней ишемической нейропатии зрительного нерва (вне зависимости от связи с приемом ингибиторов 5α-3). Одноореховый прием, доказавший, а также генеральных средств для лечения ореховой дисфункции; Часто (более 2 раз в неделю) применение у пациентов с хронической почечной недостаточностью (клиренс креатинина менее 30 мл/мин); Дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция.

Способ применения и дозы: Для приема внутрь. Применение препарата Сиалис® по локальной ореховой дисфункции (ЭД). Для пациентов с частой сексуальной активностью (более двух раз в неделю): рекомендуемая частота приема – ежедневно, один раз в сутки 5 мг, в одно и то же время,

вне зависимости от приема пищи. Суточная доза может быть снижена до 2,5 мг в зависимости от индивидуальной чувствительности. Для пациентов с частой сексуальной активностью (более двух раз в неделю): рекомендовано назначение препарата Сиалис® в дозе 20 мг, непосредственно перед сексуальной активностью согласно инструкции по медицинскому применению препарата. Максимальная суточная доза препарата Сиалис® составляет 20 мг. Применение препарата Сиалис® по показанию ДГПЖ или ЭД/ДГПЖ. Рекомендуемая доза препарата Сиалис® при применении один раз в сутки составляет 5 мг; препарат следует принимать приблизительно в одно и то же время дня, независимо от времени сексуальной активности. Продолжительность лечения устанавливается врачом индивидуально. У пациентов с почечной недостаточностью легкой степени тяжести (клиренс креатинина от 31 до 50 мл/мин) и средней степени тяжести (клиренс креатинина от 31 до 50 мл/мин) коррекция дозы не требуется. У пациентов с тяжелой степенью почечной недостаточности (клиренс креатинина <30 мл/мин и на гемодиализе) применение препарата Сиалис® один раз в сутки не рекомендуется.

Побочные действия: Наиболее частыми нежелательными явлениями у пациентов с ореховой дисфункцией являются: головная боль и диспепсия, а также боль в спине, миалгия, «приливы» крови к лицу, заложенность носа. Наиболее частыми нежелательными явлениями у пациентов с ЭД/ДГПЖ являются: головная боль и диспепсия, боль в конечностях, гастроэзофагеальный рефлюкс, миалгия.

Способ применения: Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 2,5 мг, 5 мг. По 14 таблеток в блистер, состоящий из фольги алюминиевой ламинированной и пленки ПВХ/ПЭ/ПХФЭ. По 1 или 2 блистера вместе с инструкцией по применению помещают в ланку картонной.

За подробной информацией обращайтесь к инструкции по медицинскому применению препарата Сиалис® 5 мг.

Генеральный производитель: ПЛ-000133 от 11.01.2011

www.ochenprosto.ru

Тел. +7 495 258 5001. Факс +7 495 258 5005. mediainfo_russia@lilly.com
ООО «Лилли Фарма» 123317 Москва, Гресьневская наб., д.10

Lilly

Роботы в жизни и медицине



К.Б. Колонтарев
К.м.н., врач-уролог
кафедра урологии
МГМСУ (Москва)

Согласно Американскому институту по изучению роботической техники (*The Robot Institute of America*), робот представляет собой репрограммируемый мультифункциональный манипулятор, предназначенный для перемещения / передвижения материалов, предметов, их частей или иных специализированных устройств с целью выполнения различных задач.

*В словаре Вебстера (*Websters' English Dictionary*) робот определяется как «автономный аппарат или устройство, осуществляющий различные действия, свойственные человеку, и выполняющий их как будто под контролем человеческого разума».*

Вышеуказанные определения робота объединяют три основных функции – способность выполнять определенные действия, возможность решать различные задачи на запрограммированной основе, а также способность робота интерпретировать и модифицировать ответы на команды оператора.

Исторические факты: роботы до нашей эры

Если обратиться к истории, то становится ясно, что с древних времен человечество пыталось использовать машины для облегчения своего труда, выпол-

нения наиболее тяжелой работы, требующей значительных физических усилий. Однако, в IX в до н.э, впервые роботизированное устройство было предложено для развлечения.

Древнегреческий философ, математик и механик Архит Тарентский (428-347 до н.э.) спроектировал **первую летающую машину** – деревянную птицу, способную самостоятельно двигать крыльями при помощи пара и перемещаться на расстояние до 200 метров.

Следующим шагом стало изобретение древнегреческим математиком Ктесибием Александрийским (285-222 г.г до н.э.) в 250 году до н.э. хитроумных водяных часов, названных **клепсидами**,



ставшими самыми точными определителями времени вплоть до изобретения в XVII веке голландским физиком Христианом Гюйгенсом маятника для поддержания незатухающих колебаний.

Да Винчи: его робот и последователи

Великий итальянский ученый, анатом, естествоиспытатель, художник и архитектор Леонардо да Винчи (1452-1519) создал несколько так называемых манекенов, способных выполнять запрограммированные действия. В его коллекции нашлось место механическим птице и льву способному ходить, подниматься на задние лапы и даже преподнести букет лилий королю Франции. Однако, самым интересным экспонатом стал созданный в 1495 году механический манекен в форме вооруженного рыцаря, получивший название «**Робот Леонардо**».



Робот Леонардо

В эпоху Возрождения имели место еще несколько случаев создания подобных манекенов. Наиболее знаменитыми стали **женщина, играющая на лютне**, созданная Джиаanelло Ториано в 1540 году и ребенок Пьера Жаке Дро, представленный в 1772 году. В 1801 году был предложен для применения **автоматизированный ткацкий стан узорчатых материй**, способный к программированию при помощи перфокарт, сходными с картами, применявшимися для программирования ЭВМ в 1960-70-х годах. Автором данного устройства стал французский изобретатель Жозеф Мари Жаккар (1752-1834), а стан получил название «Машина Жаккара».

В 1865 году Эдвард Эллис (Edward S. Ellis) в своём историческом романе «Громадный охотник, или Паровой Человек в прериях» («The Huge Hunter, or the Steam Man of the Prairies») поведал миру об одарённом конструкторе — Джонни Брейнерде (Johnny Brainerd), который первым построил «человека, который движется на пару». **Паровой Человек** не был роботом в полном смысле этого слова — скорее, это был паровоз в форме человека. По свидетельствам очевидцев, первый Паровой Человек мог двигаться со скоростью до 30 миль в час (около 50 км/час), а фургон, запряжённый этим механизмом, шёл почти так же стабильно, как железнодорожный вагон. Единственным существенным недостатком была необходимость постоянно возить с собой ■

огромное количество дров, ведь «подкармливать» Парового Человека приходилось непрерывно. Судя по всему, разбогатев и получив образование, Джонни Брейнерд хотел усовершенствовать свою разработку, но вместо этого в 1875 году продал патент Фрэнку Риду-старшему (Frank Reade).



Паровой человек в прериях

Спустя год Рид строит свою улучшенную версию Парового Человека — Steam Man Mark II. Второй «паровозочеловек» стал на пол-метра выше (3,65 метра), получил фары вместо глаз, а пепел от сгоревших дров высыпался на землю через специальные каналы в ногах. Кроме того, благодаря особой поршневой системе удалось усилить мощность обеих ног, снизить вес всей конструкции за счет сплавов, так что скорость Mark II была существенно выше, чем у предшественника — до 50 миль в час (более 80 км/час). Несмотря на очевидный успех второго по счёту Парового Человека, Фрэнк Рид стар-

ший, разочаровавшись в паровых двигателях в целом, оставляет затею и переключается на электрические модели. В 1898 году известнейший физик, инженер и изобретатель Никола Тесла (Nikolas Tesla, 1856-1943), в Нью-Йорке, США продемонстрировал возможность дистанционного управления устройствами при помощи сконструированной им лодки на радиоуправлении.

Век XX: механические руки и Дженерал Моторс

В современной истории впервые слово «робот» применил чешский писатель Карел Чапек (Karel Capek) в своей научно-популярной пьесе «R.U.R» (Rossum's Universal Robots) в 1923 году. Слово «робот» происходит от чешского слова «robota», обозначающего тяжелый физический труд. Действие пьесы происходит в недалеком будущем, где были созданы и продавались для выполнения тяжелой работы роботы. С течением времени роботы стали высоко-интеллектуальными, приобрели способность к мышлению, принятию независимого решения, а также осознали свое ментальное и физическое превосходство над людьми. В последующем, объявив войну всей человеческой расе, роботы победили и уничтожили все живое на планете.

Айзек Азимов (Isaac Asimov) в романе «Хоровод» (Runaround, 1942) предложил для использования слово **робототехника**

и сформулировал так называемые **законы робототехники**, которые стали непреложными для многих писателей. Первые функциональные роботы появились в середине XX века. В 1954 году Джордж Девол (George Devol) и Джо Энглебергер (Joe Engleberger) разработали роботическую руку, управляемую посредством электронного контролера. Движения руки программировались и осуществлялись при помощи гидравлической системы. Данное устройство получило название «Анимэйт (Unimate)». Впервые роботическая рука была применена на конвейерах сборки автомобилей компании Дженерал Моторс (General Motors). Дальнейшее развитие устройство приобрело в 1978 году, когда Виктор Шейнман (Victor Scheinman) предложил свое изобретение под названием «P» (Programmable Universal Manipulation Arm (PUMA)). Основными отличиями от предыдущей модели

стали наличие большей свободы движений и способности выполнять Универсальная программированная рука-манипулятор более сложные технические задания. Более того устройство PUMA оснащалось электроприводом. Все это позволило изобретению стать эталоном промышленного робота на многие годы.

Век XXI: «живые» роботы

К настоящему времени функциональные роботы продолжают развиваться и уже способны не только самостоятельно передвигаться (Cart, Genghis, Shadow Viped), но и взбираться по лестницам и переносить грузы (Asimo, Honda), играть на музыкальных инструментах (Partner), изображать домашних животных (Aibo, iCybie), собирать образцы породы на Марсе (Sojourner), обеспечивать работу международной космической станции (SSRMS), а также участвовать в поиске и спасении людей в чрезвычайных ситуациях. ■



PUMA



Partner

Роботическая техника в медицине

Роботизированные технологии приобретают все большую популярность в медицинской отрасли. Многочисленные роботические системы были предложены для помощи инвалидам и пожилым людям. Автоматические программируемые инвалидные кресла облегчают жизнь пациентам с частичной или полной утратой способности передвижения. Для помощи пожилым пациентам разработан целый ряд роботизированных устройств, способных не только напомнить о необходимости своевременного приема лекарственного средства (Nursebot), но и заменить доктора у постели больного (RP-6 robot). При этом специалист общается с пациентом посредством **интернет технологий**.

Существует целый ряд роботических решений для применения в системе здравоохранения без непосредственного кон-

такта с пациентами. К ним относятся лабораторные и транспортные системы. Роботизированные лабораторные комплексы способны обеспечить бесперебойное функционирование многопрофильного учреждения с минимальной затратой человеческих ресурсов, что несомненно является экономически выгодным аспектом.

История развития хирургических роботических систем начинается с использования в нейрохирургической манипуляции в 1985 году системы **Programmable Universal Manipulation Arm (PUMA) 560** для выполнения точечной биопсии головного мозга под КТ наведением. К настоящему времени применение данной технологии прекращено по соображениям безопасности. В 1988 году для выполнения автоматизированной трансуретральной резекции простаты (ТУРП) была разработана роботическая система **Probot**. В том же году была выполнена первая ТУРП. Для этого в



PUMA 560



ROBODOC



PROBOT



предоперационном периоде была сконструирована 3-D модель простаты, края резекции были очерчены хирургом, а траектории движения резектоскопа рассчитаны роботической системой.

Robodoc [IBM] стала первой роботической системой, предложенной для применения в ортопедии при протезировании тазобедренных суставов. В последующем появлялись усовершенствованные модели, обладающие способностью в автоматическом режиме выполнять необходимые манипуляции для завершения процедуры замещения тазобедренного сустава (Caspar system, Acrobot).

К началу 1995 года была разработана нейрохирургическая роботическая система **Minerva**, использующая данные динамического КТ, что позволяло вносить коррективы в ход процедуры в режиме реального времени. Однако, необходимость нахождения пациента в аппарате КТ на протяжении всей манипуляции существенно ограничило применение системы.

К настоящему времени разработана хирургическая роботическая система **Suberknife** для выполнения ультраточной лучевой терапии злокачественных новообразований головного мозга. Для достижения максимально возможной аккуратности при облучении используется технология пошаговой корреляции изображений дооперационного КТ и рентгеновских исследований, проводимых в ходе манипуляции в режиме реального времени.

В 1994 году компания Computer Motion изготовила первого робота-хирурга, полу-

чившего сертификат US FDA – **Automated Endoscopic System for Optimal Positioning (AESOP)**. Это была механическая рука, наделенная семью степенями свободы движений и предназначенная для автоматического изменения положения эндоскопа. Двумя годами позже AESOP "приобрел" слух и смог выполнять голосовые команды хирурга. А в 1998 году появился его "дальний родственник" – активный **робот ZEUS**, предназначенный для дистанционной эндоскопической хирургии.

Роботическая дистанционная телемедицина

Разработки в области роботической дистанционной телемедицины были одновременно начаты тремя государственными организациями в США, что привело к созданию военного прототипа, способного обеспечить помощь раненым непосредственно на поле боя. При этом хирург находился глубоко в тылу и осуществлял манипуляции дистанционно при помощи телевизионной трансляции. Компании Intuitive Surgical Inc. (Sunnyvale, CA, USA) удалось выкупить прототип для применения в гражданских целях. Результатом стало появление **хирургической роботической системы da Vinci**, основанной на принципах дистанционной телемедицины. В настоящее время система da Vinci является неоспоримым лидером в области роботической хирургии. ■

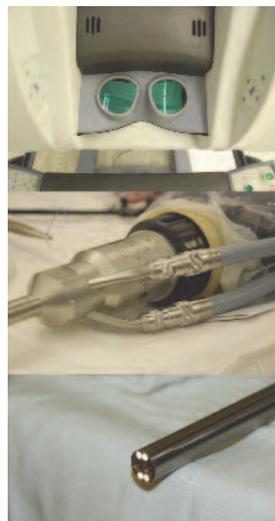
Система da Vinci состоит из трех компонентов:



1. Консоль хирурга



2. Тележка пациента



3. Оптическая система

Консоль хирурга является панелью управления всей системой и местом работы оператора, осуществляющего управление тремя инструментами-манипуляторами и камерой тележки пациента при помощи двух джойстиков и ножных педалей. Движения рук хирурга полностью копируются джойстиком и передаются на манипуляторы, нивелируя тремор и обеспечивая возможность прецизионной диссекции. Ножные педали обеспечивают активацию процесса коагуляции (система оснащена как монополярным, так и биполярным типом коагуляции), переключение между рабочими манипуляторами и камерой, а также фокусировку оптической системы. При помощи консоли хирург обладает возможностью удаленного управления системой, таким образом, консоль может быть расположена за пределами операционной.

Эффект присутствия обеспечивается **оптической системой**, состоящей из двух параллельных камер, передающих изолированное изображение для каждого глаза. При этом передаваемое изображение является трехмерным, что позволяет хирургу определять объемное положение органов и тканей пациента в пространстве. Каждая камера оснащена собственным источником света, имеет собственную панель управления. Для получения реального 3-D изображения одним из компонентов высокотехнологичной оптической системы является синхронизатор, обеспечивающий равномерное восприятие изолированных сигналов обоими глазами хирурга. Связь хирурга с операционной обеспечивается при помощи микрофона и динамиков, расположенных как на консоли хирурга, так и на



тележке пациентка, находящейся в операционной.

Тележка пациента несет на себе рабочие манипуляторы и находится в непосредственном контакте с пациентом во время выполнения всей процедуры. Три манипулятора, с закрепленными на них инструментами, а также один манипулятор с камерой связаны с консолью хирурга при помощи компьютерного интерфейса. Во время подготовки тележки пациента к операции все манипуляторы одеваются в специальные стерильные чехлы и остаются в них на протяжении всей процедуры. Для выполнения роботической хирургии используются инструменты EndoWrist, созданные по образцу человеческого запястья и обладающие семиградусной свободой движения, превосходящие объем движений кисти человека. Набор инструментов EndoWrist включает разнообразие зажимов, иглодержателей, ножниц; монополярных и биполярных электрохирургических инструментов; скальпелей и других специализированных инструментов (всего более 40 типов). Инструменты EndoWrist могут иметь диаметр 5 или 8 мм. Важной особенностью является четкое ограничение использования инструментария. Каждый инструмент может быть применен лишь десять раз, при этом при смене инструментов интерфейс распознает тип нового инструмента и число его использований. Дополнительное оборудование, необходимое для выполнения оперативного пособия располагается на стойке оборудования и включает в себя инсуфлятор,

коагулятор, источник света, аспиратор и ирригатор. Также на стойке расположен дополнительный монитор для ассистента и компоненты оптической системы.

Система da Vinci – начало

Валидизация системы da Vinci была начата кардиохирургами. В 1999 году было опубликовано первое сообщение об успешном выполнении аорто-коронарного шунтирования при помощи хирургической системы da Vinci. Огромную работу выполнила группа ученых из Лейпцига (Leipzig group), результатом которой стала публикация целого ряда сообщений об успешном выполнении различных кардиохирургических вмешательств, в т.ч. и на «включенном» сердце. В феврале 2002 года кардиохирурги из Columbia Presbyterian Medical Center сообщили о первом в США проведении аорто-коронарного шунтирования с использованием системы da Vinci. Сложная, но малоинвазивная операция была проведена через три небольших разреза (8-15 мм) грудной клетки для введения двух манипуляторов и эндоскопа. В ноябре 2002 года на сессии American Heart Association были представлены результаты 15 операций по устранению врожденного дефекта межпредсердной перегородки, проведенных в той же клинике, что положило начало открытой роботической хирургии сердца без «вскрытия» грудной клетки.

Примерно в то же время был опубликован целый ряд работ об успешном

применении роботической системы в абдоминальной хирургии. Уже в 1997 году была успешно выполнена первая лапароскопическая холецистэктомия с использованием прототипа системы da Vinci.

Немногом позже ряд авторов сообщили об успешном выполнении целого ряда хирургических вмешательств. В 2001 году было опубликовано сообщение о наличии технической возможности и безопасности выполнения радикальной простатэктомии с помощью хирургической роботической системы da Vinci.

Система da Vinci – настоящее

Роботохирургия продолжает стремительно развиваться, завоевывая все большее и большее количество направлений в медицине. Стала реальностью так называемая трансконтинентальная телероботохирургия. В 2001 году хирурги успешно удалили желчный пузырь с помощью дистанционно управляемой роботической системы, установленной в одном из госпиталей Франции, находясь от пациентки на расстоянии 7000 км в Нью-Йорке. Современные средства связи обеспечили передачу сигналов в обоих направлениях (от видеокамеры лапароскопа к хирургу и обратно – от станции управления к роботу) по трансатлантическому волоконно-оптическому кабелю. Задержка сигнала составляла менее 200 мсек (безопасно допустимое отставание сигнала составляет около 300 мсек).

В настоящее время активно развива-

ется трансоральная роботическая хирургия, хирургия головы и шеи, гинекологическая роботическая хирургия.

Уже в 2008 году 80% всех радикальных простатэктомий в США выполнены при помощи робота Да Винчи (по данным сайта www.intuitivesurgical.com только в США за год было выполнено 72 тыс. роботических радикальных простатэктомий).

К 2013 году данный показатель составил 95%. К 2013 году имеет место более чем 6400 публикаций, посвященных роботической хирургии, более 3000 систем da Vinci инсталлированы в более чем 1500 медицинских учреждениях по всему миру. В 2012 году выполнено 450000 роботических операций по всему миру, наиболее популярной из которых являются роботическая радикальная простатэктомия и гистерэктомия.

Роботы в урологии

Урология – одна из наиболее динамично развивающихся областей медицины. Урологические заболевания – серьезная социальная, медицинская и экономическая проблема, которая имеет большое общегосударственное значение. Это связано с повсеместной распространенностью указанной патологии, тенденции роста заболеваемости, инвалидизации и смертности. Сложившаяся в настоящее время ситуация в области качества оказания урологической помощи населению указывает на серьезные негативные тенденции, приводящие к росту смертности и

инвалидизации в трудоспособном возрасте, снижению качества жизни больных. Высокий уровень первичной инвалидизации населения вследствие урологических заболеваний среди лиц трудоспособного возраста, свидетельствует о высокой социальной значимости проблемы.

Основной причиной инвалидизации являются злокачественные новообразования, удельный вес которых в структуре общей заболеваемости прогрессивно увеличивается во всем мире. Так, на сегодня рискуют заболеть раком простаты около 30% мужчин. Следует подчеркнуть, что столь высокий уровень онкоурологической заболеваемости является общемировой тенденцией. Несмотря на распространение новых малоинвазивных технологий и методик лечения маловероятно, что хирургическое удаление простаты как метод выбора для большинства пациентов с раком простаты будет чем-либо заменен в ближайшем будущем. Действительно, только удаление опухоли позволяет полностью избавиться от рака в медицинском и, что немаловажно, психологическом плане. В течение нескольких последних лет роботизированная или, как ее называют, робот-ассистированная операция, стала серьезной альтернативой открытому вмешательству для многих пациентов, подлежащих радикальной простатэктомии.

В настоящее время в Российской Федерации установлен 21 роботизированный хирургический комплекс da Vinci S. Наиболее активно эксплуатируются две системы, находящиеся на кафедре урологии

МГМСУ и НМХЦ им Н.И.Пирогова, что отражается в количестве выполненных роботических оперативных вмешательств. Остальные системы имеют минимальный опыт работы. Кафедра урологии МГМСУ имеет наибольший в России опыт выполнения роботической радикальной простатэктомии – наиболее часто выполняемой при помощи роботической техники операции по всему миру.

Обучение роботической хирургии

В настоящее время роботическая хирургия является основным инновационным направлением современной медицины. Активное развитие роботической техники выполнения всевозможных хирургических вмешательств диктует необходимость наличия квалифицированных специалистов. Подготовка роботических специалистов является многоступенчатым сложным процессом, требующим наличия специализированных тренинг-центров. На сегодняшний день в России отсутствуют подобные специализированные центры подготовки хирургов. Огромное значение для успешного внедрения робот-хирургических систем в практическое здравоохранение имеет уровень подготовки медицинского персонала. Для начала работы ознакомление лишь с основными принципами работы оборудования недостаточно. Необходимо создание специализированного роботического центра. В данном центре под руководством опытного специалиста необходимо создание ■

образовательной программы по изучению основ роботической хирургии.

Программа должна включать в себя как теоретические так и практические аспекты, включающие в себя курс лекций по основам безопасной и эффективной работы робот-хирургической системы, рекомендации по подготовке пациентов и операционной к выполнению роботических вмешательств, а также ведение послеоперационного периода у данных пациентов.

Вопросы анестезиологического пособия должны также быть включены в программу курса, что обусловлено особенностями позиционирования пациента на операционном столе, а также выраженной длительностью оперативных вмешательств во время периода обучения.

Практическая часть тренинг-курса должна включать в себя пошаговое детальное ознакомление со всеми этапами того или иного оперативного вмешательства при помощи робот-хирургической системы. Для обеспечения данного аспекта необходимо создание специализированного вивария в рамках тренинг-центра. В ходе подготовки курсанты должны выполнить полноценные оперативные вмешательства на животных. Важным моментом является специфичность понятий, терминов и инструментария, используемых при выполнении роботических вмешательств.

Именно поэтому подготовка операционных медицинских сестер должна быть на должном уровне, способном обеспечить полноценную помощь при выполнении оперативного вмешательства.

По окончании стажировки все специалисты получают сертификаты установленного и утвержденного образца, в зависимости от типа подготовки: сертификат хирурга, сертификат ассистента, сертификат анестезиолога, сертификат операционной медицинской сестры. Шесть сотрудников кафедры урологии МГМСУ прошли полный многоступенчатый курс обучения роботической хирургии за рубежом, при этом три специалиста обладают сертификатами консольных хирургов. Две медицинские сестры владеют сертификатами роботических сестер. Указанные сотрудники обладают на сегодняшний день наибольшим опытом выполнения роботических вмешательств в Российской Федерации. Создание первого в России специализированного центра роботической хирургии позволит ежегодно выпускать пять высококвалифицированных роботических специалистов. Многоступенчатое обучение на основе разработанного сотрудниками кафедры урологии МГМСУ алгоритма может быть реализовано тремя роботизированными хирургическими эндоскопическими комплексами da Vinci Si.

Наряду со специализированным центром необходимо создание образовательной системы непрерывного усовершенствования, предназначенной для постоянного повышения квалификации роботических хирургов и медицинских сестер, включающей в себя: создание симуляторов робот-хирургической систе-





мы, позволяющих хирургам постоянно совершенствовать свою технику, что, несомненно, приведет к снижению интраоперационных осложнений и к укорочению длительности оперативных вмешательств. Более того, данный тренажер позволит ускорить подготовку ассистентов для прохождения тренинг-курса для получения сертификатов хирурга робот-хирургической системы; подготовка и проведение ежегодных конгрессов, симпозиумов и конференций, посвященных применению робот-хирургических систем; создание ассоциации роботических хирургов, что несомненно позволит непрерывно повышать квалификацию специалистов и обеспечит возможность стажировки начинающих специалистов в центрах, обладающих наибольшим опытом использования робот-хирургических систем.

Система da Vinci – будущее

Чего же можно ожидать от роботхирургии в будущем? Продолжаются работы по созданию новых роботов. Уже доступна двухконсольная модель системы da Vinci, предложенная для обучения консольных хирургов. При этом преподаватель и ученик видят одинаковую картину, сидя каждый за своей консолью. Также доступна модель da Vinci Si – система с наличием изображения высокого качества.

Новые возможности манипуляторов и визуального контроля позволят дове-

сти до совершенства оперативные вмешательства на бьющемся сердце. "Руки" робота смогут двигаться в такт сокращениям, постоянно оставаясь на одинаковом расстоянии от зоны оперативного вмешательства и как бы нивелируя колебания стенки сердца. При этом операционное поле, которое хирург видит на экране, будет оставаться неподвижным. Возможно внедрение в интерфейс роботической системы данных МРТ, КТ и ТРУЗИ, выполняемого в режиме реального времени. Активно ведутся работы по уменьшению размеров роботической системы в целом и инструментов в частности.

Основываясь на знаниях и опыте, полученном при работе на роботизированном хирургическом эндоскопическом комплексе da Vinci S, установленном на кафедре урологии МГМСУ, а также при помощи высококвалифицированных инженеров Российской Академии Наук, в марте 2012 года стало возможным создание основных узлов и функционального макета отечественной роботизированной хирургической системы. Работа по данному направлению выполняется по заданию Минпромторга, что позволяет надеяться на успешное завершение проекта. Создание отечественной роботической хирургической системы полноценно вписывается в концепцию создания первого в России специализированного центра роботической хирургии, что диктует целесообразность осуществления вышеуказанных проектов. ■

НАЦИОНАЛЬНЫЙ РЕЕСТР ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ или способ сделать нашу работу лучше!



С.С. Бровкин
врач - уролог



Н.К. Гаджиев
к.м.н., уролог

*«Перемен требуют наши сердца»
В. Цой*

ВЦЭРМ им А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург

Дорогие друзья, позвольте сердечно поблагодарить вас за ваш каждодневный труд и самоотверженность на вашем нелегком пути.

Начать этот опус хотелось бы с весьма нетривиального вопроса наших дорогих читателей: чего бы каждый из вас хотел бы более всего – уверен, здоровья своим пациентам, хороших результатов, как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периоде, признания коллег – будут самые популярные ответы. Как же достичь этих целей?

К сожалению, чтение литературы, стажировки, большая операционная практика приближают нас к улучшению результатов, но отчасти. Остается огромный пробел в анализе собственных результатов лечения, с учетом длитель-

ного послеоперационного наблюдения. И соответственно публикации, основанных на данных результатах, научных работ.

Предположим, вы превосходный уролог, частые зарубежные поездки, конференции, конгрессы, с большой хирургической практикой и налаженной систематизацией и анализом послеоперационных исходов – вас все устраивает, но в нашей необъятной стране огромное количество стационаров с загрузкой в 150%, где нет времени для такого рода развлечений: план, сумасшедший – ненормированный режим работы, профессиональное выгорание –

таковы реалии сегодняшнего дня. Как быть им?

Мы стоим у черты, когда просто оперировать уже не достаточно, мы должны точно знать, чем мы занимаемся, и каким образом мы можем улучшить нашу практику и не только в отдельно взятом центре, но и в нашей стране в целом.

Предположим, Вы нашли в себе силы и самое главное осознание необходимости систематизации своих данных. Что для этого нужно – хорошее и надежное железо для хранения информации, время чтобы вносить информацию, постоянно его дублировать на резервный жесткий диск, чтобы не потерять, вы должны быть привязаны к своему рабочему месту для просмотра и анализа, ведь как иначе, компьютер-то с данными у вас на работе, для мало-мальски значимого анализа результатов нужно ждать определенного количества случаев, равно как и для публикации научных работ. А потом, найдется ли тот с кем вы могли бы обсудить свои резуль-

таты, не боясь огласки осложнений – выглядит достаточно сложно, если не сказать отталкивающе!

Итак, резюмируя – нам нужна единая база, где будут фиксироваться данные пациентов, описание клинического случая, тип хирургического лечения и послеоперационное наблюдение. И что самое главное анонимность – никто не должен знать чьи это пациенты!

Практика систематизации и анализа информации не нова, и в нашей стране уже успешно реализован ряд проектов по созданию подобного рода продуктов, так, к примеру, национальный бариатрический реестр (<http://bareoreg.ru/>) и Федеральный регистр стационарного больного с ОНМК (<http://stroke.rosminzdrav.ru/>).

В нашем отделении, собственно как и в большинстве урологических отделений нашей страны немалую долю занимают пациенты с мочекаменной болезнью, а с учетом того богатого разнообразия возможных методов лечения ■

Национальный реестр хирургического лечения мочекаменной болезни

Вашему вниманию представляется первый национальный реестр хирургического лечения мочекаменной болезни.

Основная задача реестра - сбор данных и анализ результатов проведенного хирургического лечения пациентам с мочекаменной болезнью с целью улучшения результатов оказанной помощи и возможности обобщить имеющиеся материалы для написания научных изысканий.

Вход для зарегистрированных хирургов

E-mail адрес*

Пароль*

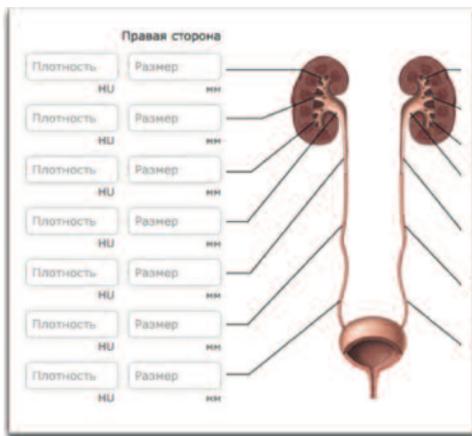
Запомнить меня

[Регистрация](#)

[Забыли пароль?](#)

[Руководство пользователя](#)

[Тех. поддержка](#)



и многообразия возможных метаболических расстройств неудивительно что наш взгляд упал на эту область.

Мы попытались создать нечто, отвечающее современным требованиям анализа информация с учетом всех наиболее важных параметров для мониторинга – Национальный реестр хирургического лечения мочекаменной болезни (<http://uroreg.org/>).

Нашей группой урологов и программистов был разработан гибкий, масштабируемый электронный инструмент для учета данных и отслеживания непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения мочекаменной болезни. Этим реестром можно пользоваться из любого места, достаточно только интернета. У будет свой личный кабинет, и никто не видит чьи пациенты в базе – полная анонимность.

Ключевой особенностью его является

быстрая изменяемость под нужды любых академических групп, исследователей, молодых ученых и статистиков.

Какие основные цели этого реестра:

- базовый аудит результатов хирургического лечения;
- полноценное участие и представительство в международных профессиональных сообществах;
- аналитика и системный анализ сведений для научных и научно-популярных публикаций.

В дальнейшем, согласно текущим тенденциям в мировой медицине, возможна открытая публикация отдельных сведений по хирургической деятельности для пациентов, страховых компаний и работодателей.

Мы уверены, что в ближайшем будущем, открытая публикация сведений о своей деятельности станет «знаком качества» работы уролога и клиники. ■



ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России

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

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ
УРОЛОГИЯ

ECUro.ru



www.ecuro.ru

Аккредитация ВАК
№ 22/49 от 25.05.12

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

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

Абстракты на английском языке в печатной версии журнала.

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

Нужны ли междисциплинарные взаимодействия урологии и семейной медицины для ранней диагностики урологических заболеваний у мужчин?



И.А. Тюзиков
К.м.н., профессор РАЕ,
ведущий специалист Мед.
центра диагностики и
профилактики (Ярославль)

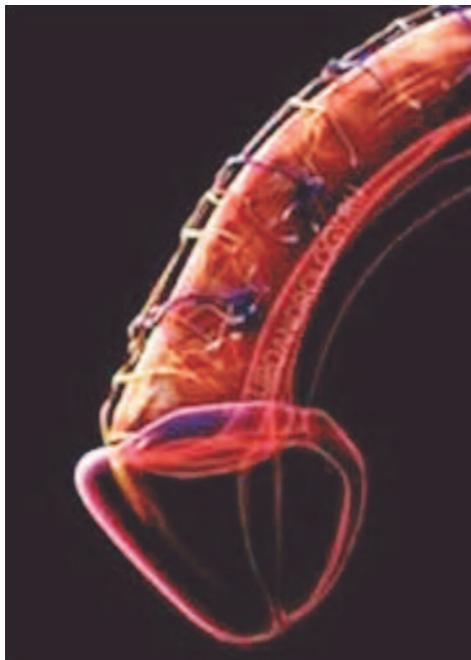
XXI век – это век бурного развития концепции междисциплинарных взаимодействий в медицине, основанной на принципах доказательности и известных общих патофизиологических механизмах многих современных заболеваний человека, включая урологические заболевания. В настоящее время лидирующими нозологиями в структуре заболеваемости человека можно назвать сердечно-сосудистые, онкологические и урологические заболевания. Последние стали опережать в некоторой степени сердечно-сосудистую патологию в последние пять лет.

Семейный врач является первым специалистом с высшим медицинским образованием для большинства пациентов, поэтому столь высоки требования, предъявляемые к его профессиональной подготовке. Одной из наиболее слабых сторон практической деятельности семейных врачей можно назвать недостаточную подготовку в области урологии в силу ряда субъективных и объективных причин. Вместе с тем, урологические проблемы нередко встают перед врачами общей практики (терапевтами), и от их квалифицированного первичного заключения и правильной

тактики порой зависит не только здоровье, но и судьба мужчины. В настоящее время на фоне эпидемического роста ожирения, сахарного диабета 2 типа, уролитиаза, остеопороза, сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний в целом, в популяции современных мужчин наблюдается выраженный одновременный рост частоты нарушений половой функции, андрогенного дефицита, симптомов нижних мочевых путей (СНМП) и заболеваний предстательной железы. Наиболее значимыми медико-социальными заболеваниями мужской мочеполовой системы, в ранней диагностике

которых роль врача общей практики сложно переоценить, являются эректильная дисфункция (ЭД), симптомы нижних мочевых путей вследствие доброкачественной гиперплазии предстательной железы (СНМП/ДГПЖ), а также их сочетание. Урологам хорошо знакома данная патология, а вот на вопрос: чем может помочь раннему выявлению заболеваний мочеполовой системы у мужчин семейный врач, мы постараемся ответить в данной статье.

Роль семейного врача в скрининге нарушений эрекции у мужчин



Согласно общепринятой точке зрения, эрекция – это нейроваскулярный феномен, связанный с гормональным контролем, включающий артериальную дилатацию, расслабление гладкой трабекулярной мускулатуры и активацию корпоро-веноокклюзивного механизма кавернозных тел полового члена. Эректильная дисфункция (ЭД) – это неспособность достигать и (или) поддерживать адекватную эрекцию полового члена, необходимую для осуществления полноценного полового акта, в половине и более числе случаев, что ограничивает или делает невозможным удовлетворительное половое общение. Ранее для обозначения нарушения эрекции использовался термин «импотенция», который более не употребляется, поскольку имеет не только выраженный негативный медицинский, но и социальный оттенок. В настоящее время применяется термин «эректильная дисфункция», который был предложен в 1992 году (National Institutes of Health Consensus Development Panel On Impotence, 1993), как более точно отражающий сущность проблемы. Из определения эректильной дисфункции следует, что здоровый в сексуальном плане мужчина, может испытывать периодические сексуальные неудачи. В таких случаях не следует спешить с постановкой диагноза «эректильная ■

дисфункция». Наблюдающийся в XXI веке рост частоты ЭД доказывает, что ЭД является ранним проявлением заболеваний коронарных и периферических сосудов, и быть таким же значимым сосудистым фактором риска, как гиподинамия, ожирение, курение, гиперхолестеринемия и метаболический синдром. Риск развития ЭД может быть снижен путем модификации данных факторов риска, особенно повышением физической активности или снижением массы тела, что имеет значение и для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в целом. Таким образом, факторы риска ЭД и сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин являются идентичными, а в их основе лежит рано возникающая и быстро прогрессирующая без соответствующего лечения эндотелиальная дисфункция. Урологи имеют дело с самыми ранними стадиями эндотелиальной дисфункции в виде ЭД, поэтому мужчина на приеме у кардиолога или терапевта – это в большинстве случаев мужчина, уже имеющий эректильную дисфункцию различной степени выраженности. Не подлежит сомнению тот факт, что на приеме у врача общей практики всегда можно выявить значительное количество пациентов мужского пола, которые не только имеют сосудистые факторы риска эндотели-

альной дисфункции, но у которых уже есть ранние проявления этой эндотелиальной дисфункции в виде нарушений эрекции. С учетом известной этапности поражения периферических сосудов при эндотелиальной дисфункции (сначала поражаются самые мелкие сосудистые коллекторы), можно с большой долей вероятности утверждать, что именно на приеме врача общей практики можно выявить пациентов с начальными нарушениями пенильного кровообращения, которые под влиянием патогенетической терапии ингибиторами фосфодиэстеразы 5 типа (ФДЭ-5 типа) можно существенно улучшить или вовсе ликвидировать. Однако, врачи первичного звена (семейные врачи и терапевты) в большинстве случаев не интересуются половой функцией своих пациентов-мужчин. В этом смысле уже классическим стало исследование Bedell S.E. et al. (2002), которые провели и опубликовали результаты анкетирования 188 мужчин с патологией сердечно-сосудистой системы. По их данным, 81% мужчин-пациентов кардиолога готовы общаться на тему своей половой функции, только 3% мужчин смущает женский пол лечащего врача и только 25% кардиологов интересуются половой функцией своих пациентов до или в ходе лечения! В России этот процент, очевидно, в не-



сколько раз меньше. В силу целого ряда причин российские семейные врачи и терапевты мало занимаются вопросами раннего скрининга ЭД у мужчин. Для этого достаточно заполнить опросник международного индекса эректильной функции (МИЭФ-5), подсчитать сумму баллов и принять решение совместно с пациентом о целесообразности визита к урологу. Для выявления андрогенного дефицита, также лежащего в основе патогенеза ЭД и сердечно-сосудистых заболеваний, на этапе скрининга достаточно заполнить опросник AMS. В общеврачебной практике достаточно простым, быстрым и информативным способом оценки возможных симптомов андрогенного дефицита у мужчин является также упрощенный опросник Морлея (1993).

Как известно, мужчины к урологам обращаются уже тогда, когда имеет место длительный период стойкой утраты половой функции, т.е., в данном случае лечение запаздывает. При этом квалифицированный и думающий уролог сможет выявить у пациента признаки экстрагенитальной эндотелиальной дисфункции (ИБС, артериальную гипертонию и т.д.). Считают, что ЭД является возраст-ассоциированным феноменом. Однако, возраст является не прямым фактором риска, а фоном для развития различных соматических за-

болеваний, возрастного снижения содержания тестостерона, что негативно влияет на половую функцию и повышает риск возникновения ЭД. К возраст-ассоциированным заболеваниям, негативно влияющим на половую функцию, в первую очередь относятся ожирение, депрессия, артериальная гипертония, дислипидемия и другие сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет и инсулинорезистентность, хронические заболевания почек и легких и т.д., а также курение и прием целого ряда препаратов (медикаментозно индуцированная ЭД). Heidelbaugh J.J. (2010) пишет о том, что частота ЭД достоверно повышается с возрастом и составляет не менее 30% в мужской популяции. Это приводит к существенному ухудшению качества жизни мужчины. Наличие ЭД у мужчины является однозначным поводом для всестороннего кардиологического обследования, так как нарушения эрекции возникают на 3-5 лет раньше сердечно-сосудистых катастроф и являются предикторами сосудистых, церебральных заболеваний и заболеваний периферических сосудов: до 80% ЭД обусловлены андрогенным дефицитом, сахарным диабетом, артериальной гипертонией, курением и сосудистыми заболеваниями.

С позиций выше изложенного, ранняя диагностика ЭД должна ■

начинаться уже на приеме врача общей практики, когда ЭД носит периодический (интермиттирующий) характер и может быть повернута вспять при назначении патогенетической терапии ингибиторами ФДЭ-5 типа. Однако, врачи общей практики (терапевты, кардиологи и т.д.), к сожалению, очень мало внимания уделяют оценке сексуальной функции своих пациентов-мужчин и активно не выявляют ЭД ни при первичном приеме пациента, ни в ходе кардиологического лечения вазоактивными препаратами, которые могут оказывать негативное влияние на течение латентной ЭД. По мнению Верткина А.Л. (2009), в настоящее время с точки зрения на андрогенный статус и половую функцию мужчины практически нет ни одного безопасного кардиологического препарата. Врачи общей практики и кардиологи в нашей стране, к сожалению, не только не ориентированы на профилактику ЭД, которая является, по сути, первичной профилактикой всех сердечно-сосудистых заболеваний, но и не принимают пока активного участия в осуществлении лечебно-диагностических мероприятий при уже развившихся нарушениях эрекции. В 2013 году вышли в свет новые Рекомендации Европейского общества урологов по лечению мужской сексуальной дисфункции

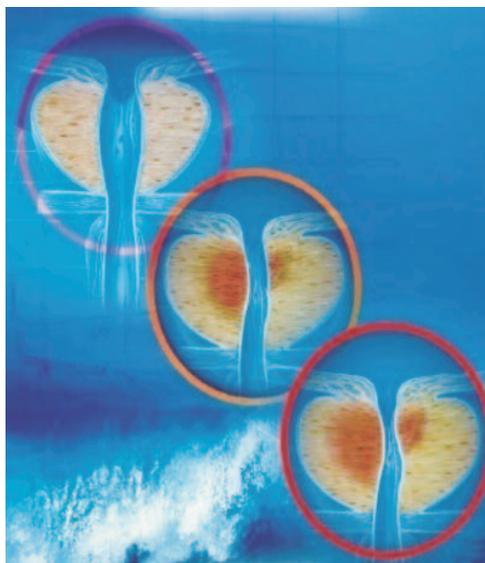
(EAU, 2013) и новый российский стандарт оказания медицинской помощи при ЭД (Приказ МЗ РФ от 9 ноября 2012 года № 778н, зарегистрированный в Минюсте России 22 января 2013 года № 26674). Согласно европейским рекомендациям 2013 года, при планировании медицинской помощи мужчинам с ЭД всегда необходимо оценивать потенциальные риски сексуальной активности в связи с тем, что у ряда пациентов наряду с ЭД (пенильная эндотелиальная дисфункция) уже могут быть начальные проявления кардиальной эндотелиальной дисфункции в виде заболеваний сердца и(или) периферических сосудов. Для выявления потенциальных кардиальных рисков, ассоциированных с сексуальной активностью необходимо использовать рекомендации Пристонского Консенсуса стратификации рисков у пациентов с ЭД (2006), согласно которому все пациенты с ЭД делятся на три группы рисков: низкого, промежуточного или высокого. Низкий кардиоваскулярный риск может быть у асимптоматических пациентов с менее, чем тремя факторами риска заболеваний сосудов сердца (исключая мужской пол), среднетяжелой или стабильной стенокардией (впервые выявленной или леченной), неосложненным инфарктом миокарда в анамнезе, дисфункцией левого желудочка



или застойной сердечной недостаточностью (класс I по NYHA), после успешной операции коронарной реваскуляризации, при контролируемой гипертензии или средневывраженных заболеваниях клапанов сердца. Все остальные пациенты включаются в группы промежуточного или высокого риска и требуют консультации кардиолога. В отличие от Европейского гайдлайна 2013 года, новый российский стандарт оказания помощи при ЭД (2013) не предусматривает участие врача-кардиолога в лечебно-диагностическом процессе, что с позиций доказанного единства патогенеза и факторов риска ЭД и кардиоваскулярной патологии можно рассматривать как существенный методологический и тактический недостаток российского документа.

Роль семейного врача в скрининге больных с СНМП/ДГПЖ

В последнее время накапливается все больше данных, свидетельствующих о существенном влиянии гормонально-метаболических факторов на развитие и прогрессирование ДГПЖ. Современная «эпидемия» метаболических и соматических заболеваний, которая захватила мировую популяцию,



приводит к усилению их патофизиологической роли в патогенезе большинства заболеваний у мужчин, включая не только ЭД, но и СНМП/ДГПЖ. В ряде исследований показана достоверная патогенетическая связь компонентов метаболического синдрома (МС) с увеличенным риском развития ДГПЖ. Hammarsten J. et al. (2005) установили, что мужчины с сахарным диабетом 2 типа, леченной артериальной гипертензией и дислипидемией имели более высокую медиану роста ДГПЖ. Авторы отметили, что ежегодная шкала роста ДГПЖ была непосредственно связана с диастолическим давлением крови и ожирением и обратно пропорционально связана с уровнями ЛПВП, ■

а мультивариационный анализ показал, что уровень инсулина сыворотки крови непосредственно коррелировал с общим объемом простаты. Ozden C. et al. (2007) обследовали 78 мужчин с СНМП/ДГПЖ и пришли к выводу, что присутствие МС против его отсутствия связано с достоверно более высоким общим объемом простаты и медианой ежегодного прироста переходной зоны, т.е., МС является фактором прогрессирования ДГПЖ. Demir O. et al. (2009) в обобщенном моновариационном анализе показали, что артериальная гипертензия, гипергликемия или леченный сахарный диабет 2 типа были ассоциированы с большей выраженностью СНМП/ДГПЖ. Michel M.C. et al. (2004) в ретроспективном мультивариационном анализе показали, что артериальная гипертензия была непосредственно напрямую связана с СНМП/ДГПЖ по шкале IPSS и обратно пропорциональна максимальной объемной скорости потока мочи (Q_{max}). Сахарный диабет 2 типа у мужчин был связан с более высоким баллом симптоматики нарушений мочеиспускания по шкале IPSS, и более низкой максимальной объемной скоростью потока мочи (Q_{max}).

СНМП/ДГПЖ могут быть следствием уменьшения экспрессии NO-синтаз (NOS) и снижения концен-

трации оксида азота NO в детрузоре мочевого пузыря и ткани предстательной железы, возникающие на фоне ожирения, инсулинорезистентности и андрогенного дефицита. Оксид азота NO – основной вазодомодулятор эндотелия, дефицит которого ведет как к ЭД, так и заболеваниям предстательной железы, в том числе, ДГПЖ. Сообщено о снижении NO-зависимой иннервации простаты на фоне более низких уровней NO и NOS-активности в транзиторной зоне простаты у мужчин с МС. Это может приводить к усилению пролиферации гладких мышц, увеличению простаты и последующим СНМП. Дополнительно к этому, дефицит оксида азота NO и NO-синтаз могут играть ключевую роль в другом возможном этиологическом механизме СНМП/ДГП – развитии тазового атеросклероза, приводящего к глубокой ишемии всех тазовых органов.

Существенная роль в объяснении патогенеза нарушений эрекции и СНМП/ДГПЖ в настоящее время принадлежит системе особых клеточных ферментных систем RHO-киназ, опосредующих влияние факторов системного хронического воспаления, свойственного как МС, так и ДГПЖ. РОК – важная система, регулирующая тонические сокращения и обеспечивающая высокий уровень базального мышеч-



ного тонуса. Она может вносить определенный вклад в сокращаемость как простаты, так и мышц полового члена. Многочисленные данные свидетельствуют также о важной роли цитокинов при системном хроническом воспалении, с которым ассоциирован метаболический синдром, в патогенезе СНМП/ДГПЖ. Патологические изменения в предстательной железе могут влиять на функциональное состояние мочевого пузыря через нарушения кровотока и вегетативной иннервации, приводящих к хронической ишемии мочевого пузыря и каскаду патологических метаболических реакций с развитием дисфункции детрузора, даже в условиях ликвидации инфравезикальной обструкции.

Таким образом, в настоящее время достаточно много эпидемиологических и патофизиологических доказательств единства патогенеза компонентов МС – одной из самых актуальных проблем медицины, которой занимаются врачи многих специальностей – и такого распространенного возраст-ассоциированного урологического заболевания, как ДГПЖ, составляющую сферу традиционных интересов урологов. В настоящее время симптомы нижних мочевых путей (СНМП) – это полиэтиологическая и междисциплинарная проблема. Поэтому ранней диагностикой любых

СНМП активно должны заниматься не только урологи, но и врачи смежных специальностей, прежде всего, терапевты (врачи общей практики). Следует отметить, что у значительной части больных ДГПЖ в течение многих лет вплоть до первого эпизода острой задержки мочеиспускания или выявления ХПН протекает без тяжелых симптомов или вовсе бессимптомно.

Эпидемиологические исследования показывают, что даже у больных со значительным увеличением предстательной железы клинические симптомы долгое время могут не развиваться, так как прямых корреляций между размерами простаты и СНМП нет. Эти и ряд других факторов обуславливают проблемы ранней диагностики ДГПЖ в России. Прежде всего, к ним можно отнести: любовь к самолечению, причем, самолечению по агрессивной рекламе на телевидении, радио и СМИ непроверенных лекарственных средств; нежелание обращаться или недоверие к врачу; расценивание СНМП как закономерное проявление старости; убежденность, что эти проявления заболевания современная медицина лечить не может. Итог диагностики ДГПЖ в России плачевен: многие больные доводят себя до операционного стола в связи с возникновением осложнений заболевания, ■

чему нередко способствуют и врачи, отказывая больным в терапии любых СНМП/ДГПЖ, мотивируя отказ лишь их «мягкой» выраженностью. Таким образом, диагностика ДГПЖ в России поздняя, что не может рассматриваться позитивным моментом профилактической медицины XXI века.

Вместе с тем, рассматривать сложности ранней диагностики ДГПЖ только как российскую особенность было бы неправильно. Проведенное в Европе исследование, включавшее 18540 мужчин (средний возраст – 66 лет) с СНМП, показало, что средний бал по шкале IPSS-QL у них не превышал 14 баллов, и это позволило в 87% случаев квалифицировать больных как не имеющих клинически значимых симптомов! Основной причиной нежелания обращаться к врачу у 70% больных было мнение, что указанные урологические нарушения являются следствием старения, а у 48% – страх перед возможной операцией. По данным дополнительного обследования 86% больных нуждались в лечении (84% – в консервативном), 34 % из них были направлены к урологу с первичного приема врача общей практики.

Таким образом, испытывающие урологические расстройства амбулаторные пациенты часто не предъявляют жалоб на приеме у врача общей

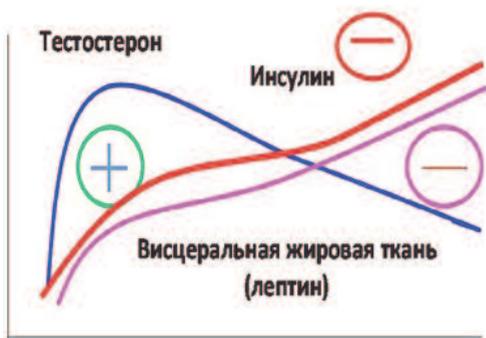
практики, что создает серьезное препятствие к своевременной диагностике и лечению СНМП/ДГПЖ. Вместе с тем, любые СНМП у мужчин можно быстро и достаточно качественно оценить с использованием Международной шкалы оценки заболеваний предстательной железы IPSS-QL, с которой, к сожалению, большинство семейных врачей не знакомо. Однако, простота и доступность такого метода ранней неспециализированной диагностики СНМП могла бы способствовать раннему направлению мужчины с приема семейного врача на прием к урологу в случае выявления клинически значимых нарушений мочеиспускания, среди которых важная роль сегодня как урологическому маркеру гормонально-метаболического благополучия отводится ночному мочеиспусканию (ноктурии).

Нельзя не согласиться с Верткиным А.Л. и соавт. (2009), которые отмечают важнейшую современную особенность эпидемиологии урологических заболеваний в целом: в течение последних 5 лет величина прироста частоты заболеваний органов мочеполовой системы в России превысила таковую при сердечно-сосудистой патологии, а ДГПЖ стала самым распространенным урологическим заболеванием мужчин пожилого и старческого возраста, являясь типичным примером возраст-ассоции-



рованной патологии. Одной из причин несвоевременной диагностики ДГПЖ является факт, что пожилые мужчины часто совершенно неадекватно воспринимают свои жалобы и не привлекают к ним внимания врача. С учетом того, что посещение уролога для многих мужчин ассоциировано с определенным непонятным страхом и «ударом по мужскому самолюбию», помочь в скрининге на ДГПЖ могут и должны врачи общей практики, к которым в первую очередь обращается мужчина практически с любыми проблемами со здоровьем. Однако, российская медицина пока, очевидно, не готова к такому решению проблемы.

«Золотое правило мужской эндокринологии» XXI века – что это такое?



В настоящее время происходит существенный патоморфоз подавляю-

щего большинства соматических, в том числе, урологических заболеваний у мужчин, которые, хотим мы этого или нет, протекают в начале XXI века на фоне эпидемической распространенности ожирения, инсулинорезистентности, СД 2 типа, метаболического синдрома и андрогенного дефицита у мужчин во всех странах мира. Эти относительно «новые» неблагоприятные гормонально-метаболические условия, которые сформировались в популяции на протяжении всего лишь последних 20-30 лет, сегодня становятся все более актуальными патогенетическими факторами, определяющими инициацию, клиническое течение и прогрессирование современных гендерных заболеваний. Медицина XXI века просто обречена на разработку новых методов диагностики и лечения мужских урологических заболеваний с учетом выше описанных мировых тенденций.

Поэтому нами (Тюзиков И.А., Калинин С.Ю.) еще в 2012 году сформулирована закономерность, согласно которой патогенетическое лечение урологических заболеваний у мужчин в настоящее время невозможно без раннего выявления и одновременной с лечением урологической патологии коррекции у них ожирения, инсулинорезистентности и андрогенного дефицита. Мы назвали эту закономерность ■

«золотым правилом современной мужской эндокринологии» XXI века для врачей всех специальностей, занимающихся вопросами мужского здоровья.

Комплексная и междисциплинарная диагностика урологических заболеваний у мужчин как единственный путь к патогенетической эффективной терапии и профилактике



Современные эпидемиологические данные однозначно свидетельствуют как о увеличивающейся частоте ЭД и СНМП/ДГПЖ в мужской популяции, так и о высокой частоте одновременной

клинической манифестации указанных нарушений половой и мочевыделительной функций, что является дополнительным подтверждением общности их патогенеза и механизмов прогрессирования. С другой стороны, такие пациенты являются наиболее тяжелыми и проблемными с клинической точки зрения, как для уролога, а тем более, для врача общей практики. В этой ситуации задача семейного врача заключается в выявлении указанных нарушений методом расспроса и анкетирования по описанным выше специализированным шкалам с обязательным направлением такого пациента на прием к урологу. Главное, что нарушения мочеиспускания и половой функции выявлялись общими врачами активно и целенаправленно, без какой-либо ложной стыдливости и мнимого «неудобства» интересоваться этими сторонами жизни своих пациентов. Подавляющее большинство мужчин скажут «спасибо» только за то, что доктор инициировал беседу на тему, о которой мужчина не знал, с кем поговорить.

Поэтому пришло время оптимизировать обследование мужчины врачами общего профиля, объем которого должен включать следующие обязательные компоненты:

- Измерение окружности талии (при

окружности талии ≥ 94 см должен быть поставлен диагноз «абдоминальное ожирение»).

- Измерение артериального давления и частоты сердечных сокращений.

- Оценка характера лобкового оволосения (по женскому типу – признак андрогенной недостаточности).

- Оценка состояния грудных желез (наличие или отсутствие гинекомастии, ее характер и выраженность).

- Заполнение опросника возрастных симптомов андрогенного дефицита AMS (оценка возможных клинических симптомов андрогенного дефицита)

- Заполнение опросника нарушений эрекции МИЭФ-5 (наличие эректильной дисфункции и степень ее выраженности)

- Заполнение опросника нарушений мочеиспускания IPSS-QL (оценка наличия и степени выраженности нарушений мочеиспускания и ноктурии).

Заключение

Объективное обследование мужчины у семейного врача должно проводиться методично, последовательно и внимательно. Только следуя этому принципу, врач не упустит минимальные признаки нарушений соматического, эндокринологического и андрогенного статусов. Безусловно, что об-

щепрактикующий врач не владеет в совершенстве специальными методиками исследования, применяющимися узкими специалистами (например, пальцевое ректальное исследование простаты). Но до этого на приеме терапевта дело никогда не доходит. Важно одно – необходимо иметь общее представление о методах клинической оценки андрологического статуса и активно их использовать во время работы с пациентом. Каждый семейный врач должен уметь интерпретировать данные специальных методов обследования, поскольку мужчина с половыми, дизурическими или репродуктивными проблемами может обратиться на первичный прием к ЛЮБОМУ СПЕЦИАЛИСТУ, с которым он в данный момент ассоциирует возможное решение своих проблем. Очень часто врач первичного звена – это первое доверенное лицо для мужчины, с которым он отважился обсудить свои интимные мочеполовые проблемы. И если врач не закроет глаза на них, а примет в судьбе своего пациента активное участие, направив мужчину к урологу – это будет первый шаг для обоих в решении сложных, но интересных и очень насущных вопросов междисциплинарных взаимодействий в рамках мужского здоровья и патогенетической и профилактической гендерной медицины XXI века. ■

Курсы дистанционного образования по теме «ОШИБКИ В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ»

На сайте профессионального урологического образования UroEdu.ru открыт курс дистанционного образования по теме
«Ошибки в диагностике и лечении инфекций мочевыводящих путей».

Организаторы курсов:

- Издательский дом «УроМедиа»
- ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России
- ООО «Замбон Фарма»
- Uro.ru
- Uro.TV
- UroWeb.ru

Регистрация на сайте UroEdu.ru открыта с **10.05.14-10.09.14** гг

Начало курсов **10.05.14** г

Участие в курсах дистанционного образования по теме
«Ошибки диагностики и лечения инфекций МВП» **БЕСПЛАТНОЕ.**

Темы лекций:

1. **Ошибки в лечении неосложненных ИМП. Разбор клинических случаев.**
Преподаватель – д.м.н., профессор кафедры урологии и хирургической андрологии РМАПО
Синякова Л.А.
2. **Ошибки в диагностике рецидивирующих ИМП.**
Преподаватель – д.м.н., профессор кафедры урологии и хирургической андрологии РМАПО
Синякова Л.А.
3. **Интерстициальный цистит. Дифференциальная диагностика дизурии у женщин.**
Преподаватель – д.м.н., профессор кафедры урологии МГМСУ Зайцев А.В.

Правила для участников:

1. Предварительная регистрация на сайте **UroEdu.ru**, отправка заявки на участие в курсах.
2. Получение доступа к 1й лекции. Доступ будет осуществляться персонально для каждого участника, лекции выкладываться для общего просмотра не будут.
3. Прослушивание 1й лекции, итоговое тестирование (5 вопросов методом случайной выборки по теме лекции).
4. При положительном прохождении теста – получение доступа к очередной лекции.
5. Участник может отправить в письменной форме вопросы как лектору, так и организаторам курсов. Вопросы можно будет задать через специальную форму на странице курса.
6. Участник может оценить качество каждой лекции и курсов в целом путем голосования на сайте UroEdu.ru.
7. В конце курса участнику будет выдан именной сертификат о прохождении курсов дистанционного образования по теме «Ошибки диагностики и лечения инфекций МВП» негосударственного образца. Сертификат будет доступен для печати или скачивания в личном профиле пользователя.

МОНУРАЛ®

ФОСФОМИЦИНА ТРОМЕТАМОЛ

Рекомендован как препарат первой линии
для лечения цистита Российскими национальными рекомендациями,
GL EAU, GL IDSA



- ▶ Пиковая концентрация Монурала в моче в 440 раз выше уровня МПК для *E. Coli*
- ▶ Самая высокая чувствительность к *E. Coli* в России, США и странах ЕС (ARESC, ДАРМИС)
- ▶ Одобрен FDA для применения у детей и беременных
- ▶ 1 доза 3 г на курс лечения при терапии острого цистита
- ▶ 1 доза 3 г каждые 10 дней, курс 3 месяца — при терапии рецидивирующего цистита



ООО «Замбон Фарма»
119002, Москва, Глазовский пер., д. 7, офис 17
Тел. (495) 933-38-30 (32), факс 933-38-31

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

Врач и его деньги: юридический взгляд



А.А. Бурак
юрист
Ростов-на-Дону

Как определяется размер зарплаты врача в государственных и частных клиниках? Кому положена надбавка за вредность? Каким образом рассчитывается продолжительность работы по совместительству? Что предпринять врачу, если ему задерживают зарплату? На эти и другие вопросы отвечает юрист Анастасия Бурак.

Из чего складывается ежемесячный доход медицинского работника и какие факторы могут на него повлиять? Сильно ли разнятся условия оплаты в государственных учреждениях и у «частников»?

– Фонд оплаты труда работников здравоохранения на год формируется на федеральном, региональном и муниципальном уровнях, исходя из объема бюджетных лимитов, государственных внебюджетных фондов и средств, поступающих от деятельности медицинских учреждений.

Система оплаты труда в конкретном учреждении устанавливается коллективными договорами, соглашениями и локальными нормативными актами.

Размеры окладов и ставки заработной платы устанавливает руководитель на основе профессиональных квалификационных групп, с учетом сложности

и объема выполняемой работы.

Рекомендуемые минимальные размеры окладов приведены в Приложении №1 к Приказу Минздравсоцразвития России от 28.08.2008 №463н.

К минимальному окладу могут устанавливаться повышающие коэффициенты:

- по занимаемой должности;
- по учреждению или его структурному подразделению;
- за квалификационную категорию, ученую степень и почетные звания;
- персональный повышающий коэффициент;

Размер выплат определяют путем умножения размера оклада работника на повышающий коэффициент. При этом новый оклад не образуется.

Все перечисленное касается бюджетной системы. Частные организации вправе самостоятельно устанавливать

системы оплаты труда работников в соответствии с трудовым законодательством и правовыми актами, содержащими нормы трудового права. Оплата может быть установлена в виде фиксированного ежемесячного оклада, а может и в виде процентов от объема оказанных медицинских услуг.

Необходимо отметить, что условия выплат, определенные трудовым договором и локальными нормативными актами, не могут быть ухудшены по сравнению с тем, что установлено трудовым законодательством.

В каких случаях можно требовать доплаты «за вредность» и как определяется объём таких выплат? При каких условиях положен дополнительный отпуск?

– Они закреплены в Перечне видов выплат компенсационного характера в федеральных бюджетных учреждениях (утв. Приказом Минздравсоцразвития России от 29.12.2007 №822).

К ним относятся выплаты за работу:

- с вредными и (или) опасными условиями труда, по результатам аттестации рабочих;

- в местностях с особыми климатическими условиями;

- в условиях, отклоняющихся от нормальных (при выполнении работ различной квалификации, совмещении профессий (должностей), сверхурочной работе, работе в ночное время;

- со сведениями, составляющими государственную тайну, их засекречиванием и рассекречиванием, а также за работу с шифрами.

Размеры и условия таких выплат устанавливаются коллективными договорами, соглашениями, а также локальными нормативными актами.

Конкретные размеры повышения оплаты труда утверждает работодатель с учетом мнения профсоюза работников в порядке, установленном ст. 372 ТК РФ либо коллективным или трудовым договором.

На сегодня доплата для врачей за дежурства в ночные часы ограничена показателем не менее 20% от основного оклада. Времена, когда ночь оплачивалась в двойном размере, увы, прошли. Однако работодатель все еще обязан оплачивать труд в выходные и праздничные дни по двойному тарифу, согласно ТК РФ. Исключение – если такой день включен непосредственно в график рабочего времени врача-дежуранта с соблюдением норм рабочего времени. Трудящимся в сельской местности полезно помнить о положенной им 25% надбавке. Однако, прежде чем требовать ее, стоит убедиться в том, что ваш населенный пункт по статусу, собственно, к сельской местности относится. Об этом можно узнать в трудовой инспекции. К сожалению, местные административные органы нередко относятся к выплате таких надбавок с большой неохотой: известны даже ■

случаи расширения городских границ, чтобы не приходилось платить.

Что касается продолжительности труда, статья 350 ТК РФ определяет для медицинских работников не более 39 рабочих часов в неделю.

В случае если медик занят в организации по совместительству, то продолжительность его труда устанавливается по соглашению с работодателем, и по каждому трудовому договору она не может превышать:

- для медицинских и фармацевтических работников – половины месячной нормы рабочего времени, исчисленной из установленной продолжительности рабочей недели;

- для медицинских и фармацевтических работников, у которых половина месячной нормы рабочего времени по основной работе составляет менее 16 часов в неделю, – 16 часов работы в неделю;

- для врачей и среднего медицинского персонала городов, районов и иных муниципальных образований, где имеется их недостаток, – месячной нормы рабочего времени, исчисленной из установленной продолжительности рабочей недели.

- для младшего медицинского и фармацевтического персонала – месячной нормы рабочего времени, исчисленной из установленной продолжительности рабочей недели.

При этом практически невозможно определить продолжительность ра-

бочего времени руководителей учреждений здравоохранения и их заместителей (главного врача или директора, заведующего, начальника клиники, его заместителей, главных медицинских сестер, фельдшеров и акушерок), а также зубных техников, диетсестер, среднего медицинского персонала молочных кухонь и санитарок. Все они по своим должностным и функциональным обязанностям непосредственно не занимаются оказанием медицинских услуг, следовательно, им устанавливается нормальная продолжительность рабочего времени – 40-часовая рабочая неделя.

Статьей 117 ТК РФ установлено, что гражданам, занятым на работах, связанных с неблагоприятным воздействием на здоровье человека вредных физических, химических, биологических и иных факторов предоставляется ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск. Соответственно, эта норма распространяется и на медицинских работников, условия труда которых по результатам аттестации рабочих мест признаны вредными.

Полный дополнительный отпуск предоставляется работникам, если они фактически трудились во вредных и опасных условиях не менее 11 месяцев в году. Если сотрудник был занят такой деятельностью менее указанного срока, то ему дополнительный отпуск предоставляется пропорционально отработанному времени.

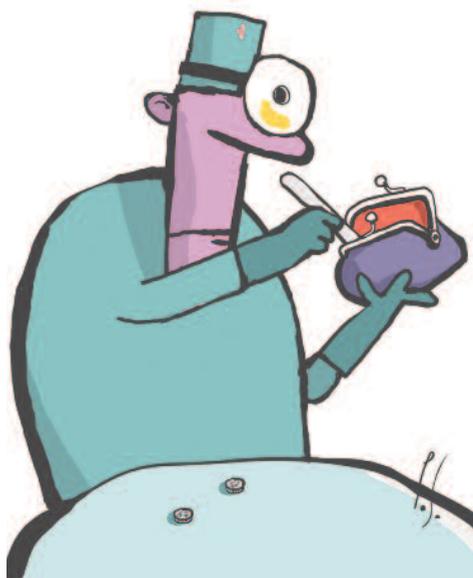


Однако для получения такого отпуска необходим стаж работы во вредных условиях. В данный стаж включается только фактически отработанное в соответствующих условиях время. Замена дополнительного отпуска за работу во вредных условиях труда денежной компенсацией не допускается по ст. 126 ТК РФ. Выплата этой компенсации возможна лишь при увольнении работника.

Постановлением Правительства РФ №870 установлена минимальная продолжительность такого отпуска – семь календарных дней. Его конкретную длительность в зависимости от класса условий труда правительство поручило определить Минздравсоцразвития, но этого до сих пор не сделано. Поэтому при установлении в локальном нормативном акте продолжительности дополнительного отпуска за вредные или опасные условия труда чаще всего пользуются списком производств, цехов, профессий и должностей с вредными условиями труда, работа в которых дает право на дополнительный отпуск и сокращенный рабочий день, раздел XL «Здравоохранение», утвержденным Постановлением Госкомтруда СССР и Президиума ВЦСПС от 25.10.1974 N 298/П-22 и инструкцией по его применению.

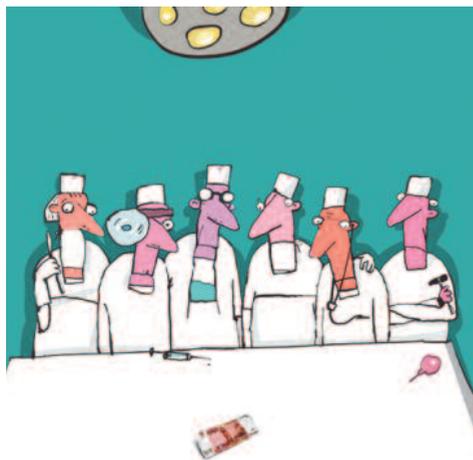
Следует обратить особое внимание на то, что в этом списке дни дополнительного отпуска для медицинских работников исчислены в рабочих днях, исходя из шестидневной рабочей не-

дели, а в соответствии с действующим трудовым законодательством отпуск исчисляется в календарных днях. Поэтому при расчете дополнительного отпуска на основании списка необходимо следить за тем, чтобы рабочие дни конвертировались в календарные и оплачивались соответственно.



Помимо перечисленных выше льгот работодатель обязан в ряде случаев обеспечивать медицинских работников молоком (ст. 222 ТК РФ), а также – в обязательном порядке – средствами индивидуальной и коллективной защиты согласно требованиям охраны труда, специальной одеждой, обувью и другими средствами индивидуальной ■

защиты, смывающими и обезвреживающими средствами, если работа во вредных условиях связана с сильным загрязнением или влиянием бактериологических и физических факторов. Обеспечение всеми перечисленными выше средствами происходит за счет работодателя



Как построена сегодня система стимулирующих выплат врачам? Стоит ли бороться за эти надбавки?

– Стимулирующие выплаты могут быть установлены работодателем как в твердой денежной сумме, так и в процентах от оклада (тарифной ставки), исходя из выполненного объема работы. Перечень оснований для начисления премии работодатель определяет самостоятельно.

К выплатам стимулирующего характера относятся персональные надбавки. Как правило, они устанавлива-

ются работникам за более высокую квалификацию. Например, если работнику присвоена ученая степень или он имеет документ об успешном прохождении повышения квалификации. Значительный опыт работы также может служить основанием для назначения персональной надбавки. Кроме того, премию можно получить просто за качественное выполнение своих обязанностей, участие в федеральных программах или перевыполнение отраслевых норм нагрузки.

Если система оплаты труда предусматривает установление и выплату работнику персональной надбавки, то согласно ч. 2 ст. 57 ТК РФ условия об оплате труда, в том числе о надбавках и поощрительных выплатах, включаются в трудовой договор в качестве обязательных.

В локальном нормативном акте (положении об оплате труда, коллективном договоре, соглашении) определяются условия, порядок и критерии выплаты надбавки.

Текущее премирование по установленным работодателем показателям может производиться по результатам работы за месяц, квартал, год, а также за периоды иной продолжительности в зависимости от специфики производства и труда. При недостижении указанных в положении об оплате труда (премировании) показателей премия может не начисляться или начисляться в меньшем размере.

Что предпринять врачу, если ему недоплачивают или задерживают зарплату? Каковы юридические пути решения споров? Как во время решения спора не испортить отношения с работодателем?

– Если выплата заработной платы задержана на срок более 15 дней, работник может воспользоваться правом, предусмотренным ч. 2 ст. 142 ТК РФ, и приостановить работу до момента ее выплаты. Об этом он должен письменно известить работодателя.

Отказ работника от работы по причине невыплаты ему заработной платы является одной из форм самозащиты трудовых прав (ст. 379 ТК РФ). При этом согласно п. 57 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 17.03.2004 №2 приостановить работу он может независимо от наличия вины работодателя в невыплате зарплаты.

В период приостановления работы сотрудник вправе отсутствовать на рабочем месте. Стоит отметить, что медикам, занятым на станциях скорой и неотложной медицинской помощи, закон прерывать работу запрещает.

В реальности возникает вопрос относительно обязанности работодателя выплатить заработную плату за период приостановления работы, а судебная практика по данному вопросу крайне неоднозначна.

При нарушении работодателем установленного срока выплаты заработной платы, оплаты отпуска, выплат при

увольнении и (или) других выплат, причитающихся работнику, работодатель обязан выплатить их с уплатой процентов (денежной компенсации) согласно ст. 236 ТК РФ. Работодатель обязан выплатить денежную компенсацию одновременно с погашением задолженности. Невыплата такой компенсации является нарушением трудового законодательства. Работник может обратиться в суд с требованием о привлечении работодателя к материальной ответственности в части выплаты процентов за задержку заработной платы.

В настоящее время уголовное законодательство предусматривает ответственность за невыплату заработной платы, пенсий, стипендий, пособий и иных выплат (ст. 145.1 УК РФ). Ответственность может быть возложена не только на руководителя организации, но и на руководителя филиала, представительства или иного обособленного структурного подразделения организации.

Отметим, что невыплата заработной платы влечет уголовную ответственность, только если у предприятия, учреждения или организации имеются денежные средства и невыплата обусловлена корыстью или иной личной заинтересованностью руководителя организации (филиала, представительства, обособленного структурного подразделения). В большинстве других случаев рассматривается дело ■

об административном право-нарушении.

В целом же меры защиты своего трудового положения для врача такие же, как для любого другого работника. При задержках зарплаты или невыплате надбавок он может обратиться в трудовую инспекцию или территориальный орган Минздравсоцразвития. В особо серьезных случаях следует задуматься об обращении в прокуратуру. Тем же, кто не желает осложнять отношения с администрацией на месте работы, можно посоветовать начать со служебной записки на имя руководителя с изложением претензий. В некоторых ситуациях этого может оказаться достаточно.

Ожидаются ли изменения в системе оплаты труда медицинских работников на федеральном уровне? На что рассчитывать и чего ожидать в ближайшее время?

– В следующие четыре года материальное положение медиков обещает заметно улучшиться.

В соответствии с Указом Президента РФ от 07.05.2012 N 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» к 2018 году средняя заработная плата врачей, преподавателей образовательных учреждений высшего профессионального образования и научных сотрудников должна быть повышена до 200% от средней зарплаты в соответствующем

регионе. Это же касается всех работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское, фармацевтическое или иное образование, непосредственно предоставляющих медицинские услуги. При таких условиях врач должен получать примерно втрое больше, чем среднестатистический наемный работник другой сферы, живущий по соседству.



Что касается социальных работников, включая младший и средний медицинский, а также фармацевтический персонал, – их ожидает повышение зарплаты до 100% от средней по региону, Президентский указ вступил в силу со дня его официального опубликования. Остается наблюдать, каким образом и насколько он будет реализован на местах. ■

*Материал подготовила
специальный корреспондент
Дайджеста урологии Ю.Г. Болдырева*

Наши ВОЗМОЖНОСТИ

Биохимическая лаборатория НИИ урологии



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

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



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

Онкоурология:

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

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



Трансплантология:

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

Перспективы: дальнейшее совершенствование методов диагностики урологических заболеваний.

Особенности забайкальской урологии

О семейных традициях в медицине, новых методах лечения, специфике современного образования и проблемах урологов Восточной Сибири рассказывает врач I категории, заведующий курсом урологии Читинской государственной медицинской академии Александр Александрович Кошмелев.



Александр, Вы потомственный врач. Ваши родители и их родители – все много лет трудятся в самых разных областях медицины. И все же спрошу: почему Вы выбрали медицину и почему урологию?

А. Кошмелев: – Почему выбор пал на медицину? А как я мог ее не выбрать, когда был окружен ею еще задолго до своего рождения? Потом детский сад, школа, долгие вечера в больнице, где нужно было дожидаться родителей из операционной.

Моими няньками были другие доктора и средний медицинский персонал. Дома, помимо художественной литературы и учебников, были горы медицинской литературы, а изучать большую медицинскую энциклопедию и атлас анатомии Синельникова я начал еще в школе. Затем горячо любимая Читинская медицинская академия, ставшая родной. На последипломном этапе – ординатура по хирургии, где на цикле по урологии я понял окончательно, чему хотел бы посвятить себя в медицине.

Что изменилось в оказании урологической помощи за последние годы?

– Урологическая помощь в последние годы переживает профессиональный бум. На мой взгляд, урология – одна из наиболее быстро развивающихся специальностей, начиная от способов диагностики заболеваний и заканчивая методами их лечения. Но сегодня существуют и слабые места: мы все видим рост обращаемости за урологической помощью, имеющийся пробел между амбулаторным и стационарным урологическими звеньями... Еще одно слабое место – недоступность профессио-



нальной урологической помощи в районах и областях, отдаленных от региональных центров.

Какие урологические заболевания считаются характерными для Забайкальского края? С чем это связано?

– Насколько можно верить нашей статистике, Забайкальский край особо не выделяется превалярованием отдельных видов патологий. Как и везде, отмечается большой удельный вес воспалительных заболеваний, мочекаменной болезни, онкопатологии.

В Читинской области достаточно урологов? Каков их возрастной состав? Сколько кандидатов и докторов медицинских наук?

– Ряды забайкальских урологов в последние годы пополнились молодыми специалистами: средний возраст урологов нашего края вряд ли превышает сорок лет. Сегодня у нас один кандидат медицинских наук, а еще два человека находятся на этапе соискательства.

Какие виды оперативных вмешательств выполняются? Сколько в год?

– Оперативная активность в последние годы демонстрирует тенденцию к росту. По ведущему учреждению, Краевой клинической больнице, она достигла 68 % в этом году. Рост обусловлен широким внедрением в практику эндовидеохирургических, а также малоинвазивных методов лечения, что позволяет значительно сократить пре-

бывание больного в стационаре. Но есть и ложка дегтя: порой приходится оперировать не тем, что действительно необходимо, а тем, что имеется. Оснащение, в том числе и расходными материалами, носит, так сказать, «болюсный» характер.

Вы также заведуете курсом урологии ЧГМА. На чем специализируется курс? Идет обучение студентов, ординаторов?

– Всеми делами курса сегодня управляют два человека: собственно я – заведующий курсом урологии – и молодой, очень перспективный ассистент Виктор Андреевич Дударев. Узкоспециализированным курс урологии ЧГМА называть, наверное, еще рано. Предпочтение определено отдается эндовидеохирургической урологии, урогинекологии, малоинвазивным и микрохирургическим вмешательствам, а также андрологии. Преподавание дисциплины ведется на педиатрическом и лечебном факультетах. Кроме того, у нас работает студенческий кружок. Последние четыре года количество будущих специалистов, обучающихся в клинической ординатуре, остается стабильным – 10 человек.

Изменился ли современный студент?

– Конечно же, изменился, как и само время, в котором мы живем. Поколение разных систем обучения, поколение ЕГЭ... со всеми этими образовательными нововведениями мы стремимся быть похожими на Запад, но, как ни крути, мы абсолютно разные. В старой системе было что-то ■

Со всеми этими образовательными нововведениями мы стремимся быть похожими на Запад, но как ни крути, мы абсолютно разные. В старой системе было что-то непоколебимое, фундаментальное.

непоколебимое, фундаментальное. В последнее время наблюдается какая-то непонятная, извините, чехарда с переделыванием рабочих программ и требований к ним. Это, конечно, связано с переходом на федеральные государственные стандарты третьего поколения, а вскоре, возможно, уже и четвертого. В этом смысле, считаю, нужна четко координированная работа ведущих учреждений, необходимо тесное сотрудничество вузов.

Есть ли у вас курсы повышения квалификации, проводятся ли сертификационные циклы?

– На факультете постдипломного образования мы ежегодно проводим два сертификационных цикла, где проходят повышение квалификации врачи не только Забайкальского края, но и соседних регионов.

Проводятся ли урологические мероприятия?

– В 2008 году впервые прошла научно-практическая конференция урологов Байкальского региона. Теперь она стала региональной и имеет статус Конференции урологов Восточной Сибири. В утверждении этого статуса активное участие принимали руководители урологических сообществ из других регионов: В.Ф.Онопко (Иркутск), Ф.П. Капсаргин (Красноярск), а также коллектив урологов республики Бурятия. Очередная, уже седьмая по счету

конференция пройдет в 2014 году в г. Красноярске. Хочу отметить, что сегодня урологи Восточной Сибири – не просто коллеги, а искренние друзья, от души радеющие за настоящее и будущее урологии.

Принимают ли ваши коллеги участие в заседаниях общества урологов?

– Помимо конференции дважды в год урологи Забайкальского края принимают активное участие в заседаниях общества, где не только освещаются актуальные проблемы, но и происходят защиты дипломных работ. Все это, как мне кажется, является хорошим стимулом для врачей к изучению литературы и саморазвитию.

Сегодня урологи Восточной Сибири – не просто коллеги, а искренние друзья, от души радеющие за настоящее и будущее урологии.

Какие перспективы вы видите в клинической и научной областях своей работы? Что бы вы изменили?

– Перспективы я вижу в обмене опытом, в тесном общении специалистов. Ну а прежде всего мы сегодня нуждаемся в признании медицины государством, где она, по моему мнению, пока что не живет полноценно, а только существует. ■

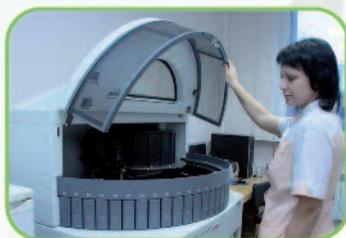
*Материал подготовила
В.А. Шадеркина*

Наши ВОЗМОЖНОСТИ

Лаборатория патологической анатомии



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



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



Иммуногистохимические методы

Цель:

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

Методы молекулярно-генетических исследований

Цель:

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

Перспективы лаборатории

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

Правильная и своевременная диагностика нарушений мочеиспускания у детей



Т.Н. Гарманова
Детский уролог,
м.н.с. отдела детской
урологии ФГБУ
"НИИ урологии"
Минздрава России

В последние годы возрос интерес к проблеме нарушений уродинамики нижних мочевых путей не только у детских урологов, но и нефрологов. Это связано с исключительной распространенностью врожденных и приобретенных заболеваний и патологических состояний этого отдела мочевого тракта у детей и их ролью в происхождении расстройств акта мочеиспускания, пузырно-мочеточникового рефлюкса, мегауретера, пиелонефрита, цистита, и особенно хронической почечной недостаточности.

У большинства больных (90%) клинические проявления дисфункций мочевого пузыря отличается большим многообразием симптомов расстройств акта мочеиспускания, у остальных они протекают субклинически и выявляются исключительно методами функциональной диагностики при урологическом обследовании по поводу инфекции мочевых путей.

Степень тяжести нарушений мочеиспусканий варьирует от легких форм, например, синдром дневного частого мочеиспускания, до тяжелых – синдром

Хинмана (ненейрогенный нейрогенный мочевой пузырь, детрузорно-сфинктерная диссинергия).

Мы представляем клинический случай, наглядно показывающий, как невнимание к вопросам нарушения мочеиспускания может привести к гибели почек у маленького пациента.

В детское уроandroлогическое отделение ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России поступил пациент Н., 11 лет, с диагнозом: Хроническая болезнь почек, 5 стадия, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, пузырно-мочеточниковый рефлюкс 5 степени справа.

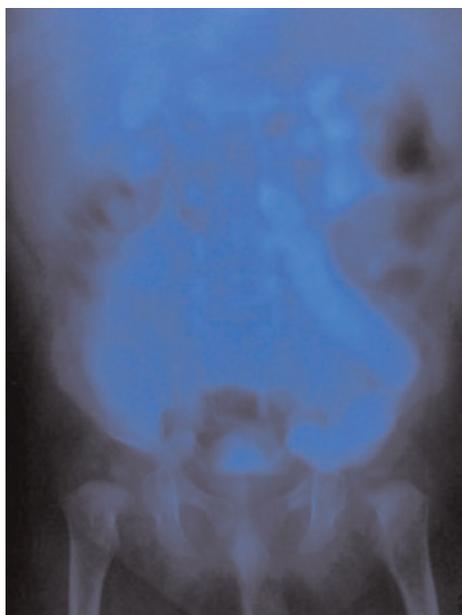
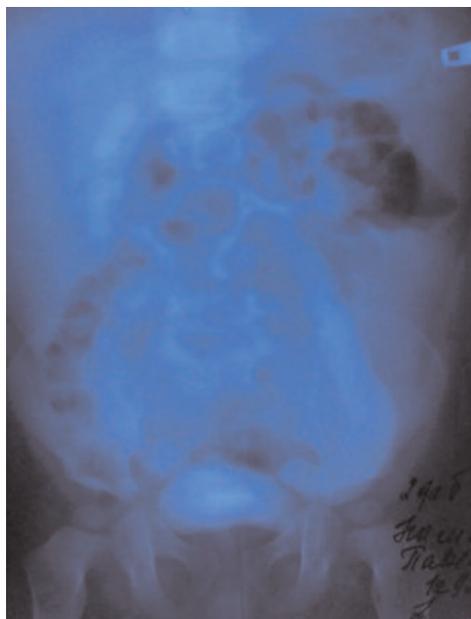


Рис. 1,2,3. Цистограммы пациента Н., выполненные в возрасте 2, 5 и 9 лет



Из анамнеза пациента стало известно, что заболевание у него выявлено пренатально в виде расширения собирающей системы обеих почек. В возрасте 6 месяцев был установлен диагноз: Пузырно-мочеточниковый рефлюкс 4 степени с обеих сторон. Затем в возрасте 1,5 лет была выполнена операция уретроцистоанастомоз справа, в возрасте 2 лет – уретроцистоанастомоз слева. Обе операции без эффекта, пузырно-мочеточниковый рефлюкс в послеоперационном периоде сохранялся. Пациент регулярно проходил обследования в нефрологическом отделении больницы по месту жительства, ПМР подтверждался по ■



Рис.4. Цистограмма при поступлении в НИИ урологии

данным выполняемых уретроцистограмм. Кроме того, по мере взросления ребенка мать и сам ребенок стали отмечать, что он мочится он с большим трудом, напрягая мышцы передней брюшной стенки.

По данным проведенного обследования у пациента выявлено, что секреторная функция левой почки снижена 77%, правой почки на 89%. В биохимическом анализе мочи уровень креатина 0,2 ммоль/л, мочевины 14,4 ммоль/л, калий 4,2 ммоль/л, скорость клубочковой

фильтрации 22 мл/минуту. По данным цистографии выявлен пузырно-мочеточниковый рефлюкс 5 степени справа, при этом отмечается неровность контура мочевого пузыря, наличие выпячиваний, характерных для нейрогенной дисфункции мочевого пузыря.

Пациенту было выполнено комплексное уродинамическое обследование, по данным которого было установлено, что максимальная скорость мочеиспускания составила 12 мл/с при объеме выделенной мочи 89 мл, при этом объем остаточной мочи составил 42 мл (практически 50% от выделенного объема). Кроме того, выявлена выраженная гиперактивность мочевого пузыря, возникающая уже при объеме 50 мл, и выраженная инфравезикальная обструкция в фазе мочеиспускания.

Таким образом, на основании проведенного обследования и данных анамнеза пациенту Н. Был установлен диагноз: *Хроническая болезнь почек, 4 стадия, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря по типу детрузорно-сфинктерной диссенергии, ПМР 4 степени справа.*

Пациенту рекомендовано выполнение интермиттирующей катетеризации. В связи с тем, что мальчикум достаточно сложно выполнять катетеризацию, пациенту выполнена аппендикovesикостомия для проведения интермиттирующей

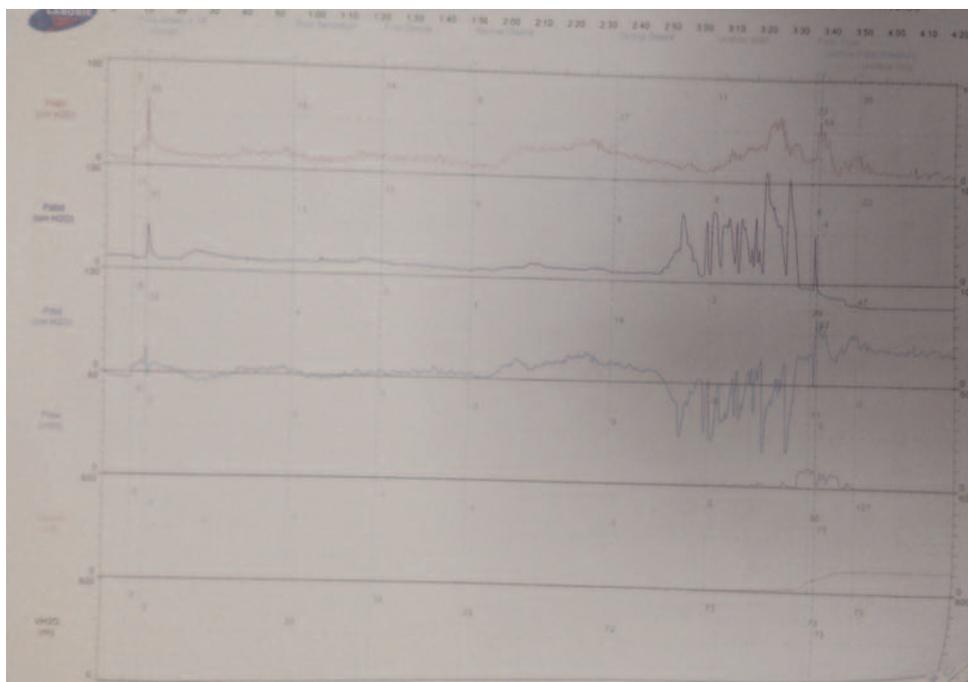


Рис.5. Данные уродинамического обследования пациента Н.

самокатетеризации и назначения терапия для поддержания функции почек.

В заключение хотелось бы сказать, что более раннее выявление и конкретизация вида нарушения мочеиспускания у данного пациента и назначение соответствующего лечения (консерва-

тивного и интермиттирующей катетеризации) могло сохранить функцию почек или же замедлить прогрессирование хронической почечной недостаточности, которая в недалеком будущем, скорее всего, потребует у данного пациента проведения гемодиализа и трансплантации почки. ■

Среди детей и подростков пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) встречается в 1% случаев, доля билатерального рефлюкса составляет до 50,9%. При этом в 50% случаев степень рефлюкса с разных сторон различна. НДМП встречаются у 20% детей в возрасте 4–7 лет. К 14 годам число страдающих этими дисфункциями сокращается до 2%.

Резидуальные фрагменты камней после чрескожной пункционной нефролитотрипсии

Является ли выполнение компьютерной томографии обязательным методом для их выявления?

J Endourol (Эндоурология) 2013 Ноябрь; 27(11).

Внедрение минимально инвазивных эндоурологических вмешательств для дезинтеграции камней верхних мочевыводящих путей закрыло эру открытой хирургии для их лечения, в которой нерушимым правилом была полная эрадикация камней. Переход к минимально инвазивным вмешательствам привел к появлению новых терминов, таких как «частота полного освобождения от камней» и «резидуальные фрагменты камней». Наличие резидуальных фрагментов камней после оперативного вмешательства в некоторых случаях было признано приемлемым результатом лечения.

Чрескожная пункционная нефролитотрипсия (ЧПНЛ) в настоящее время считается операцией выбора при больших камнях почки. Ее широкому применению в значительной степени способствовало развитие компьютерной томографии (КТ) с многоканальным детектором в отношении чувствительности при выявлении небольших камней.

Несмотря на то, что КТ считается обязательной для выполнения при диагностике и определении точной локализации камней, а также для контроля при создании чрескожного доступа при ЧПНЛ, рутинное применение данного метода визуализации для выявления резидуальных камней после ЧПНЛ до сих пор не было обосновано.

Однако существуют доказательства того, что рутинное применение КТ после ЧПНЛ

имеет дополнительные преимущества по сравнению с другими методами визуализации, а именно – возможность идентификации и определения локализации даже небольших резидуальных фрагментов, которые могут стать причиной значительных проблем и потребовать вторичных вмешательств у значительной группы пациентов после ЧПНЛ.

С другой стороны, сообщения о стоимости, доступности КТ-сканеров и лучевой нагрузке наряду с приемлемой чувствительностью, стоимостью и доступностью других методов визуализации вызывают сомнения в необходимости рутинного выполнения КТ после ЧПНЛ.

В ноябрьском выпуске J Endourol (Эндоурология) за 2013 год опубликован обзор литературы с обсуждением концепции клинически значимых резидуальных фрагментов и комментариями в отношении различных методов визуализации, применяемых для выявления резидуальных камней после ЧПНЛ. Еще одной особенностью данного обзора является разъяснение показаний для рутинного выполнения КТ и показаний для отказа от выполнения этого исследования в периоде последующего наблюдения после ЧПНЛ. ■

Petros Sountoulides, MD, PhD, FEBU, Linda Metaxa, MD, Luca Cindolo, MD, FEBU.

Department of Urology, General Hospital of Veria, Thessaloniki, Greece

J Endourol (Эндоурология) 2013 Ноябрь; 27(11)

Сосудистые зажимы типа «бульдог» при роботизированной резекции почки: какие лучше?

При выполнении робот-ассистированной резекции почки (РАРП) и лапароскопической резекции почки (ЛРП) наложение зажимов на сосудистую ножку перед иссечением опухоли является ключевым моментом, позволяющим минимизировать кровопотерю и сохранить адекватную визуализацию.

Для обеспечения контроля в зоне ворот почки существует множество опций, включая недавно внедренные в практику сосудистые зажимы типа «бульдог» для роботизированной хирургии. Относительная эффективность этих новых зажимов изучена не была. Авторы публикации в ноябрьском выпуске J Endourol (Эндоурология) за 2013 год провели сравнительный анализ роботизированных и лапароскопических сосудистых зажимов в отношении силы пережатия и кровотока в условиях модели пережатого сосуда.

Авторы сравнили 10 видов различных сосудистых зажимов, используемых при РАРП и ЛРП: роботизированный зажим компании «Klein»; лапароскопические зажимы компании «Klein»: короткий, средний прямой, средний изогнутый и длинный; зажимы компании «Aescular»: короткий прямой, короткий изогнутый, длинный прямой и длинный изогнутый; и лапароскопический зажим Сатинского.

Экспериментальное определение силы зажима проводили на расстоянии 1,0 см и 2,0 см от оси вращения и в области кончика. Для создания модели пережатого сосуда на дренажную трубку «Пенроуз» диаметром четверть дюйма накладывали зажим, а проксимальный конец подсоединяли к монитору напорного течения. Авторы зафиксировали характеристики потока в трубке при различных значениях давления и давление точки утечки (ДТУ).

Роботизированный зажим компании «Klein» обеспечивал статистически достоверно меньшую силу пережатия по длине зажима по сравнению с лапароскопическими зажимами компании «Klein», «Aescular» и лапароскопическим зажимом Сатинского. В условиях использованной модели сосуда роботизированный зажим компании «Klein» показал ДТУ 8,3 мм рт. ст. против 36,3 мм рт. ст. (лапароскопические зажимы компании «Klein») и >170 мм рт. ст. («Aescular»). При всех значениях давления в условиях данного эксперимента при использовании роботизированного зажима в модели сосуда сохранялся больший поток, чем при использовании лапароскопических зажимов.

Роботизированные сосудистые зажимы типа «бульдог» обеспечивают статистически достоверно меньшую силу пережатия, чем лапароскопические зажимы типа «бульдог» или зажим Сатинского. Таким образом, при использовании роботизированного зажима в модели сосуда сохранялся больший поток в области пережатого сегмента. Это различие является характерным для данного зажима и может приводить к менее надежному интраоперационному гемостазу. ■

Brian Le, MD, Richard S. Matulewicz, MS, MD, Samuel Eaton, MD, Kent Perry, MD, Robert B. Nadler, MD.
Department of Urology, Northwestern University, Feinberg School of Medicine, Chicago, Illinois
J Endourol (Эндоурология) 2013 Ноябрь; 27(11)

Лапароскопическая донорская нефрэктомия с трансвагинальной экстракцией: первый опыт на основании 30 случаев

Индийские ученые попытались оценить безопасность и выполнимость лапароскопической донорской нефрэктомии с трансвагинальной экстракцией, а также проанализировать влияние на указанные параметры индекса массы тела (ИМТ), менопаузального статуса, предшествующих оперативных вмешательств и наличия миомы матки.

Тридцати донорам была выполнена традиционная лапароскопическая донорская нефрэктомия с использованием пяти троакаров и успешной трансвагинальной экстракцией почки. Исследуемые параметры включали в себя:

- возраст, ИМТ,
- продолжительность оперативного вмешательства,
- предполагаемый объем кровопотери,
- длительность тепловой ишемии,
- интенсивность послеоперационной боли,
- сексуальную функцию до и после оперативного вмешательства,
- осложнения со стороны операционной раны,
- продолжительность пребывания в стационаре,
- сроки возвращения к обычным нагрузкам,
- уровень креатинина реципиента,
- другие осложнения, связанные с реципиентом.

Авторы сравнили полученные данные с данными 30 доноров-женщин, которым была выполнена лапароскопическая донорская нефрэктомия с трансабдоминальной экстракцией почки.

Общее число пациентов, давших согласие на участие в исследовании, составило 38 человек. У семи пациентов интраоперационно было принято решение об отказе от трансвагинальной экстракции почки вследствие ожирения, спаечного процесса в брюшной полости, наличия миомы матки больших размеров или повреждения маточной артерии.

При сравнении с данными пациентов, которым выполнили трансабдоминальную экстракцию почки, не было получено статистически значимых различий в отношении длительности тепловой ишемии, средней продолжительности оперативного вмешательства, предполагаемого объема кровопотери, продолжительности пребывания в стационаре, уровня креатинина реципиента и частоты развития осложнений. Средняя интенсивность боли значительно уменьшилась к 3 и 4 дням после операции. Также, в группе с трансвагинальной экстракцией почки были отмечены более короткие сроки возвращения к обычным нагрузкам. Не было отмечено увеличения частоты инфекционных осложнений как со стороны доноров, так и со стороны реципиентов.

На основании первого опыта лапароскопической донорской нефрэктомии с трансвагинальной экстракцией авторы рекомендуют выполнение данного вмешательства донорам в пременопаузальном периоде с ИМТ < 30. Первая серия операций, выполненная авторами данной статьи, демонстрирует выполнимость и безопасность данного вмешательства в отношении доноров. ■

T.A. Kishore, MD, Abijit Shetty, MD, Tarun Balan, MD, Mammen M. John, MD, Mohammed Iqbal, MD, Joshy Jose, MD, K. Vinodan, MD. Department of Urology and Nephrology, Medical Trust Hospital, Cochin, Kerala, India.

J Endourol (Эндоурология) 2013 Ноябрь; 27(11)

Редакция дайджеста:

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

Тираж 5000 экземпляров

Подписка на сайте urodigest.ru

Распространение бесплатное – Россия, страны СНГ

Периодичность 1 раз в 2 месяца

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

Издательство “УроМедиа”

Адрес редакции: 105425, Москва, 3-я Парковая, 41 “А”, стр. 8

ISSN 2309-1835

Свидетельство о регистрации средства массовой информации
ПИ № ФС77-54663 от 09.07.2013

e-mail: info@urodigest.ru

www.urodigest.ru

При полной или частичной перепечатке материалов ссылка на Дайджест обязательна!

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



MOSUROLOGY.RU



УРОЛОГИЯ
ВОРОНЕЖСКОЙ
ОБЛАСТИ



ECURO.RU



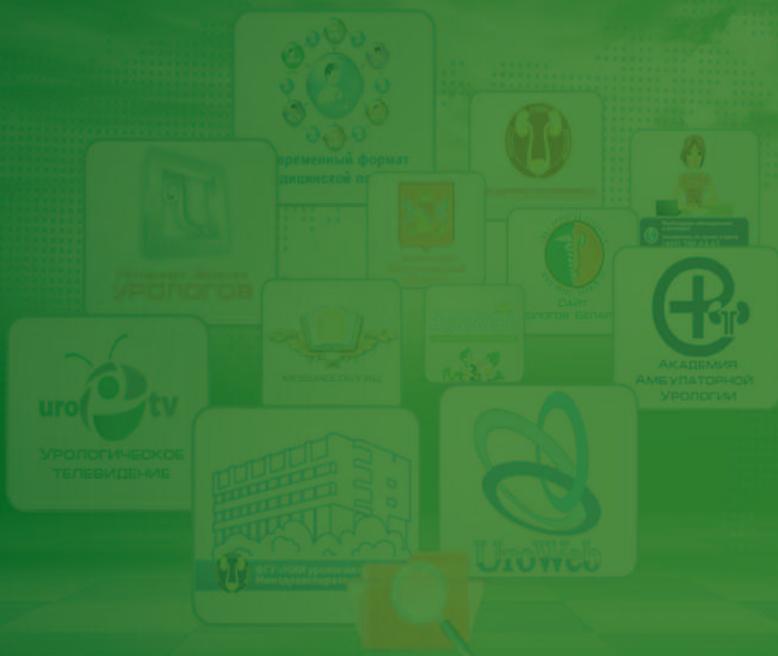
Мобильное
приложение
для урологов



Научный
образовательный
кружок



Академия
амбулаторной
урологии



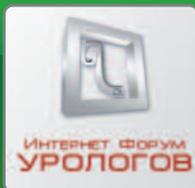
ФГБУ "НИИ урологии"
Минздрава России



Урологическое
телевидение



ОБРАЗОВАНИЕ
в Урологии
UroEdu.ru



ИНТЕРНЕТ ФОРУМ
УРОЛОГОВ



UroWeb

Издательский дом «УроМедиа»