

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ:

**Выбор метода
биопсии при
подозрении на РПЖ**

**Доктор П.И. Раснер:
В урологии пока еще
есть над чем работать**

**Врачи и
фармацевтические
компании: тонкости
взаимоотношений**

ТЕМА НОМЕРА:

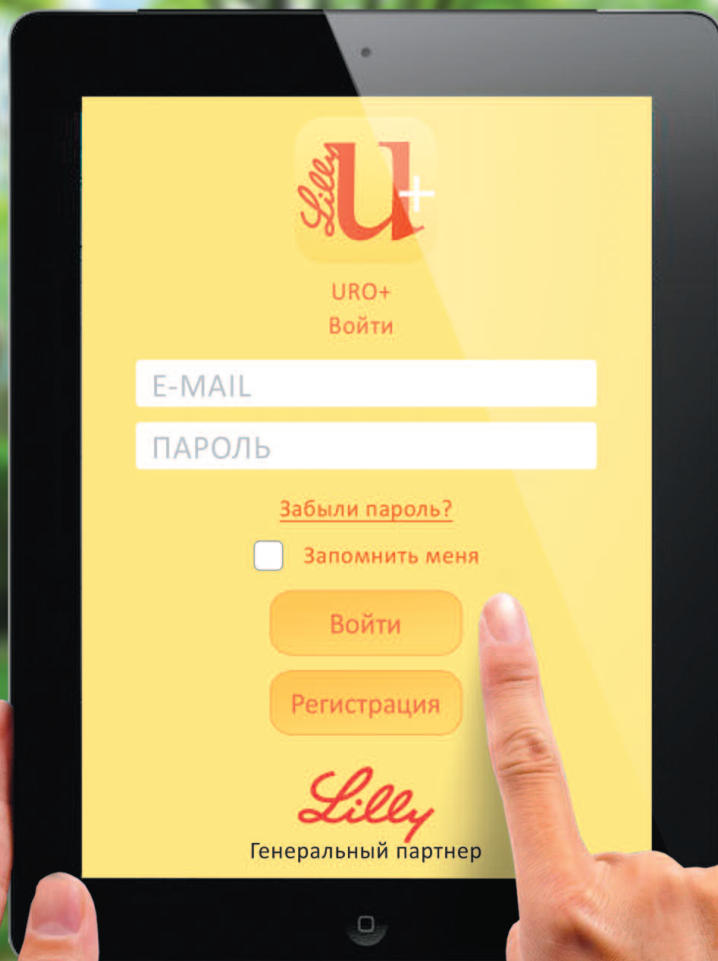
**ЕЖЕДНЕВНЫЙ ПОДВИГ ОНКОУРОЛОГОВ
ИНСТИТУТА ХИРУРГИИ ИМ. ВИШНЕВСКОГО**





Мобильное приложение для урологов

*Всегда в курсе всех
урологических новостей!*



App Store



Google play

•»» Тема номера: Александр Грицкевич: ежедневный подвиг онкоурологов института хирургии им. Вишневского	2
•»» Выбор метода биопсии при подозрении на РПЖ.....	6
•»» Детский уролог: врач, психотерапевт и товарищ.....	12
•»» Доктор П.И. Раснер: В урологии пока еще есть над чем работать.....	16
•»» Аналитика здравоохранения: •»» Внедрение электронных форматов ОМС и медицинских карт.....	24
•»» Западная модель медицинского страхования маловероятна в России	25
•»» Случаи агрессии против врачей.....	28
•»» Полное импортозамещение в фармакологии.....	30
•»» Две трети врачей не видят изменений в отношении к профессии ...	32
•»» Новости урологии. Мочекаменная болезнь: •»» Сравнительный анализ лапароскопической уретеролитотомии и перкутанной литотрипсии при крупных камнях верхней трети мочеточника	36
•»» Витамин D и мочекаменная болезнь	38
•»» Прогноз при сочетании мочекаменной болезни и инфаркта миокарда	39
•»» Курение, употребление алкоголя, гиподинамия и риск возникновения и рецидивирования МКБ.....	40
•»» Мочекаменная болезнь и кальцинация коронарных артерий.....	41
•»» Эффективность двусторонней одноэтапной перкутанной нефролитотрипсии у пациентов с билатеральным коралловидным нефролитиазом	42
•»» Метаболический синдром и повреждение почек, опосредованное гипероксалурией.....	43
•»» V Научно-практическая конференция «Мочекаменная болезнь: теоретические основы и клинический опыт».....	44
•»» Ангиомиолипома. Клинический случай	46
•»» Врачи и фармацевтические компании: тонкости взаимоотношений....	52
•»» Учебный план ФМБА России на кафедре урологии и андрологии.....	58
•»» РостГМУ. Учебный план на 2017 г.	60
•»» «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ. Учебный план на 2017 г.	62

Александр Грицкевич: ежедневный подвиг онкоурологов Института хирургии им. Вишневского



А.А. Грицкевич

К.м.н., старший научный сотрудник отделения урологии института хирургии им. А.В. Вишневского.

За всю свою 155-летнюю историю Институт хирургии им. А.В. Вишневского всегда был и остается одним из самых востребованных среди пациентов медицинских учреждений, в котором точно избавят от самых тяжелых болезней, даже в самых сложных случаях. Неудивительно, что такие высокие потребности сформировали такие же высокие требования и к специалистам, там работающим.

Трудно перечислить всех талантливых хирургов, которые, украшали не только институт, но и всю медицину страны. Это академик РАМН Д.С. Саркисов, члены корр. АМН СССР Н.И. Краковский, П.Н. Мазаев, а также профессора Д.Ф. Благовидов, Г.Д. Вилявин, М.М. Воропаев, Н.К. Галанкин, Т.М. Дарбинян, В.П. Демихов, С.П. Протопопов, В.И. Пшеничников, В.К. Сологуб, А.С. Харнас, Л.Л. Шик, М.И. Шрайбер, В.В. Юденич. В 1947 г. на посту директора был утвержден действительный член АМН СССР, профессор Александр Васильевич Вишневский.

С января 2016 года директором института хирургии имени А.В. Вишневского является Лауреат Государственной премии СССР, Заслуженный деятель науки РФ, Лауреат премии Правительства РФ, Академик РАН, профессор, главный внештатный специалист хирург Минздрава России **Амиран Шотаевич Ревишвили**.

Учитывая урологическую и онкоурологическую направленность нашего издания, мы хотели бы ознакомить наших коллег – урологов и онкоурологов – с выполняемыми в НИИ хирургии им. А.В. Вишневского видами медицинской



помощи пациентам с онкоурологическими заболеваниями. В выборе клинических случаев нам помог Александр Анатольевич Грицкевич, онкоуролог, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения урологии Института хирургии им. А.В. Вишневского (руководитель отделения урологии д.м.н., профессор Александр Александрович Теплов).

Подковообразная почка и аневризма брюшного отдела аорты

Мужчина 75 лет, активный курильщик со стажем более 50 лет, поступил в мае 2014 года в Институт с жалобами на одышку, перебои в работе сердца, стенокардитические боли при минимальной физической нагрузке, на боли в области пупка слева не связанные с приемом пищи, наличие пульсирующего образования в животе. Длительно страдает артериальной гипертензией, гиперлипидемией, подагрой, сахарным диабетом, алиментарно-конституциональным ожирением IV степени.

После проведенного обследования, выявившего редчайшее сочетание аневризмы брюшного отдела аорты (АБА) и подковообразной почки, лечение пациента проводилось совместными усилиями урологов, интервенционных хирургов, кардиологов. Хирургическое лечение АБА у пациентов с подковообразной почкой является технически сложным, так как перешеек почки практически всегда располагается над аневризмой, а в ряде случаев имеются множественные добавочные почечные артерии, отходящие от инфраренального отдела брюшной аорты и/или из подвздошных артерий. Обобщив опыт 176 оперативных вмешательств наблюдений при АБА с ПП, в 2001 году коллектив авторов во главе со Stroosma O.B. описал 6 разных способов хирургических операций: трансперитонеальный с разделения почечного перешейка или без, забрюшинный доступ, имплантация стент-графта, укутывание аневризмы, или только диагностика. Рандомизированные контролируемые исследования показали, что миниинвазивный подход сопровождается меньшей частотой осложнений и летальностью при сопоставимых результатах в отдаленном периоде у пациентов высокого риска открытого оперативного вмешательства.

Данному пациенту первым этапом в мае 2014 года выполнено маммарокоронарное шунтирование передней межжелудочковой ветви, аортокоронарное шунтирование ветви тупого края на работающем сердце. Вторым этапом ■

в мае 2015 года выполнено полностью чрескожное бифуркационное эндопротезирование инфраренального отдела брюшной аорты, общих подвздошных артерий с обеих сторон.

Компьютерная томография аорты на 30й день и через 1 год после второго вмешательства: просвет протезированных сосудов проходим на всем протяжении, экстравазации контрастного вещества нет. Перфузия паренхимы почки в области перешейка сохранена.

Сложность вмешательств состояла в том, что подковообразная почка представляет собой серьезную проблему в хирургии абдоминальной аорты из-за анатомических особенностей в кровоснабжении её перешейка. Поэтому хирургами были применены специальные стенты, эндопротезы и сосудистые окклюдеры, позволяющие снизить нецелевую окклюзию артерий перешейка почки.

Удаление 30-сантиметрового тромба у пациента с редкой формой рака надпочечника

Мужчина 36 лет поступил в институт им. Вишневского с диагнозом «адрено-кортикальный рак левого надпочечника». Это в принципе очень редкая патология: заболеваемость исчисляется единицами случаев на миллионы. Ситуация осложнялась тем, что рак приобрёл инвазивную форму.

В случае интралюминальной инвазии опухолевые массы разрастаются по просвету магистральных вен в виде тромба. Таким образом, опухоль свободно находится внутри кровеносных сосудов, постепенно увеличиваясь в размерах. У данного пациента она распространилась в просвет левой почечной вены, а затем — нижней полой вены и приблизилась к предсердию. Это, в свою очередь стало причиной массивного сосудистого тромбоза и впоследствии — тромбоэмболии лёгочной артерии. Только она стала причиной для обследования на предмет опухоли, поскольку до этих пор заболевание протекало бессимптомно, и мужчина не подозревал о наличии у себя онкологической патологии.

Врачи, обследовав пациента, пришли к выводу о необходимости отправки его в Москву. Там, в Институте имени А.В. Вишневского, имеется богатый опыт хирургических вмешательств по удалению внутрисосудистых опухолевых тромбов, однако этот случай оказался одним из самых тяжёлых в практике столичных врачей. В таких случаях операция является единственным доступным вариантом



лечения, а оснащённость и многопрофильность институтской клиники дали возможность привлечь к работе максимальное число специалистов.

Операцию, продолжавшуюся 12 часов без перерыва, поочерёдно вели на разных участках 6 хирургов различных профилей. Нестандартная и сложная клиническая картина потребовала чёткого и подробного планирования действий с объединением возможностей онко-, кардио-, гепато- и сосудистой хирургии. Длина тромба, который нужно было удалить полностью, составила около 30 сантиметров.

Как поясняет старший научный сотрудник отделения урологии Института имени А.В. Вишневского, к.м.н., онкоуролог Александр Анатольевич Грицкевич, ради сохранения левой почки пациента была удалена вся левая почечная вена, затронутая опухолью, после чего наложен микрососудистый венозный анастомоз культи почечной вены с восходящей поясничной веной.

Доктор А. А. Грицкевич подчёркивает, что для сохранения жизни больного огромную роль сыграло своевременное решение региональных врачей направить его в Москву. Лечение обширных тромбозов является одним из самых больших вызовов для хирургов. Относительно недавно — в 90-е годы — каждый десятый подобный случай заканчивался смертью пациента на столе от кровотечения или тромбоэмболии лёгочной артерии. Сейчас опыт хирургов и уровень технической оснащённости позволяют избежать этого даже в таких сложных случаях, как у данного пациента.

Добавим, что адренокортикальный рак надпочечника является не метастатическим, а местнораспространённым. Так что теперь, после проведённой операции мужчина имеет хорошие шансы на полное выздоровление и возвращение к привычному образу жизни.

Такая высокотехнологическая помощь оказывается в НИИ хирургии им. А.В. Вишневского ежедневно, в рутинном режиме. Но даже неспециалистам понятна эксклюзивность выполняемых вмешательств и уникальность опыта, продлевающих жизнь нашим пациентам. Редакция «Дайджеста урологии» благодарит А.А. Грицкевича за предоставленную информацию и желает урологическому отделению НИИ хирургии им. Вишневского (зав. отделением д.м.н, профессор Александр Александрович Теплов) дальнейших профессиональных успехов. ■

*Материал подготовила В.А. Шадеркина
уролог, Uroweb.ru, Председатель Ассоциации медицинских журналистов*

Выбор метода биопсии при подозрении на РПЖ



А.В. Корякин,
научный сотрудник отдела онкоурологии НИИ урологии и
интервенционной радиологии имени Н.А. Лопаткина

Альтернативы стандартной ТРУЗИ-биопсии предстательной железы в диагностике рака предстательной железы (РПЖ) редакция Дайджеста урологии обсудила с научным сотрудником отдела онкоурологии НИИ урологии и интервенционной радиологии имени Н.А. Лопаткина Андреем Викторовичем Корякиным.

Андрей Викторович, почему такой достаточно стандартной процедуре как биопсия предстательной железы, уделяется так много внимания?

А.В. Корякин: Да, с одной стороны Вы правы – биопсия предстательной железы – достаточно простая манипуляция, с которой сталкивался, пожалуй, каждый уролог. Но, вместе с тем, существует ряд уже давно известных недостатков данной манипуляции. К примеру, публикация 1997 года (1- Fleshner NE et al., Jurolog 158: 505–508. 1997) утверждает, что РПЖ – единственная солидная опухоль, определяемая «слепой биопсией» с достаточно низким уровнем визуализации, что потребовало выполнение не одного, а нескольких биоптатов. При этом объем забираемой ткани крайне низок: стандартная 12-точечная биопсия иглой 18 gauge забирает 0,04% объема среднестатистической предстательной железы. Улучшение качества визуализации в серошкальном режиме с тех пор улучшилось, но выявляемость РПЖ при этом принципиально не поменялась.

Вторым аспектом, заслуживающим внимания, является низкая эффективность повторных биопсий. Так например, исследование (2 – Djavan B., Milani S., Remzi M., Can. J Urol., 2005 feb; European Prostate Cancer Detection Study) с участием 1051 пациента с ПСА 4–10 нг/мл показало выявляемость РПЖ для первой биопсии 22% (231/1051), для второй – 10% (83/820), для третьей – 5% (36/737) и для четвертой – 4% (4/94). Таким образом, частота обнаружения рака падает практически вдвое при каждой последующей биопсии. Выполнение третьей и четвертой биопсии в стандартном режиме оказываются в таких условиях практически бесполезным занятием.



Как можно снизить частоту ложноотрицательных результатов?

А.В. Корякин: Частота ложноотрицательных результатов при стандартной ТРУЗИ-биопсии составляет порядка 20–30%, из зоны пункции систематически пропускаются передняя часть простаты, средняя линия и апекс железы. Относительно недавнее исследование по компьютерному моделированию эффективности стандартной ТРУЗИ-биопсии в диагностике РПЖ (3 – Lecornet E. et al., J Urol, 2012) использовало в качестве модели стандартную методику. Основным критерием стало выявление клинически значимого рака простаты (7 и более по шкале Глисона, объем опухолевого очага $>0,5$ мл). По результатам компьютерного моделирования было установлено, что стандартная биопсия пропустила примерно половину (47%) очагов $>0,5$ мл и 79% очагов от 0,2 до 0,5 мл.

Получается, что в ряде клинических случаев РПЖ вообще не может быть обнаружен с помощью стандартной биопсии? Что делать в таких случаях?

А.В. Корякин: Как вариант, могут использоваться современные технологии ультразвуковой визуализации. Например, гистосканирование (HistoScanning) – его алгоритм разработан на основании анализа корреляции «сырого» ЭХО-сигнала с результатами патоморфологических исследований предстательных желез после простатэктомии. Принцип основан на том, что разные ткани предстательной железы имеют различную ЭХО-картину и обладают по-своему уникальными характеристиками, такими, как четкость границ, характерный рост, васкуляризация и плотность ткани. Метод позволяет наглядно картировать очаги внутри предстательной железы. К сожалению, ретроспективный анализ по секстантам (Shiffman J., World J Urol., 2014) показал, что чувствительность и специфичность системы недостаточно высока для уменьшения количества вколов, но может использоваться для забора дополнительных биоптатов из подозрительных зон.

Другие возможные варианты, когда стандартной ТРУЗИ-биопсии недостаточно, – проведение биопсии под МРТ-контролем, МРТ-ТРУЗИ fusion-биопсии и template – картирующей биопсии.

Когда показано выполнение мультипараметрической МРТ?

А.В. Корякин: Согласно рекомендациям Европейского общества урологов (EAU) показанием для выполнения мультипараметрической МРТ (МП-МРТ) является сохраняющиеся клинические подозрения на РПЖ при отрицательных результатах ■

первичной биопсии. При наличии у пациента возможности, я рекомендую выполнение МП-МРТ перед первичной биопсией предстательной железы, что дает нам значительно больше информации и повышает диагностическую ценность биопсии. Тем не менее, такая рекомендация по ряду веских причин зачастую невыполнима в условиях практического здравоохранения. Также я рекомендовал бы регулярное выполнение МП-МРТ пациентам, находящимся на динамическом наблюдении.

Современный стандарт отчетности по проведению МП-МРТ основан на системе Pi-RADS v2. Эти пятибалльная шкала, согласно которой:

1 балл означает отсутствие подозрений. Наличие клинически значимой опухоли в таком случае крайне маловероятно, рекомендуется наблюдение пациента.

2 балла говорят о низкой уровне подозрительности и маловероятном наличии клинически значимой опухоли.

3 балла трактуются как «сомнительно», в этом случае необходима оценка других факторов риска: плотности и времени удвоения ПСА, кинетики ПСА, ПСА3, -2proPSA, а также использование номограмм. Решение о необходимости выполнения биопсии остается за урологом.

4 балла говорят о высокой степени вероятности наличия клинически значимой опухоли, рекомендуется проведение биопсии.

При 5 баллах уровень тревоги крайне высок, также необходима биопсия.

Есть ли цифры насколько МП-МРТ повышает выявляемость РПЖ?

А.В. Корякин: Да, конечно. Выявляемость РПЖ при проведении биопсии под контролем МП-МРТ составляет от 30 до 50%. Отрицательная прогностическая цен-





ность (NPV) МП-МРТ для клинически значимого рака простаты – около 90%, а выявляемость клинически значимого РПЖ при трансректальной биопсии после «отрицательного» МП-МРТ равна 3–7%.

Почему в таком случае на практике сразу не делается МРТ-биопсия таргетного очага?

А.В. Корякин: Для этого есть целый ряд причин. Так, в 33% случаев рак простаты не виден на МРТ (Emberton et al., Eur Urol, 2013, Jan; 63 (1): 125–40). Кроме того, следует учитывать временные и финансовые затраты, а также тот факт, что метод требует специального оборудования и не везде доступен. Насколько я знаю, на территории России биопсия под прямым МРТ наведением выполняется пока только в одной клинике.

Какие сегодня есть методы, альтернативные стандартной биопсии?

А.В. Корякин: Сегодня получила активное развитие fusion-биопсия – комбинация методов визуализации, основанных на разных физических принципах: УЗИ и МРТ. Планирование, контроль и архивация данных биопсии проводятся в 3D-режиме. Таким образом легче оценить заранее обозначенный очаг. Преимущества метода – более высокая частота обнаружения РПЖ в целом, и, что особенно важно – обнаружения агрессивного рака, также, в перспективе, уменьшение количества столбиков ткани, а значит, снижение травматичности процедуры.

Другой альтернативный метод – промежностная картирующая (template)-биопсия. Большое количество биоптатов – до от 20 до 40-45 забираются через специальную брахитерапевтическую решетку с шагом 5 мм. Каждому биоптату присваивается уникальный номер и записываются координаты. По сути, создается очень точная патоморфологическая трехмерная модель предстательной железы. К минусам метода относится высокий уровень травматизации, однако вместе с тем снижается частота инфекционных осложнений, поскольку вколы выполняются через промежность, а не прямую кишку.

Таким образом, метод однозначно точнее и в ряде случаев безопаснее, чем трансректальная биопсия. В 2011 году проведено исследование (Dimmen V., Vlatkovic L., Hole KH., Nesland JM., Brennhovd B., Axcrona K, BJU Int. 2011, Nov, 16) с участием 69 пациентов, большинству из которых уже выполнялись биопсии. Их средний возраст составил 63,1 (42–78) года, средний уровень ПСА – 12 (4,3–229) нг/мл, в среднем пациенты имели 2 (0–7) «негативные» ТРУЗИ-биопсии в анамнезе. ■

В ходе исследования всем им была выполнена промежуточная биопсия. В итоге РПЖ был выявлен у 38 из 69 пациентов (55%), в большинстве случаев опухоль обнаруживалась в передней/вентральной части простаты. Именно эти зоны зачастую оказываются вне зоны внимания при стандартной биопсии.

Есть ли у Вас лично опыт применения гистосканирования ПЖ, fusion- и картирующей биопсии?

А.В. Корякин: В объединенном центре НМИРЦ, частью которого являются НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Лопаткина и МНИИОИ им. П.А. Герцена есть опыт выполнения всех упомянутых методик и мы ведем активную научную работу в этом направлении. Результаты примерно соответствуют общемировым: количество пациентов, прошедших гистосканирование, составляет 124 человека, выявляемость РПЖ здесь – 37,8%. У 31 человека проводилась fusion-биопсия, выявляемость – 51%. Промежуточная template-биопсия проводилась у 32 пациентов повторно, рак выявлен в 43,7% случаев.

Алгоритм обследования пациента с повышенным ПСА включает в себя ТРУЗИ как первый этап. В том случае, если при предварительном обследовании вы предполагаете заболевание Т3–Т4, выполняется ТРУЗИ-биопсия с возможным привлечением дополнительных методик (гистосканирование, эластография). Если же ситуация не очевидна, а именно так это чаще всего и бывает, проводится МП-МРТ и, по возможности, МРТ- ТРУЗИ fusion-биопсия. В случае, если опухоль не обнаружилась, но сомнения сохраняются, следует произвести дополнительную оценку факторов риска с привлечением дополнительных маркеров (PCA3, SWOP, -2proPSA &phi). Далее можно либо выполнить промежуточную биопсию, либо перейти к наблюдению пациента. В случае, когда пациент приходит уже с отрицательной биопсией в анамнезе, следует начать с выполнения МП-МРТ, в остальном алгоритм сохраняется.

Спасибо за интервью!

Надеемся, что те сложные вопросы биопсии предстательной железы, о которых рассказал н.с. отдела онкоурологии НИИ урологии и интервенционной радиологии врач уролог-онколог А.В. Корякин, перестанут быть сложными и не вызовут затруднений в рутинной практике. ■

*Материал подготовила В.А. Шадеркина
уролог, Uroweb.ru, Председатель Ассоциации медицинских журналистов*

*Первая скрипка
в дистанционном
образовании!*

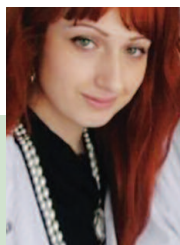


Непрерывное профессиональное
образование в урологии – UroEdu.ru



- Лекции ведущих российских и зарубежных лидеров
- Отсутствие затрат на проезд, проживание во время курса
- Возможность получить продолженное образование в любое удобное время, в удобном месте
- Получение документов установленного образца

Детский уролог: врач, психотерапевт и товарищ



К.И. Крамарева,
детский уролог, андролог
Детская поликлиника №133 (Москва)

В последние годы большая проблема репродуктивного здоровья активно обсуждается на всех площадках – профессиональных и общественных. Мы пригласили в студию детского уролога Крамареву Ксению Ильиничну и обсудили влияние заболеваний детского возраста на репродуктивное и общее здоровье взрослого человека, особенности взаимодействия с пациентами и их родителями.

Почему в качестве своей специальности Вы выбрали детскую урологию-андрологию?

К.И. Крамарева: Я выросла во врачебной семье, и лично для меня вопрос выбора профессии не стоял с самого детства. С 9 класса папа решил меня испытать «огнем и медными трубами» и устроил работать санитаркой в опер.блок травматологии, брал меня с собой на работу, пытался с самого начала показать все тяжести нашей работы. Но я была непреклонна и «влекома романтикой профессии», как это было написано в предисловии учебника Владимира Никитича Ярыгина. С 1 курса института мой папа-уролог брал меня на урологические конференции, где я общалась с будущими коллегами, ведущими специалистами, а главное – познакомилась с академиком Николаем Алексеевичем Лопаткиным, который и предрек мне быть урологом. В последствии я все больше проникалась душой к этой специальности, в частности к андрологии. Когда закончила ординатуру и стала искать работу, то оказалось, что у нас существует дефицит детских урологов-андрологов, поэтому я выбрала для себя эту нишу, думая, что временно, а оказалось навсегда.

Какими качествами должен обладать детский уролог? Как найти подход к ребенку и его родителям?

К.И. Крамарева: С детьми нужно разговаривать по-взрослому, а с родителями, особенно в режиме тревоги – как с детьми. Нужно уметь объяснить сложные вопросы



простым и доступным языком. Важно не только вылечить болезнь, это зачастую не так и сложно, а научить ответственно относиться к своему здоровью, понимать отдаленные последствия заболевания, а самое главное – это внедрить превентивную медицину в широкие массы. Родителей необходимо сориентировать в правильном поведении по отношению к своему ребенку, ведь объясняя необходимые правила – нужно чтобы и родитель также успешно смог их соблюдать. Нам нужно уметь не только лечить, но и уметь расположить к себе юного пациента и его родителей.

Изменилась ли информированность родителей об уроandroлогических заболеваниях у детей?

К.И. Крамарева: Учítывая дефицит специалистов, изначально я столкнулась в своей практике с тем, что вся информированность родителей об уроandroлогических заболеваниях ограничивалась рекомендациями бабушек, подруг по площадке и интернетом. В настоящее время еженедельно у нас в поликлинике проводятся диспансеризации детей и подростков, где специалистами первично выявляются болезни. Потом приглашаем к себе детей с выявленными заболеваниями или подозрением на них, на прием с родителями, где проводится уже детальное обследование и объясняются все особенности наблюдения, тактика лечения и профилактические мероприятия. Мы имеем дело с родителями совсем маленьких пациентов, где изначально рассказываем о всех нюансах, возрастных особенностях, о гигиене, о соблюдении здорового образа жизни. Кроме того, мы всегда стараемся дать родителям письменные рекомендации, в которых указаны кратность наблюдения, запланированные процедуры/обследования и дату следующей явки. Но, так или иначе, немаловажной остается задача первичного звена – вовремя направить пациента к более узкому специалисту.

Как отражается урологическая заболеваемость на общем здоровье ребенка и его будущем «взрослом» здоровье?

К.И. Крамарева: Как известно, все проблемы взрослого человека своими корнями уходят в детство. Наши профилактические осмотры и диспансеризации тому подтверждение. В 2016 году нагрузка на кабинеты урологов-androлогов в САО г. Москвы составила более 15 тысяч посещений, при этом впервые выявлены ■

заболевания у более, чем 1000 человек. Каждый специалист ежемесячно ставит на диспансерный учет около 10-ти новых пациентов. Очень важно вовремя диагностировать заболевание, чтобы на определенном этапе либо его вылечить, либо грамотно спланировать тактику ведения. Досадно, когда в практике мы встречаем просмотренных мальчиков – «крипторхов» в предпубертатном периоде, «энурез», про который до очень позднего времени родители думали, что «пройдет само». Всегда очень актуальна есть и будет тема варикоцеле, и этот список можно перечислять и перечислять. Однако, благодаря нашей работе по повышению медицинской грамотности и информированности среди родителей, подобных случаев становится все меньше. Проблемы «ниже пояса» для мальчиков младшего возраста, а уж тем более для подростков оказывают влияние не только на соматическое, но и на психологическое здоровье. Поэтому очень важно научить подростка ответственно относиться к себе, чтобы избежать в будущем неприятных проблем. От того насколько своевременно детские урологи-андрологи будут решать вышеперечисленные проблемы зависит в будущем полноценная репродуктивная жизнь каждого отдельно взятого взрослого мужчины и демографическая ситуация в стране в целом.

Проблемы «ниже пояса» для мальчиков младшего возраста, а уж тем более для подростков оказывают влияние не только на соматическое, но и на психологическое здоровье. Поэтому очень важно научить подростка ответственно относиться к себе, чтобы избежать в будущем неприятных проблем.

Есть ли особенности ведения старшей возрастной группы – подростков – с урологическими заболеваниями? В чем они заключаются?

К.И. Крамарева: Подросткам часто проще обсудить свои переживания и проблемы с чужим человеком: папа не всегда может быть откровенен или быть не готовым к «мужскому разговору», иногда папы в семье нет, а обсуждать вопросы взросления с мамой еще труднее, да и мамы не сильно компетентны во многих аспектах – различие между мальчиками и девочками еще никто не отменял. Для



пациента-подростка важно быть не только его лечащим врачом в белом халате, но еще и психологом и товарищем. Очень важно выслушать, доступно объяснить проблему и пути ее решения.

Как обеспечить преемственность между детскими и «взрослыми» урологами?

К.И. Крамарева: Это самая актуальная проблема нашего времени. К сожалению, на данный момент существует определенная «яма» между детской и взрослой сетью. В том числе, даже при оформлении карты из детской в подростковую – урологические диагнозы зачастую «исчезают». Наши совершеннолетние пациенты обращаются к взрослым урологам в основном, когда их начинает что-то беспокоить на данный момент, при этом упускается самое важное – их детский анамнез. Вовремя ли были опущены тестикулы, были ли травмы, болел ли в детстве свинкой, были ли гормональные проблемы, плановые или экстренные оперативные вмешательства – все это важно знать. Поэтому надо обязательно выпускать подростка с урологическим эпикризом на руках. Я считаю, что необходимо разработать специальные карты, в которых была бы отображена уроандрологическая история пациента, данные его обследований, перечислены смежные со специальностью проблемы (например, эндокринологические или неврологические), выписки госпитализаций, состояние его мужского здоровья на момент совершеннолетия и критерии репродуктивной недостаточности, если такие есть в наличии, а также рекомендации по плановому посещению взрослого уролога-андролога.

Что бы Вы могли пожелать нашим коллегам, детским урологам?

К.И. Крамарева: Нашим коллегам я желаю учиться, учиться и еще раз учиться. Как только врач прекращает свое непрерывное обучение, он перестает быть современным специалистом. Благодаря тому, что существует Всероссийская Школа по детской урологии-андрологии, которая проводится ежегодно, мы можем узнавать новые тенденции, делиться своим опытом, обсуждать интересные случаи, совершенствовать свой уровень, выстраивать современные стратегии лечения пациентов. ■

Материал подготовила В.А. Шадеркина
уролог, Uroweb.ru, Председатель Ассоциации медицинских журналистов

Доктор П.И. Раснер: В урологии пока еще есть над чем работать



П.И. Раснер,
д.м.н., профессор кафедры урологии Московского государственного медико-стоматологического университета, заведующий отделением урологии №4 московской ГКБ № 50

Многие урологи, использующие для повышения своей профессиональной подготовки урологический информационный портал Uroweb.ru и урологическое телевидение Uro.TV, уже заметили новый проект «Час с ведущим урологом», в котором задействованы не только лидеры, но и сами урологи.



Очередным гостем программы «Час с ведущим урологом» стал профессор кафедры урологии Московского государственного медико-стоматологического университета, заведующий отделением урологии №4 московской ГКБ № 50, д.м.н. Павел Ильич Раснер. В своем выступлении он рассказал о проблемах мужского здоровья в России.

О мужской продолжительности жизни

Представленный профессором обзор общей ситуации в российском здравоохранении, позволил отметить, что в медицине у нас еще решены не все вопросы. В 2016 году Россия оказалась по продолжительности жизни на 129 месте в мире из 192. Если обратиться к истории, мы увидим, что в 1990 году наша страна занимала 88 место. Для сравнения, в Андорре и Японии общая средняя продолжительность жизни мужчин составляет 82 года, в России же – 66 лет*. Как считает П.И. Раснер, это не тот показатель, которым следовало бы гордиться.

Среди причин мужской смертности во всем мире первыми идут сердечно-сосудистые и онкологические заболевания (28,4% и 21,4% случаев, соответственно, по данным Центра управления и предотвращения болезней США). Третье место с огромным отставанием занимают несчастные случаи – 5,8%. По российским данным за 2015 год, снизилась актуальность болезней системы кровообращения, однако доля смертности от новообразований вновь показала рост.

О риске онкологического заболевания и вине

Согласно сведениям Американского онкологического общества, риск мужчины столкнуться с каким-либо онкологическим заболеванием в течение жизни составляет 1:2. Павел Ильич, однако, отметил, что данные могут разниться в зависимости от страны и местной специфики. В частности, большую роль в укреплении сознательности пациента и приверженности лечению играют просветительские программы, направленные на широкие слои населения. Кроме того, вероятность встретиться с раком растёт вместе с продолжительностью жизни.

Таким образом, для России этот показатель может быть ниже, чем для Америки, но вряд ли здесь можно рассматривать разницу в позитивном ключе. При этом, согласно тем же данным из США, наибольшую опасность для мужчины представляет рак предстательной железы – шансы столкнуться с ним составляют 1:6–7. Следующим идет рак легких с вероятностью 1:12. По российским данным за 2015 год, рак предстательной железы (РПЖ) занимает второе место в структуре мужской онкологической заболеваемости после рака дыхательных органов (трахея, бронхи, легкие), что, в свою очередь, обусловлено высоким уровнем потребления табака. Доля РПЖ составляет 14,4%.

Факторами риска развития болезни являются возраст, этническая принадлежность, воздействие внешней среды, включая УФ-облучение, профессиональные вредности (например, работа с кадмием и в резиновой промышленности), а также семейный анамнез, гормональный фон и диета. У мужчин с историей раковых заболеваний простаты в семье уровень онкологической настороженности должен быть гораздо выше. Согласно ряду исследований, гены, ответственные за развитие РПЖ, обнаружены в 1, 8, 17, 20 и X-хромосомах. Повлиять на генетическую предрасположенность медицина сегодня не в состоянии, но генетические разработки в будущем помогут с высокой долей точности прогнозировать риск заболевания у отдельного пациента. Сейчас известно, что наличие РПЖ у отца или брата повышает вероятность заболевания в 2–3 раза, а у двух или трех ближайших родственников – в 5–11 раз.

Что касается этнической принадлежности, известно, что чаще всего в мире болеют РПЖ темнокожие жители Америки. В целом принадлежность к негроидной расе повышает уровень риска, а к монголоидной – понижает. Однако свой огромный отпечаток здесь накладывают место проживания и образ жизни. Так, у этнических китайцев, живущих в Тяньджине, риск заболеть РПЖ составляет 1,2%, а у тех, кто переехал и живет на Гавайях – 28%. В первую очередь, как отметил доктор, это может быть связано с изменением режима питания. На сегодня доказана ■

корреляция между высоким потреблением животных жиров и риском РПЖ. Также свою роль играет недостаток в рационе овощей и фруктов. В частности, 72 клинических исследования доказали противораковую активность ликопена, содержащегося в помидорах, в отношении новообразований простаты, желудка, яичников и поджелудочной железы. Кроме того, полезен витамин Е, содержащийся в растительных маслах, семечках, зернах и орехах. Кроме того, исследование, проведенное в Сиэтле, показало снижение риска РПЖ при умеренном употреблении красного вина (примерно 4 бокала в неделю).

О возрасте пациентов и выживаемости

В России заболеваемость РПЖ с 2005 по 2015 гг. увеличилась более чем на 200% и неуклонно растет. Риск развития болезни повышается с возрастом, однако самому молодому известному пациенту с этим диагнозом было 24 года на момент проведения радикальной простатэктомии (РПЭ). Самым ранним случаем в практике П.И. Раснера оказался пациент 38 лет, однако, по словам врача, диагностика РПЖ у 40–45-летних пациентов – уже не редкость.

На территории США показатель пятилетней выживаемости с раком простаты достигает 98,9%. Для России эта отметка скромнее, но за последние несколько лет выросла с 50% до 63,9%. Главная причина отставания заключается в том, что только 29% от всех диагностируемых случаев РПЖ у нас выявляются «активно» – урологами в результате скрининга. Все остальные случаи обнаруживаются случайным образом. В России существует гигантское количество недообследованных пациентов, в результате чего почти 50% больных попадают к врачам уже на 3–4 стадиях заболевания, когда эффективная помощь затруднена. Поэтому урологам есть над чем работать, считает Павел Ильич.

В целом как причины проблем России в этой области доктор выделил отсутствие системы ранней диагностики, недостаточную техническую оснащенность, низкий уровень информированности населения, а также недостаток профессиональной подготовки врачей. Также он еще раз подчеркнул важность проведения масштабного скрининга с целью выявления пациентов с ранними стадиями РПЖ и отсутствием клинических проявлений, которым показано радикальное лечение. Ведущим показателем здесь является уровень ПСА. Порогом нормы принято считать 4 нг/мл, однако, как отметил П.И. Раснер, в зависимости от возраста это отметка на самом деле разнится. Так, до 35 лет предел нормы составляет уровень 0–1,54 нг/мл (среднее значение – 0,75), а в возрасте 55–66 лет – 0–5,36 нг/мл (в среднем 1,135). Устоявшаяся норма таким образом, является очень условной.

О выборе

Павел Ильич подчеркнул, что сегодня существуют очень хорошие методы борьбы с раком простаты, и приговором такой диагноз не является. В числе доступных методов, помимо радикальной простатэктомии, – лучевая и гормональная терапия, комбинированное лечение, активное наблюдение, а также ряд других способов, среди которых, например, крио- и брахитерапия. Однако, как подчеркнул профессор, все перечисленные методы, помимо хирургического, дают возможность эффективно контролировать болезнь, но не избавиться от опухоли полностью. По этой причине 65–70% пациентов во всем мире предпочитают операцию остальным вариантам лечения. Однако при этом, считает Павел Ильич, оперировать абсолютно всех тоже неправильно: на выбор тактики влияют определенные факторы. Среди них, к примеру, стадия заболевания (на начальных стадиях операция наиболее эффективна), возраст и общее состояние здоровья, а также личные предпочтения пациента и, что немаловажно, умения врача. Стоит также учитывать, что часто операция может оказаться только первым этапом лечения, а далее пациенту будут предложены другие методы.

В последние годы предметом все большего числа разговоров становится роботическая радикальная простатэктомия. В 2001 году одобрение FDA (Food and Drug Administration, Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США) получил робот DaVinci, сегодня широко используемый во всем мире. Павел Ильич подчеркнул, что в урологии робот-ассистированная операция является не отдельным видом вмешательства, а лишь одной из разновидностей радикальной простатэктомии, которая может выполняться так или иначе. Онкологические результаты сравнимы при всех видах РПЭ.

Сам робот возник как один из проектов телемедицины, в его разработке приняли участие NASA и Минобороны США. Одним из основных преимуществ метода является улучшенная трехмерная визуализация за счет приближения оптики робота к тканям. Другой плюс – семь степеней свободы движения: механические конечности двигаются в большей амплитуде, чем человеческая рука. Также достоинствами являются бережное выделение и полное отсутствие тремора. По словам П.И. Раснера, на сегодня в клинике МГМСУ выполняется минимум три роботических операции в день – с 2008 года их проведение в Москве стало рутинным. Всего в России сейчас 19 таких роботов **.

По данным исследования, опубликованного в конце 2008 года (V. Ficarra et al.), при проведении робот-ассистированных операций значительно снизился уровень ■

кровопотери по сравнению с традиционной открытой РПЭ – в среднем, 300 мл против 500 мл. Кроме того, доля гемотрансфузий составила 1,9% при использовании робота и 14% – без него. Улучшились также показатели удержания мочи и восстановления эректильной функции в течение 12 месяцев после вмешательства: 97% против 88% и 81% против 49%, соответственно. Сегодня эти показатели зачастую удается превысить: средний объем кровопотери составляет 153 мл (что позволяет вообще избежать гемотрансфузии), показатель удержания мочи – 94%, а эрекции – 81,7%, по собственным данным П.И. Раснера. Среднее время операции составляет 153 минут. Таким образом, использование робота DaVinci приводит к большей вероятности сохранения сексуальной функции и более быстрому восстановлению качества мочеиспускания.

Об обучении

На базе кафедры урологии МГМСУ организованы курсы обучения роботическим операциям в урологии. Программа включает в себя лекции, работу на муляжах, дискуссии и просмотр операций в режиме реального времени. По словам доктора, на курсы регулярно приезжают и зарубежные врачи, к примеру, из Германии и Израиля. Как он отметил, сегодня в области проведения роботических РПЭ Россия имеет больший опыт, чем эти страны.

Специалист, приезжающий на обучение, в идеале должен иметь хороший опыт проведения открытых операций, при этом само овладение роботом происходит достаточно быстро. Сегодня, к примеру, США выпускает большое количество хирургов, никогда не выполнявших открытых операций и работающих только на роботах. Однако, как подчеркнул специалист, если в процессе вмешательства робот ломается, хирург должен уметь взять в руки инструмент и продолжить оперировать обычным методом, так что опыт открытых операций крайне желателен.

О российском роботе

Разработка российского робота, отметил П.И. Раснер, идет уже многие годы. Создание такого сложного инструмента требует консолидации специалистов нескольких направлений. Как участник разработки со стороны врачей, доктор отметил, что российский робот во многом будет отличаться от системы DaVinci. В первую очередь, он будет гораздо меньше по размеру и легче в транспортировке. Сегодня он уже существует в качестве прототипа. В ближайшее время заплани-

ровано проведение первой операции на животном. Сейчас дата выхода робота в серийное использование – вопрос, скорее, инженерный. В оптимистичном варианте прогноза это может пройти в течение одного-двух лет.

Разработки в области роботизированных хирургических систем ведут несколько стран (в том числе Канада, Италия, Китай, Корея, Япония и другие), но до сих пор нет достоверной информации об успешном клиническом применении ни одного из прототипов. <http://www.robot-davinci.ru/>

Об американских серверах и технических неполадках

Во время «Часа с ведущим урологом» беседа П.И. Раснера и модератора коснулась того, какие существуют выходы при возникновении технических неполадок в роботической системе. Доктор ответил, что в его практике был всего один эпизод, когда программа робота начала работать неидеально, и ее пришлось перезагрузить, на что потребовалось две минуты. Есть ситуации, когда эти две минуты могут оказаться решающими, тогда, возможно, придется принять решение о переходе на открытый доступ. Тем не менее, в целом робот – это очень «умный» инструмент, постоянно подключенный к интернету. Все свои действия он транслирует на общий сервер в США, который, в свою очередь, фиксирует малейшее отклонение от нормы и передает системный код в техподдержку. Дежурный инженер, увидев отчет, всегда готов приехать и провести диагностику или замену детали. Таким образом, машина постоянно находится под мониторингом специалистов.

О рентабельности

Следующий вопрос касался рентабельности проведения роботических операций для медицинского учреждения. Как отметил доктор Раснер, для москвичей эти операции квотируются, но для тех, кто приезжает в столицу из регионов, проводятся на платной основе. В целом использование робота оправданно там, ■

где с его помощью проводится много операций: при десятке вмешательств за год он будет, разумеется, убыточным за счет цены техобслуживания и расходных материалов. Если достигается минимальный порог в 120 операций за год, применение робота становится рентабельным.

Пока верстался номер

Ученые университета Мичигана разработали роботическую систему стоимостью около 500 долларов, которая успешно прошла испытания в абдоминальной хирургии в университетской больнице и может поступить в продажу уже в 2017 году. Разработчики заверили, что робот способен успешно справляться со многими задачами – удалением грыжи, гистерэктомией. Теперь же предстоит задача сделать прибор таким же практичным и способным, как дорогостоящий робот da Vinci, применяющийся врачами практически во всех странах.

Однако, представители компании-дистрибьютера «МПА-Медицинские партнеры» скептически восприняли новость об этом роботе и не считают его конкурентом системы DaVinci. «Я бы не стал сравнивать велосипед и Harley-Davidson лишь по тому признаку, что и у того, и у другого есть по 2 колеса», – поделился руководитель направления da Vinci Хирургии в «М.П.А. Медицинские партнеры», Андрей Лободин. ■

*Материал подготовила В.А. Шадеркина
уролог, Uroweb.ru, Председатель Ассоциации медицинских журналистов*

** Примечание редакции.*

По предварительной оценке Росстата за 12 месяцев 2015 года продолжительность жизни россиян достигла 71,22 года (за 2014 год – 70,93 года). Мужчин – 65,81 (2014 г. – 65,29), женщин – 76,61 (2014 г. – 76,49 лет).

За 12 месяцев 2015 года фиксируется снижение смертности от наиболее распространенных причин: от туберкулеза на 8,2 %, от болезней системы кровообращения на 3,4 %, от внешних причин на 5,5%, в том числе от ДТП – на 13,6 %, от болезней органов дыхания на 3,4 %.

По данным ВОЗ, в 2015 году Россия вошла в десятку государств, которые за последние годы добились наибольшего прогресса в борьбе с неинфекционными заболеваниями: раком, диабетом, болезнями сердца и легких.

<https://www.rosminzdrav.ru/news/2016/02/11/2776-v-rossii-uvelichilas-prodolzhitelnost-zhizni> Материал опубликован 11 февраля 2016 в 17:05.

Обновлен 18 февраля 2016 в 13:36.

*** Прим. редакции – На данный момент в России установлено 25 хирургических систем da Vinci, <http://www.robot-davinci.ru/>.*

ЧАС С ВЕДУЩИМ УРОЛОГОМ



Online-трансляция на сайте Uro.TV

**Уникальная возможность
задать вопрос в
ПРЯМОМ ЭФИРЕ**



Все темы урологии, андрологии, онкологии
и других субспециальностей.



Обратная связь с аудиторией, интерактивное
голосование, награждение наиболее
активных участников

Спросите то, что вас давно интересует!

Только 6 из 10 врачей поддерживают внедрение электронных форматов ОМС и медицинских карт

Исследовательская компания MAR CONSULT выяснила отношение врачей в 50 регионах России к введению электронных форматов полиса обязательного медицинского страхования (ОМС) и медицинских карт с историями болезней пациентов.

Положительно относятся к возможности замены бумажного полиса ОМС на электронный 64% врачей, 16% - отрицательно и пятая часть пока не сформировала свое мнение по этому вопросу.

Среди тех, кто поддерживает введение электронных полисов, большинство (65%) объясняют свою позицию тем, что это практично и удобно, 15% докторов уверены, что такие полисы не будут теряться и их не нужно носить с собой, десятая часть считает, что это общий тренд и всё переходит в электронный формат, и еще 10% врачей отмечают целесообразность формирования единой базы полисов.

Среди тех, кто против введения электронных полисов ОМС, уверены, что это будет не удобно (60%) и трудно для пожилых людей (15%), а также что бумажные полисы надежнее (9%).

Похожая картина складывается с электронными медицинскими картами пациентов: положительно относятся 60% врачей, отрицательно - 20% и не определились также – 20%.

Среди тех, кто поддерживает электронные карты, 58% докторов считают, что это удобно и практично, о целесообразности формирования единой базы электронных карт упоминает 12%, об уменьшении объема бумажной работы и высвобождении времени – 10%. Интересно то, что 3% отметили важность одновременного перехода на электронный формат по всей стране.

Врачи, не поддерживающие электронные карты, поясняют, что это не будет удобно – 51%, могут возникать технические проблемы – 12%, бумажные карты привычнее – 9%. Также среди важных аспектов можно выделить следующее: поясняя отрицательную позицию, 3% докторов отмечают, что не все врачи умеют пользоваться компьютером, и еще 3% говорят о необходимости серьезной защиты электронных данных пациентов. ■

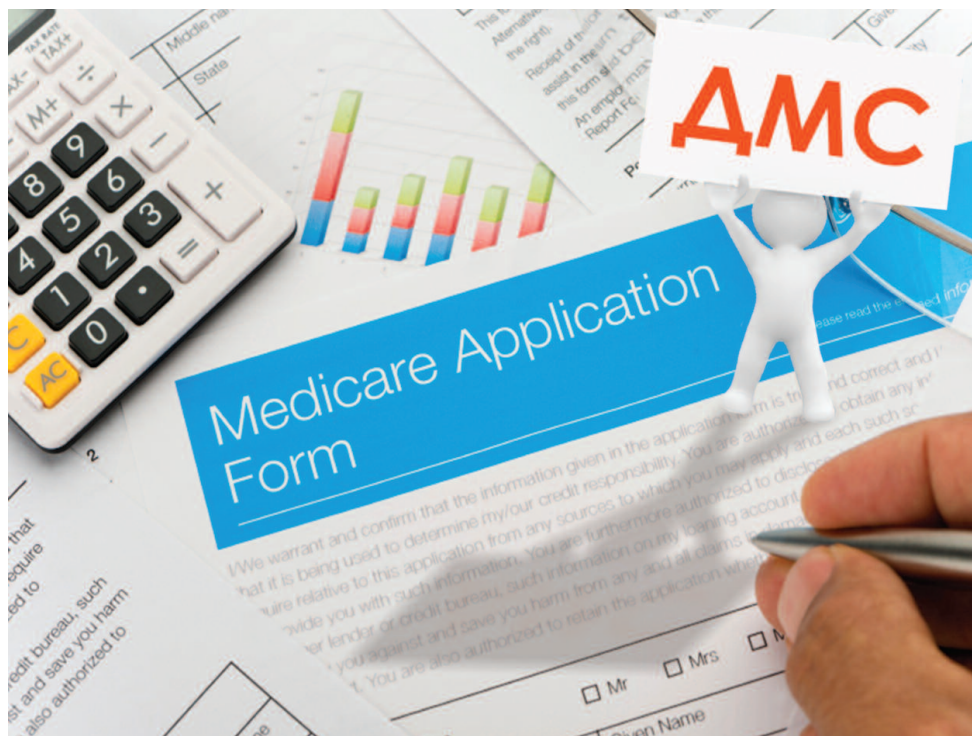
*В опросе приняли участие 353 кардиолога в 50 городах России, включая Москву и Санкт-Петербург. Опрос проведен в феврале 2017 г.

По материалам MAR CONSULT

Даже через 15-20 лет западная модель медицинского страхования маловероятна в России

Исследовательская компания MAR CONSULT выяснила отношение врачей в 50 регионах России к идее замены обязательного медицинского страхования (ОМС) добровольным (ДМС) полностью или по выбору пациента.

69% врачей считают, что в России неприменима модель безальтернативного добровольного медицинского страхования по примеру ряда западных стран, когда пациент самостоятельно выбирает и оплачивает полис, исходя из своих потребностей и возможностей. Опрошенные врачи считают, что в России даже через 15-20 лет подобная модель маловероятна



– в среднем, вероятность перехода на такую систему доктора оценивают в 22% из 100%. Такую позицию половина врачей объясняют тем, что не каждый сможет себе позволить медицинскую страховку, так как это дорого. 13% предположили, что люди еще пока не готовы к такому шагу из-за менталитета и недостатка образованности. 12% уверены, что пожилые люди и льготные категории граждан не могут сами оплачивать полис. Десятая часть врачей считает, что альтернативы ОМС пока нет, так как в стране кризис и низкий уровень жизни.

Что интересно, даже среди врачей, поддерживающих повсеместную замену ОМС на ДМС (17%), почти треть считают, что только для трудоспособного населения – это адекватная опция. Четверть высказали мнение, что полисы ДМС уже широко используются и есть тенденция к полной замене ОМС. Пятая часть докторов уверена, что ДМС позволит пациентам больше заботиться о своем здоровье и самостоятельно решать, что ему нужно. 15% говорят о необходимости уже хоть что-то менять в медицине, в том числе и ОМС.

41% опрошенных врачей поддерживает идею возможности выбора – либо пользоваться системой ОМС, либо отказаться от регулярных отчислений в фонд ОМС, а высвобожденные средства потратить на приобретение медицинской страховки, которую выберет сам, с возможностью доплатить из своего дохода, если этих средств недостаточно.

Среди поддержавших возможность выбора 56% врачей сама идея кажется разумной, 15% считают, что это допустимо только для платежеспособной части населения, 10% полагают, что многие пациенты итак платят за медицинские услуги.

«Большинство опрошенных сами работают в системе ОМС, их мнение – это взгляд изнутри. А для людей, находящихся внутри системы, каждый второй, поддерживающий перемены – это много. Своим мнением они демонстрируют, что изменения действительно нужны», – прокомментировала Ксения Медведева, руководитель департамента исследований в медицине и фармацевтике MAR CONSULT. ■

**В опросе приняли участие 353 кардиолога в 50 городов России, включая Москву и Санкт-Петербург. Опрос проведен в феврале 2017 г.*

По материалам MAR CONSULT



Что такое сервис медицинских услуг



Nethealth



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



Мы в социальных сетях

20% врачей отметили участвовавшие случаи агрессии

Исследовательская компания MAR CONSULT выяснила мнение врачей в 40 регионах России по вопросу введения уголовной ответственности за нападение на медицинских работников.

Почти поровну распределилось количество врачей, которые сталкивались (54%) и не сталкивались (46%) с агрессивным поведением и угрозами пациентов или их родственников. При этом в поликлинике с подобным поведением сталкиваются несколько чаще (59%), чем в стационаре (52%).

8 из 10 докторов поддерживают введение уголовной ответственности, при этом среди амбулаторных врачей (работающих в поликлиниках) сторонников ужесточения ответственности абсолютное большинство – 95%, среди докторов, работающих в стационаре в больницах, таких меньше – 75%.

Четверть всех поддерживающих ужесточение наказания за нападение объясняют это тем, что врачи должны быть защищены и чувствовать безопасность. Пятая часть докторов обосновывают свою позицию тем, что участились случаи агрессии и неадекватного поведения пациентов и их родственников. 16% опрошенных считают, что пациент должен осознавать ответственность за подобное поведение. И десятая часть считает, что должно быть уважение к профессии, так как врачи спасают жизни.

Что интересно, большинство тех, кто не поддерживает введение уголовной ответственности, не смогли объяснить свою позицию (76%). Однако на позицию врачей по проблеме влияет личный опыт: среди тех, кто не поддерживает введение уголовной ответственности, подавляющее большинство лично не сталкивались со случаями агрессии пациентов или их родственников (91%).

По мнению врачей, в среднем 17% случаев агрессию провоцирует сам медицинский работник. ■

*В опросе приняли участие 300 кардиологов из 40 городов России, включая Москву и Санкт-Петербург. Опрос проведен в феврале 2017 г.

По материалам MAR CONSULT

Половина врачей считает, что телемедицина расширит возможности получения медпомощи

Исследовательская компания MAR CONSULT выяснила отношение врачей в 50 регионах России к телемедицине.

Ровно половина опрошенных врачей положительно относится к телемедицине, 35% - отрицательно, 15% - пока не определились. Основной аргумент в пользу телемедицины: расширение возможностей для получения медпомощи. 71%



докторов отмечают, что медицина становится более доступной, более мобильной за счет отсутствия необходимости куда-то идти или ехать для первичных и повторных консультаций, общения со специалистами по возникающим вопросам, коррекции лечения, получения пациентом альтернативного мнения от нескольких специалистов. 11% докторов выделили аспект скорости - телемедицина даст возможность для быстрого получения нужной информации как пациентом, так врачом, что актуально при отсутствии времени. 8% отмечают, что это просто удобно.

Основной аргумент докторов, выступающих против телемедицины – это повышение риска врачебных ошибок в связи с трудностями заочного консультирования, отсутствием возможности осмотреть пациента, недостатком информации о пациенте - 69%. 12% докторов отмечают, что лично им такой формат неудобен. 9% объясняют свое негативное отношение нехваткой времени. 3% врачей считают, что пациенты не будут доверять подобного рода дистанционным приемам.

Среди докторов, которые поддерживают идею телемедицины (таких 50%), практически все готовы использовать телемедицину в своей практике, считают, что это направление приживется в России и будет способствовать снижению процента людей, занимающихся самолечением. Доктора, которые идею не поддерживают либо пока не определились с позицией, в большинстве своем не готовы использовать телемедицину в своей практике и считают, что это направление для России скорее не перспективно.

По оценкам докторов, в ближайшие 5-7 лет в среднем 25% трудоспособного населения будет пользоваться услугами телемедицины.

«Конечно, телемедицина отнюдь не всегда может заменить реальный визит к врачу, но в ситуации, когда стоит выбор между дистанционной консультацией и полным ее отсутствием, она способна помочь многим людям. Можно предположить, что последствия врачебных ошибок, связанных с дистанционным характером консультирования, будут гораздо менее значимы в сравнении с положительным эффектом, - прокомментировала Ксения Медведева, руководитель подразделения исследований в медицине и фармацевтике MAR CONSULT. - Спрос на дистанционное общение с врачами точно есть. Мы привыкли общаться дистанционно по любым вопросам, и исключать медицину из этого перечня было бы странно. Развитие ИТ сегодня позволяет интегрировать дистанционное консультирование в лечебно-диагностический процесс и тем самым улучшить его, вывести на новый уровень, сделать медицину удобнее и доступнее во всех смыслах этого слова». ■

**В опросе приняли участие 260 докторов (кардиологи, онкологи, эндокринологи, пульмонологи) в 50 регионах России, включая Москву и Санкт-Петербург. Опрос проведен в марте 2017 г.*

По материалам MAR CONSULT

Полное импортозамещение в фармакологии не поддерживают 80% врачей

Исследовательская компания MAR CONSULT выяснила отношение врачей в 45 регионах России к идее полной замены импортных лекарств на отечественные.

46% назначаемых врачами наименований препаратов – это препараты отечественного производства, 54% – импортные, из которых более половины (58%) незаменимы чисто технически (отечественного аналога не существует), а если говорить о полноценной замене (аналогичные клинический свойства) – незаменимыми являются 87% наименований импортных препаратов.

Соответственно, к идее полного перехода на импортозамещение лекарственных препаратов каждый восьмой опрошенный относится отрицательно или крайне отрицательно. Такую позицию врачи объясняют тем, что отечественные аналоги уступают по эффективности – 45%, они токсичны и плохо переносятся – 22%, у некоторых препаратов нет аналогов – 16%, нет технологического обеспечения и производственной базы – 4%, отсутствие конкуренции повлияет на повышение цен – 4%, необходимые исследования не проводятся – 4%.

В пользу импортозамещения (21% докторов) многие высказываются с оговоркой: 35% отмечает, что это возможно при условии повышения качества производства аналогов; четверть опрошенных считает, что это улучшит доступность препаратов, пятая часть считает, что нужно развивать отечественный фармацевтический рынок.

Прогнозируя возможность полного замещения импортных лекарственных препаратов в России через 15-20 лет, только треть врачей считает, что это вполне вероятно. Они объясняют свой прогноз тем, что наука и фарминдустрия развивается, идет работа по созданию препаратов – 31%, на это настроена государственная политика – 15%, необходимо развивать отечественную фармацевтическую промышленность – 11%.

Те, кто не верит в полное импортозамещение в далекой перспективе, полагают, что на внутреннем рынке сильно отстают технологии, слабо развита фармацевтическая промышленность и низкий научный потенциал – 26%, мало хороших полноценных аналогов – 35%, низкое финансирование и потребуются огромные капиталовложения – 9%. ■

**В опросе приняли участие 204 доктора (кардиологи, онкологи, терапевты) в 45 регионах России, включая Москву и Санкт-Петербург. Опрос проведен в марте 2017 г.*

По материалам MAR CONSULT

Межрегиональная общественная организация

www.forumurology.ru



Интернет форум урологов



Две трети врачей не видят изменений в отношении к профессии

Исследовательская компания MAR CONSULT выяснила мнение врачей в 40 регионах России о популярности их профессии.

Только 17% врачей видят рост интереса к профессии врача, 63% - не замечают никаких изменений и 20% считают, что интерес падает. При этом в зависимости от специализации это соотношение заметно меняется: среди урологов рост интереса к профессии отметили 28% опрошенных, среди остальных специальностей – не более 10-15%. В то же время среди урологов выше и доля тех, кто считает, что интерес падает – 26% против 12-19% среди других специальностей.

Ксения Медведева, руководитель департамента исследований в медицине и фармацевтике MAR CONSULT, поясняет: «Распределение ответов о росте интереса к профессии, на наш взгляд, репрезентирует текущее состоя-



Астон²¹³

**ОПРЕДЕЛИТЕ ХИМИЧЕСКИЙ
СОСТАВ КАМНЯ!**

**КАМНИ В ПОЧКАХ
ТОЛЬКО СЛЕДСТВИЕ –
УСТРАНИТЕ ПРИЧИНУ!**

**НОРМАЛИЗУЙТЕ
СВОЙ ОБМЕН ВЕЩЕСТВ!**



Набор для определения химического состава камня
мочевых путей в лаборатории НИИ урологии и
интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина –
филиале ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России

ние системы. Оптимистичные и пессимистичные настроения – полярные группы. Их размер демонстрирует степень расслоения в медицинском сообществе. Чем стабильнее ситуация, тем больше нейтрально настроенная группа и тем меньше процент полярных групп. В данном случае «полюса» составляют примерно по одной пятой. Размер нейтральной группы – немногим больше половины (около 60%). Внутри разных специальностей расслоение выражено в большей или меньшей степени. Например, достаточно высокое расслоение среди урологов и эндокринологов и сравнительное низкое – среди ревматологов и хирургов-ортопедов. Первые две специальности – распространенные по численности, их много и конкуренция между собой у них выше, представителей двух других специальностей – в несколько раз меньше. Ситуация в среде более редких специалистов стабильнее – их ценность и статус выше, им легче трудоустроиться на хороших условиях».

Есть и региональные различия: в Москве доля полярно настроенных докторов (отметили повышение или снижение интереса) ниже, чем в других городах. Большинство (76%) считает, что ситуация стабильна. В регионах – лишь 56%.

«Условия, в которых оказались разные доктора – сильно отличаются. В Москве ситуация лучше – процент полярных групп низкий (24%). В регионах процент полярных групп в два раза выше – 44%», – комментирует Ксения Медведева.

Никаких отличий во мнении в зависимости от типа клиники, в которой доктора работают (муниципальная, ведомственная, частная, федеральная) – не отмечено.

Врачи, которые считают, что интерес растет, объясняют это ростом зарплат – 19%, престижем профессии – 18%, желанием помогать людям – 11%, популяризацией профессии в СМИ – 8%, стабильностью – 7%, развитием медицины и технологий – 3% и другими причинами. Те, кто отметил снижение интереса к профессии, объясняют это противоположными фактами: маленькими зарплатами – 51%, большой нагрузкой – 16%, тем, что врачей стали считать обслуживающим персоналом – 10%, отсутствием престижа и уважения к профессии – 8%, снижением качества образования – 5%, плохой организацией системы здравоохранения – 5% и другими факторами.

«Оптимистично и пессимистично настроенные доктора говорят об одном и том же – о зарплате врача и престиже профессии. Только в одном случае со знаком плюс, а в другом – со знаком минус», – добавила Ксения Медведева. ■

**В опросе приняли участие 415 докторов (урологи, хирурги-ортопеды, эндокринологи, ревматологи) в 40 регионах России, включая Москву и Санкт-Петербург. Опрос проведен в мае 2017 г.*

По материалам MAR CONSULT

Дистанционный курс обучения 2017



МАНУАЛЬНЫЕ НАВЫКИ УРОЛОГА - СЕКРЕТЫ ЭКСПЕРТОВ»

Здоровье пациента в 45 лет в рутинной практике уролога

Курс создан, благодаря сотрудничеству **Uroweb.ru**
и **НПФ Материя Медика Холдинг**



I Блок. Диагностика урологических заболеваний

1. Уретроцистоскопия. Показания, техника выполнения, осложнения
2. Экспресс анализ мочи при скрининге, на приеме, на вызове и в домашних условиях
3. Двух и трехстаканная проба мочи на приеме уролога – новый взгляд через призму современных технологий
4. Урофлоуметрия – в лечебном учреждении и в домашних условиях. Экспресс-интерпретация результатов
5. Правила и техника взятия секрета предстательной железы. Массаж простаты
6. УЗИ мочеполовой системы
7. УЗИ при скрининге, на приеме, на вызове и в домашних условиях
8. УЗИ полового члена с доплерографией. Методика и интерпретация результатов
9. Спермограмма. Современная интерпретация.

II Блок. Дренирование мочевых путей

1. Катетеризация мочевого пузыря, уход за уретральным катетером, интермиттирующая катетеризация
2. ОЗМ. Установка пункционной цистостомы.
3. Замена надлобкового дренажа
4. Уход за нефростомой
5. Катетеризация мочеточника

III Блок. Малые хирургические вмешательства

1. Циркумцизио
2. Пластика короткой уздечки полового члена
3. Удаление кондилом, перламутровых папул
4. Варикоцеле
5. Инородные тела мочевых путей. Олеогранулемы
6. Спорные вопросы урологии:
 - Туширование семенного бугорка
 - Блокады при эпидидимите
 - Уретральный катетер или эпицистостома?
 - Бужирование уретры

Подробности на Uroweb.ru

Сравнительный анализ лапароскопической уретеролитотомии и перкутанной литотрипсии при крупных камнях верхней трети мочеточника

Ученые из института урологии г. Ухань, Китайской Народной Республики сравнили применение перкутанной литотрипсии (ПНЛ) и лапароскопической литотомии (ЛЛТ) при крупных камнях верхней трети мочеточника.

Как пишут исследователи, в подобных случаях ПНЛ является методом выбора, лапароскопическая литотомия применяется как альтернативный метод хирургического лечения.

В процессе работы были проанализированы статьи по вышеописанной теме, опубликованные в открытых источниках: Pubmed, Web of Science, Wiley Online Li-



brary и Elsevier. Было отобрано 15 статей - 6 с проспективными и 9 с ретроспективными методами исследования.

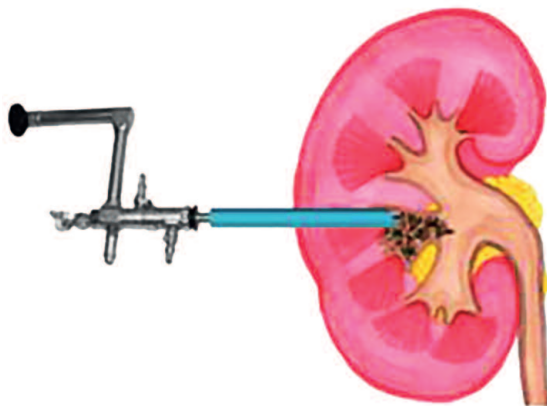
При ЛЛТ отмечается более длительное время операции ($p = 0,01$) и выше вероятность конверсии ($p = 0,02$), чем при ПНЛ. Тем не менее, после ЛЛТ общие осложнения встречаются значительно реже ($p = 0,03$) и общая интраоперационная кровопотеря гораздо меньше ($p = 0,02$), чем при ПНЛ. Также после ЛЛТ уровень гемоглобина крови снижается не так сильно, как после ПНЛ ($p < 0,001$), а вероятность гемотрансфузий после ЛЛТ гораздо ниже ($p = 0,01$). К тому же, полное удаление конкремента гораздо чаще встречалось после ЛЛТ, чем после ПНЛ ($p < 0,001$), соответственно и снижалась частота повторных операций ($p = 0,006$).

В результате проделанной работы, урологи из КНР пришли к выводу, что ЛЛТ является безопасной альтернативной ПНЛ с меньшим количеством интраоперационных кровотечений и большей вероятностью полного удаления камня. ■

Chenming Zhao, Huan Yang, Kun Tang, Ding Xia, Hua Xu, Zhiqiang Chen, Zhangqun Ye.

Редакция материала: Просянкин М.Ю. (к.м.н., заведующий отделом мочекаменной болезни НИИ Урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина-филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России)

Материал подготовил Н.В. Анохин сотрудник отдела мочекаменной болезни НИИ Урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина-филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России



Витамин D и мочекаменная болезнь

Важным регулятором кальций-фосфорного обмена в организме человека является витамин D. Нарушение кальций-фосфорного обмена может стать причиной возникновения мочекаменной болезни.

Исследователи из института урологии г. Гуанчжоу (КНР) провели ретроспективный анализ данных мировой литературы, где был проанализирован уровень витамина 1,25 дигидроксивитамина $D_3(1,25(OH)_2D)$ и 25 гидроксивитамина $D_3(25(OH)D)$ у пациентов с мочекаменной болезнью и у контрольной группы. В процессе работы оценивались данные 32 статей (23228 пациентов).

Полученные данные подтверждают, что высокий уровень $D_3(1,25(OH)_2D)$ связан с МКБ. Кроме того, высокий уровень 25 гидроксивитамина $D_3(25(OH)D)$ связан с гиперкальциурическим уролитиазом. ■

Редакция материала: Просянных М.Ю.
(к.м.н., заведующий отделом
мочекаменной болезни НИИ
Урологии и интервенционной
радиологии
им. Н.А. Лопаткина-
филиал ФГБУ «НМИРЦ»
Минздрава России)

Материал подготовил
Джалилов О.В.
сотрудник отдела
мочекаменной болезни
НИИ Урологии и интер-
венционной радиологии
им. Н.А. Лопаткина-
филиал ФГБУ «НМИРЦ»
Минздрава России



Прогноз при сочетании мочекаменной болезни и инфаркта миокарда

Хорошо известно, что наличие камней в почках увеличивает риск развития хронического заболевания почек. Однако новое исследование пришло к выводу, что камни в почках могут также увеличить риск развития инфаркта миокарда и ухудшить его прогноз.



В своем исследовании Lin S.K. с соавторами изучили риск возникновения инфаркта миокарда при наличии мочекаменной болезни в анамнезе.

В данное исследование было включено 37 052 пациентов с мочекаменной и 148 209 контрольной группы. Средний период наблюдения составил 9,51 лет. Риск развития инфаркта миокарда был выше у пациентов с мочекаменной болезнью (относительный риск [aHR] 1,07, 95% доверительный интервал [95% ДИ] 1.03-1.13).

Так же группа ученых обнаружила, что назначение тех или иных лекарственных средств для лечения МКБ может влиять на вероятность развития инфаркта миокарда. Применение нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) было связано с высоким риском развития инфаркта миокарда. В противоположность этому, аллопуринол, тиазидные диуретики, калийсберегающие диуретики и альфа-блокаторы снижают вероятность развития острого инфаркта миокарда.

Кроме того, факт наличия мочекаменной болезни в анамнезе меняет течение самого инфаркта миокарда, так повышается риск необходимости интубации трахеи (aHR 1.53, 95% CI 1.36-1.73), развития сердечной недостаточности (aHR 1.59, 95% CI 1.42-1.78), шока (aHR 1.53, 95% CI 1.32-1.77) и аритмии (aHR 1.18, 95% CI 1.06-1.33).

Особенно хотелось бы отметить, что патогенетическое лечение мочекаменной болезни, а именно назначение таких средств, как аллопуринол, тиазидные диуретики, калийсберегающие диуретики и др. ассоциированы со снижением риска развития инфаркта миокарда. ■

Редакция материала: Просянников М.Ю. (к.м.н., заведующий отделом мочекаменной болезни НИИ Урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина-филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России)

Материал подготовил Джалилов О.В. сотрудник отдела мочекаменной болезни НИИ Урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина-филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России

Курение, употребление алкоголя, гиподинамия и риск возникновения и рецидивирования МКБ

Доказано, что среди факторов факторов развития уролитиаза большое значение имеет генетическая предрасположенность и место жительства пациента.



Большинство специалистов считают, что не существует какой-то одной определенной причины мочекаменной болезни, а есть ряд факторов и состояний, которые способствуют ее развитию.

Группа ученых во главе с Detsyk O. провели исследования роли вредных привычек,

таких как курение, употребление алкоголя, и гиподинамии на риск возникновения и рецидивирования мочекаменной болезни.

Исследование проводилось по результатам анализов 443 пациентов с мочекаменной болезнью (основная группа, 403 - без рецидивов и 40 - с рецидивами). В контрольную группу входило 203 здоровых человека.

По данным исследования курение и употребление алкоголя среди мужчин было значительно распространено (курение у 31,8% мужчин, употребление алкоголя раз в неделю или больше у 43,4% мужчин), гиподинамия наблюдалась у 53,6% мужчин и женщин. Отношение шансов: у курящих пациентов - 0,90 (95% CI = 0.64-1.26; $p > 0,05$) при первичном камнеобразовании и 1.43 (0.74-2.74; $p > 0,05$) при рецидиве; употребление алкоголя - 0,81 (0.56-1.16; $p > 0,05$) и 0,92 (0.43-1.94; $p > 0,05$) соответственно; низкая физическая активность - 1,44 (0.81-2.56; $p > 0,05$) и 3,52 (0.47-26.44; $p > 0,05$).

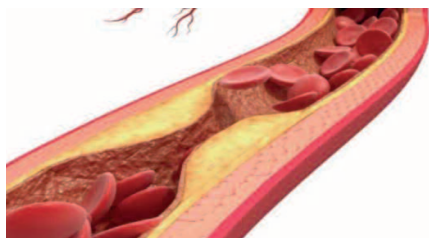
По данным исследования не было определено четкой патогенетической связи между курением, употреблением алкоголя, гиподинамией и возникновением и рецидивированием мочекаменной болезни. Необходимо продолжить работу по вышеизложенной тематике. ■

Редакция материала: Просянкин М.Ю. (к.м.н., заведующий отделом мочекаменной болезни НИИ Урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина-филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России)

Материал подготовил Джалилов О.В. сотрудник отдела мочекаменной болезни НИИ Урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина-филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России

Мочекаменная болезнь и кальцинация коронарных артерий

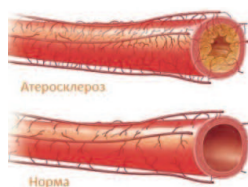
В зависимости от химического состава мочевых камней причины и факторы риска камнеобразования могут быть различны.



При подробном исследовании причин уролитиаза и атеросклероза существует вероятность обнаружить патогенетическую связь между обоими заболеваниями, что, в свою очередь, откроет новые перспективы в лечении обоих заболеваний.

В ходе своей работы доктор Ryan S. Hsi и соав. с помощью мультиспиральной компьютерной томографии определяли наличие кальцинатов на эндотелии коронарных артерий у пациентов с мочекаменной болезнью. В исследование была включена группа пациентов от 45 до 84 лет без сердечно-сосудистых заболеваний в анамнезе (с 2000 по 2002 год). Компьютерная томография выполнялась 3282 пациентам с 2010 до 2012 года. Отсутствие кальцинатов на эндотелии коронарных артерий было отнесено исследователями к категории «0», наличие 1-99 кальцинатов – легкая степень заболевания, от 100 до 399 – умеренная степень, выше 400 кальцинатов – тяжелая степень. Перекрестный анализ проводился с учетом демографических и диетических факторов, связанных с мочекаменной болезнью.

Результаты продемонстрировали, что распространенность мочекаменной болезни составляла около 9%, средний возраст составил $69,5 \pm 9,3$ года, 47% мужчин и 69% женщин имели кальцинаты коронарных артерий (Score больше 0).



«Наши данные свидетельствуют о том, что повторное образование камней в почках связано с субклиническим коронарным атеросклерозом. Пациенты с кальцинатами коронарных артерий имеют больший риск образования камней, чем пациенты без атеросклероза коронарных артерий», – говорит Ryan S. Hsi. ■

Редакция материала: Просьянников М.Ю. (к.м.н., заведующий отделом мочекаменной болезни НИИ Урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина-филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России)

Материал подготовил Джалилов О.В. (сотрудник отдела мочекаменной болезни НИИ Урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина-филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России)

Эффективность двусторонней одноэтапной перкутанной нефролитотрипсии у пациентов с билатеральным коралловидным нефролитиазом

Перкутанная нефролитотрипсия – современный малотравматичный метод лечения камней в почках, заключающийся в удалении конкрементов любого размера, в том числе крупных (более 2 см) и коралловидных.



Особенностью метода является минимальная травматичность почечной паренхимы, сосудов и окружающих тканей, малая инвазивность (операционный доступ: 5 – 10 мм), низкий уровень развития послеоперационных осложнений и быстрый период реабилитации.

С развитием эндоурологии двусторонняя одномоментная перкутанная нефролитотрипсия (ПНЛЛ) становится методом выбора для пациентов с двусторонним нефролитиазом.

Jones P. с соавторами исследовали 594 пациента с двусторонним нефролитиазом. Средний возраст пациентов составил 46 лет, соотношение мужчин и женщин составило 3:1. Пациентам

выполнялась ПНЛЛ. В 87,1% случаев (71,4% -100%) выполнялась ПНЛЛ через 1 доступ. Множественные доступы выполнялись в среднем в 16,7% (4,1% -24%) случаев. Среднее пребывание в стационаре составило 3,9 дня (1,25-15 дней). Средняя частота осложнений составляла 23,4% (12,1% -54% на исследование). В 60,9% случаев осложнений приходилось на гипертермию.

В заключении Jones P. с соавторами сделали вывод, что одномоментная ПНЛЛ является методом выбора хирургического лечения пациентов с двусторонним нефролитиазом, не уступающий по сравнению с поэтапным подходом. ■

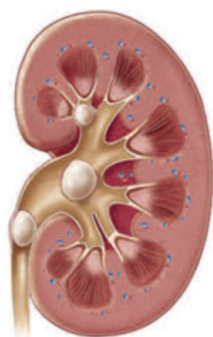
Редакция материала: Просянкиков М.Ю. (к.м.н., заведующий отделом мочекаменной болезни НИИ Урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина-филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России)

Материал подготовил Джалилов О.В.

сотрудник отдела мочекаменной болезни НИИ Урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина-филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России

Метаболический синдром и повреждение почек, опосредованное гипероксалурией

У пациентов с метаболическим синдромом (МС) повышенный риск развития хронического заболевания почек обусловлен неясными патогенетическими механизмами. МС также связан с более высокой распространенностью мочекаменной болезни.



Чтобы установить влияние МС на почечную функцию, была разработана модель комбинированного метаболического синдрома и гипероксалурии у мышей.

Были установлены четыре группы самцов крыс Sprague-Dawley: (1) контрольная группа ($n = 10$), которую кормили стандартным кормом; (2) группа с камнями почек (SF) ($n = 10$), которую кормили стандартным кормом плюс 0,75% этиленгликоля (EG), который вводили в питьевую воду; (3) группа метаболического синдрома (МС) ($n = 10$), получающая 60% фруктозы; (4) метаболический синдром + группа с камнями (MS + SF) ($n = 10$), 60% фруктозы и 0,75% EG в питьевой воде.

У группы МС отмечено значительное повреждение функции почек при индуцированной гипероксалурии. Это было продемонстрировано значительным уменьшением клиренса креатинина ($p < 0,001$) с более высоким поражением канальцев (34,3%, ДИ 95% 23,9-44,7, $p < 0,001$), вызванным осаждением кристаллов.

Индукция гипероксалурии у крыс с МС вызывает серьезные морфологические изменения со значительным нарушением функции почек. Это нарушение не наблюдается у крыс без МС. Поэтому модель может быть полезна для изучения влияния МС на камнеобразование. ■



Редакция материала: Просянников М.Ю.
(к.м.н., заведующий отделом
мочекаменной болезни НИИ Урологии и
интервенционной радиологии
им. Н.А. Лопаткина-филиал ФГБУ
«НМИРЦ» Минздрава России)

Материал подготовил Гамзаев М.Г.

сотрудник отдела мочекаменной болезни НИИ Урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина-филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России



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



V Научно-практическая конференция
с международным участием
**«Мочекаменная болезнь:
теоретические основы и клинический опыт»**
7-8 декабря 2017 года

Оргкомитет

Председатели конференции:



О.И. Аполихин

член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, директор НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина - филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью



Каприн А.Д.

академик РАН, д.м.н., профессор, генеральный директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава России

Уважаемые коллеги!

Заболеваемость мочекаменной болезнью в некоторых странах за 100 лет увеличилась более, чем в 7 раз, что сделало МКБ одним из самых распространенных урологических заболеваний в мире и на территории Российской Федерации. Несмотря на значительный прогресс в хирургии мочекаменной болезни, в ближайшем будущем ожидается увеличение частоты случаев уролитиаза в РФ вследствие изменения экологии, образа жизни людей, качества потребляемой пищи. Вопросы профилактики и метафилактики МКБ долгое время были незаслуженно забыты практикующими урологами. По нашему мнению, необходимо усиление работы амбулаторно-поликлинической службы в области определения и устранения факторов риска развития уролитиаза, консервативного лечения и предупреждения рецидивирования МКБ.

Усовершенствование технологий позволяет пересмотреть некоторые аспекты ведения пациентов для улучшения эффективности консервативной терапии. Стремительно развивающиеся мобильные технологии mHealth позволяют проводить удаленный мониторинг состояния здоровья пациентов и корректировать проводимое лечение.

Представленная информация будет интересна и полезна не только для научных сотрудников, состоявшихся практических врачей, но и для молодых специалистов, только открывающих для себя путь в профессию (ординаторов, аспирантов).

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

Приглашаем к участию!

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

Участие бесплатное. Участникам будут выданы сертификаты и начислены баллы НМО

Организаторы:

- Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации
- Научно-исследовательский институт урологии и интервенционной радиологии имени Н.А. Лопаткина – филиал федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Члены оргкомитета:

- Сивков А.В.
- Константинова О.В.
- Казаченко А.В.
- Голованов С.А.
- Меринов Д.С.
- Шадеркин И.А.
- Просянных М.Ю.

Рабочая группа:

- Войтко Д.А.
- Анохин Н.В.
- Гамзаев М. К.
- Галиев Н.А.
- Кастрикин Ю.В.

Требуется регистрация:

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

Тематики программы:

- Эпидемиология МКБ в России и мире.
- Факторы риска развития МКБ
- Роль метаболического синдрома как фактора риска МКБ
- Роль инфекции в развитии МКБ
- Диагностика МКБ
- Алгоритмы выявления литогенных нарушений у пациентов с МКБ
- Современные возможности оперативного лечения МКБ
- Алгоритмы консервативного ведения пациентов с МКБ
- Принципы метафилактики МКБ
- Принципы персонализированной медицины в диагностике, профилактике и лечении метаболических нарушений МКБ - технологии mHealth
- Принципы профилактики МКБ

Контакты:

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

Шадеркина Виктория Анатольевна
Телефон: +7 (926) 017-52-14
E-mail: viktoriashade@uroweb.ru

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

Ангиомиолипома. Клинический случай

Ангиомиолипома – доброкачественная опухоль, происходящая из мезенхимальной ткани, чаще всего локализующаяся в почках. Это достаточно редкое заболевание с распространенностью всего около 0,3–3% популяции. Еще реже встречаются внепочечные формы АМЛ: сегодня в медицинской литературе существуют упоминания всего о 40 случаях поражения печени, матки, головного мозга и других органов.

Как правило, болезнь развивается в постпубертатном периоде. Частое прогрессирование опухоли во время беременности наряду с частой экспрессией рецепторов прогестерона клетками опухоли позволяет ряду исследователей делать предположение о возможном гормональном происхождении АМЛ.

Термин «ангиомиолипома» ввел в употребление G.S. Morgan et al. 1951, а в СССР – В.А. Самсонов в 1970 году и А. С. Переверзин в 1971 году. До этого времени подобные опухоли назывались гамартомами

Обычно развивается одиночная опухоль, но примерно в трети случаев АМЛ имеет множественный характер, а у 15% пациентов присутствует билатерально. Характерно, что правая почка поражается в 80% случаев. Опухоль может наблюдаться у пациентов практически любого возраста (от 27 до 72 лет на момент выявления, средний возраст – 43 года), при этом у женщин встречается в 4 раза чаще. В 20% случаев АМЛ сопровождается туберозным склерозом (ТС). Средний возраст пациентов при выявлении в таком случае бывает ниже и составляет 25–35 лет. В 30–40% случаев течение АМЛ бессимптомное (А.З. Винаров, УС, 2012г)

Происхождение, структура, особенности

Согласно наблюдениям чл-корр. РАН А.Д. Каприна и коллег, доступные на сегодня молекулярные, иммуногистохимические и ультраструктурные исследова-

ния говорят о возможном происхождении опухолей этой группы из одного клеточного типа.

Ангиомиолипома может быть следствием мутации генов комплекса туберозного склероза TSC1 или TSC2, которые приводят к неконтролируемой активности mTOR. Все 3 компонента АМЛ (клетки сосудов, гладкомышечные и жировые клетки) содержат мутации генов TSC (Bissler et al. N Engl J Med., Davies et al. Clin Cancer Res).

Однако клиническая картина при АМЛ зависит, прежде всего, от того, присутствует или нет туберозный склероз. Если его нет, пациенты обычно испытывают ряд симптомов, к которым относятся слабость, артериальная гипертензия, боль сбоку живота, гематурия и наличие пальпируемых образований. Могут также возникать осложнения в виде сдавливания внутренних органов, разрыва опухолевого узла и развития некроза. В сочетании с ТС опухоль, как правило, не проявляет себя симптоматически и выявляется случайно при обследовании. Наличие или отсутствие симптомов, кроме того, зависит от размера опухоли. При крупных размерах – более 4 см – клинических проявлений не испытывают только 18% больных.

Туберозный склероз – аутосомно-доминантное заболевание, встречающееся 1-9 на 100 тыс населения, относится к орфанным заболеваниям. 10-20% АМЛ почки ассоциированы с туберозным склерозом. И у 80% больных туберозным склерозом имеются АМЛ почки.

Как подчеркивают авторы, в процессе диагностики необходимо иметь в виду, что АМЛ может иметь место при симультанном присутствии нескольких состояний. Так, зафиксированы случаи ее сочетания с онкоцитомой и почечно-клеточным раком в одной почке. Кроме того, АМЛ может симулировать почечно-клеточную карциному: это происходит из-за наличия участков желтого цвета (жировых клеток) и кровоизлияний (сосудов). АМЛ способна развиваться и в корковом веществе почек, и в мозговом. Визуально опухоль хорошо отграничена от ткани почки, но не имеет капсулы. В 25% случаев присутствует инвазия в капсулу почки. Также опухоль может распространяться во внутриоргannую венозную систему, в околопочечную ткань, почечную и нижнюю полую вену. Признаками злокачественности являются множественный характер поражения ■

и сосудистая инвазия. В ряде случаев может быть выявлено метастазирование в регионарные лимфатические узлы. В то же время, отдаленные метастазы выявляются крайне редко (всего 3 описанных случая до 2013 года).

Диагностика

Большинство АМЛ почки выявляются случайно при обследовании по поводу других заболеваний. Скрининговым методом диагностики является УЗ-исследование, уточняющим методом – компьютерная томография.

По мнению к.м.н., с.н.с. отделения урологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» М. И. Волковой, в 15% случаев наблюдений точно установить диагноз АМЛ почки до операции оказывается невозможным (УС №4-2012).

Для диагностики АМЛ проводится тонкоигольная аспирационная биопсия, иногда дополняемая иммуногистохимическим исследованием. При нем наблюдается экспрессия меланоцитарных маркеров, а экспрессия маркеров гладкомышечной дифференцировки вариабельна. Гистологически определяется пролиферация эпителиоидных клеток, образующих пласты; хорошо выражена гранулярная цитоплазма. Во многих случаях они могут группироваться вокруг сосудов. Опухолевые клетки округлой или полигональной формы содержат крупное вакуолизированное ядро с выраженными ядрышками. Помимо этого, могут наблюдаться многоядерные и крупные ганглиоподобные клетки, ядерная анаплазия, сосудистая инвазия, высокая митотическая активность, участки некроза, кровоизлияния и инфильтрация паранефральной клетчатки.

Лечение

Еще недавно при обнаружении АМЛ почки пациенту предлагалось только 3 метода лечения: выжидательная тактика, наблюдение (при опухолях небольших размеров до 5 см), резекция почки (также при небольших опухолях), нефрэктомия (при опухолях более 5 см, угрозе разрыва опухоли и кровотечении или уже состоявшемся разрыве и кровотечении, угрозе ТЭЛА, гипертермии, быстром росте и неясном диагнозе).

В настоящее время пациентам может быть предложено малоинвазивное лечение – радиочастотная абляция, криоабляция, суперселективная ангиоэмболизация. В любом случае при выборе хирургического лечения надо руководствоваться личным опытом хирурга в выполнении конкретного вида вмешательств и их результатами, опытом и оснащенностью лечебного учреждения, индивидуальным подходом к каждому пациенту.

Ценной находкой в лечении АМЛ почек стало применение препарата из



группы ингибиторов mTOR – при его применении в течение 12 месяцев отмечено уменьшение объема АМЛ на 40-50%, причем вне зависимости от генотипа опухоли. Возможно, в ближайшем будущем лечение АМЛ станет преимущественно медикаментозным.

Клинический случай

В качестве примера диагностики и лечения можно привести клинический случай пациентки 18 лет, поступившей в урологическую клинику московской ГКБ №20 с АМЛ правой почки («Онкоурология» №1-2013, А.Д. Каприн, А.А. Костин, Е.В. Федотов, А.В. Семин, Р.С. Глебушкин, П.В. Нестеров, В.В. Нечай, Д.Г. Лупашко, кафедра урологии с курсом онкоурологии ФПК МР РУДН; ГКБ №20 г. Москвы). Пациентка жаловалась на боли в правой части живота, начавшиеся чуть менее, чем за месяц до госпитализации. До этого девушка проходила обследование в другом медицинском учреждении с подозрением на аппендицит, там же были проведены МРТ и КТ брюшной полости.

Согласно данным МРТ, расположение почек нормальное, форма обычная, размеры правой почки – 10,2×4,0×4,5 см, а левой – 10,5×5,1×4,7 см. Корковое и мозговое вещество четко визуализированы. Чашечно-лоханочная система не деформирована и не расширена. В области нижнего полюса правой почки наблюдается образование неправильной округлой формы и неоднородной структуры, тесно прилежащее к почке, с жировыми включениями и бугристыми контурами, отдавливающее правую почку. Размеры образования составили 6,35×7,2×7,95 см.

В то же время при нативном КТ в правой подвздошной области определено образование размерами 80×57×75 мм, исходящее из нижнего полюса правой почки, неоднородной структуры с участками мягкотканной и жировой плотности, разделенными тканевыми перегородками. При КТ со внутривенным контрастированием определяется интенсивное накопление контраста солидным компонентом в артериальную фазу с быстрым вымыванием контраста. Образование тесно прилежит к поясничной мышце и забрюшинной фасции, раздвигает петли толстого и тонкого кишечника. Выделение контраста почками не нарушено. Почка слева обычна по форме и размерам, структура и плотность паренхимы не изменена.

Согласно макроскопическому описанию, приводимому авторами, опухоль была представлена узлом мягкоэластичной консистенции размером 8,0×7,5×5,0 см, покрыта снаружи тонкой полупрозрачной капсулой до 0,1 см. В отдельных участках наблюдались разрывы капсулы с кровоизлияниями от капсулы до центральных отделов опухоли размерами до 3 см. На разрезе ткань опухоли имела желтовато-серый цвет с мелкими очаговыми кровоизлияниями до 0,3 см, ■

а также серовато-белесыми прожилками и множественными мелкими сосудами с диаметром просвета до 0,7 см.

По гистологическому описанию, опухоль многокомпонентная, построена из кровеносных сосудов, гладкой мышечной и жировой ткани, с небольшими участками склероза. В опухоли выявлены два типа кровеносных сосудов: толстостенные и тонкостенные, с преобладанием первого типа.

Кроме того, как отметили А.Д. Каприн и соавторы, «в некоторых участках опухоли среди разрастания гладкой мускулатуры обнаруживались множественные мелкие примитивные сосудистые щели, выстланные эндотелием. В отдельных полях зрения опухоль приближалась по строению к гемангиоперицитоме. Обнаруживались клубки мелких сосудов, как в ветвистой ангиоме».

Соотношение гладкой мышечной и жировой ткани в опухоли колебалось незначительно, преобладал гладкомышечный компонент. Также присутствовали множественные кровоизлияния различных размеров. Данное строение, по мнению авторов, соответствовало АМЛ почки, осложненной кровоизлияниями.

После госпитализации пациентка продолжала испытывать боли в правой подвздошной опухоли, что позволило заподозрить спонтанный разрыв опухоли. Врачи сочли нужным провести резекцию правой почки с возможностью выполнения нефрэктомии справа по результатам интраоперационного решения.

В ходе операции наблюдалась опухоль диаметром до 9 см в нижнем полюсе, багрово-красного цвета, с диффузной кровоточивостью опухоли. Выполнена полная мобилизация почки вместе с опухолью. Для снижения кровотока в опухоли был наложен резиновый турникет, пережата зона предполагаемой резекции.

Были выполнены электрорезекция и отсечение опухоли в пределах здоровых тканей почки. На края почки наложены полоски-сетки и прошиты нитью PGA тремя П-образными швами, на зону резекции уложен фрагмент паранефрального жира.

Осложнений после операции не наблюдалось. Пациентке были назначены антибактериальные и обезболивающие препараты в рамках стандартной терапии, проводилось симптоматическое лечение. Девушка была выписана на 10 день после госпитализации, спустя день после снятия швов.

Из этого случая можно сделать вывод о том, что, несмотря на доброкачественность АМЛ, она может представлять угрозу жизни больного при спонтанном разрыве и связанном с ним кровотечении. Клинический случай, представленный в качестве примера, демонстрирует, по их словам, «своевременное и успешное применение хирургической тактики», позволившее предупредить кровотечение и добиться максимально возможного сохранения почки. ■

Материал подготовлен Ю.Г. Болдыревой

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

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ

УРОЛОГИЯ

ECUro.ru



www.ecuro.ru

Включен
в обновленный список
ВАК от 07.12.2015

Профессиональное издание для урологов, онкологов, урогинекологов, андрологов, детских урологов, фтизиоурологов 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.

Врачи и фармацевтические компании: тонкости взаимоотношений

Летом 2016 года западные фармпроизводители впервые опубликовали свои отчеты о выплатах медицинским организациям и медработникам, включая российских. О том, насколько прозрачны обнародованные данные, к каким переменам может привести это нововведение и как бороться с конфликтом интересов у врачей в российских условиях, рассказала на II съезде Ассоциации медицинских журналистов руководитель организации «Факультет медицинского права», предоставляющей правовые услуги медицинским организациям, юрист Полина Георгиевна Габай.

Кодекс раскрытия информации

Согласно Кодексу раскрытия информации о передаче ценностей фармацевтическими компаниями в пользу специалистов и организаций здравоохранения, принятому Европейской федерацией международных фармацевтических производителей (EFPIA) летом 2013 года, фармкомпании были обязаны не позднее 1 июля 2016 года обнародовать информацию по этому вопросу. Это коснулось и данных о выплатах медработникам в России, к тому же, теперь такая информация будет публиковаться ежегодно. В России проблема с получением работником здравоохранения материального вознаграждения от производителей препаратов и медицинских изделий обсуждается давно: здесь может возникнуть конфликт интересов, в базе которого лежит личная материальная заинтересованность врача. Также в России сегодня медицинским работникам законодательно запрещено принимать от фармпроизводителей подарки и деньги за исключением вознаграждений по договорам при проведении клинических исследований и испытаний, а также за педагогическую и научную работу.

Однако, с точки зрения самих фармацевтических компаний, все выплаты, указанные в отчетах, произведены в рамках закона и к конфликту интересов отношения не имеют. Цель отчетов при этом – повысить уровень доверия к фармацевтической индустрии. Несмотря эти на декларации, в сентябре 2016 года издательство «Коммерсант» опубликовало информацию о том, что один из крупных производителей – компания AstraZeneca – была оштрафована за взятки в России и Китае*. В статье указывается на то, что выплаты были направлены якобы на проведение не существовавших по факту лекций и конференций. В действительности они отправлялись врачам за приоритетное назначение лекарственных средств.



У каждой из компаний, составивших свои доклады, методология раскрытия информации была своей, однако в базе лежал один и тот же механизм: соблюдение принципа согласия на использование персональных данных. Это значит, что сведения о заработке физического лица не могут быть опубликованы без его согласия, как это оговорено российским законом. Таким образом, выплаты в России часто были указаны без упоминания имени получившего их врача.

Расходные статьи – недостаточная прозрачность

В целом отраженные в документах затраты можно разделить на три категории: пожертвования и гранты; расходы, связанные с мероприятиями (проезд, регистрация и т.д.), а также выплаты «за оказание услуг и консультирование» – самая размытая категория.

Полина Габай сослалась на мнение по этому вопросу, высказанное Министерством здравоохранения Ульяновской области: региональный Минздрав указывает на то, что медицинская организация как юридическое лицо может получить на безвозмездной основе, к примеру, партию лекарств, но при соблюдении ряда условий. Такой дар должен способствовать реализации установленной деятельности медицинской организации, быть нацелен на защиту интересов граждан России и не иметь отношения к коррупционной заинтересованности. В дополнение к этому «Факультет медицинского права» отмечает, что любое пожертвование или грант не будут являться незаконными при условии заключения договора об оказании безвозмездной помощи. В то же время важно, чтобы передаваемые лекарственные средства были зарегистрированы на территории РФ.

Что касается покрытия расходов на проведение мероприятий, докладчик не видит в этом ничего противозаконного. К примеру, реклама лекарственных средств в формах и дозировках, отпускаемых по рецептам, законодательно разрешена только на профессиональных выставках, семинарах и т.д.

Больше всего вопросов вызывает группа расходов «услуги и консультирование». В нее могут входить, например, консультации при разработке препарата и проведении испытаний. Однако что входит в понятие «услуги», как отметила Полина Габай, по сути неясно. Отдельным вопросом является то, относится ли к этой категории вознаграждение за приоритетное выписывание препарата.

Известная фармкомпания Roche акцентирует внимание на принципе, по которому сотрудничество производителей препаратов с медиками не должно вести к конфликту интересов у специалистов здравоохранения: в частности, между их профессиональ-

ными обязанностями и материальной заинтересованностью. С учетом этого комментария и того факта, что в Европе ответственность за незаконное вознаграждение медиков достаточно высока, Полина Габай предполагает, что большая часть указанных выплат была законной.

Тем не менее, по мнению спикера, раскрытие информации в России себя не оправдало за счет недостаточней прозрачности. Причиной этому являются российские законодательные нормы, косвенно препятствующие защите пациента от сговора медицинских и фармацевтических работников. Среди них отсутствие установленной ответственности за такие деяния и механизма воздействия на нарушителей, а также особенности законодательства о персональных данных.

Закон суров....

Руководитель «Факультета медицинского права» остановилась подробнее на законодательных проблемах в этой сфере. Так, в правовой системе РФ отсутствует четкий запрет на конфликт интересов в сфере охраны здоровья граждан. Часть 3 статьи 74 ФЗ №323 содержит положение о наличии ответственности медорганизаций и фармацевтических работников за несоблюдение ограничений на получение вознаграждений в соответствии с действующим законодательством. Однако меры ответственности за нарушение данных норм не указаны, наиболее же близкая к теме статья 6.29 КоАП РФ устанавливает наказание только «за невыполнение обязанностей о предоставлении информации о конфликте интересов при осуществлении медицинской и фармацевтической деятельности». То есть за недонесение, но не сам конфликт интересов.

В ряде медицинских организаций установлены собственные локальные акты. Чаще всего это называется «Положение о конфликте интересов при осуществлении медицинской и (или) фармацевтической деятельности». За нарушение таких норм работники могут привлекаться к дисциплинарной ответственности, впрочем, как полагает докладчик, это вряд ли напугает большую часть врачей. В исключительных ситуациях, когда нарушитель является должностным лицом, можно говорить об уголовной ответственности: здесь вступают в силу понятия взятки и коммерческого подкупа. К рядовым врачам это, впрочем, не относится. На сегодня, отметила докладчик, это касается, в первую очередь, фармацевтических работников. Со вступлением в силу Приказа Минздрава России ;1175 «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов» лекарства за редким исключением выписываются не по торговому наименованию, а по международному патентованному. Эта мера, по мнению юриста, перенесла место сговора из больниц в аптеки, ведь, приходя с рецептом,

пациент обычно просит о консультации аптечного сотрудника. О взятке, таким образом, речи не идет, так как в этой ситуации не задействованы должностные лица.

Таким образом, первым важным шагом на пути к минимизации вероятности конфликта интересов должно стать урегулирование пробелов в сфере ответственности за него. Такая ответственности должна быть конкретизирована на законодательном уровне, иначе она является формальной. Впрочем, сегодня в Госдуме уже находится на рассмотрении законопроект, предусматривающий поправки в КоАП за несоблюдение ограничений на получение вознаграждений при работе в сфере охраны здоровья.

Следующая проблема – отсутствие реального механизма воздействия на нарушителей. Если, к примеру, медработник сообщил своему начальству о вероятности развития конфликта интересов, руководитель обязан доложить об этом в специальную комиссию Минздрава по урегулированию конфликта интересов, приказ об учреждении которой вышел в 2012 году. На практике, по словам Полины Габай, комиссия служит только для установления или опровержения факта наличия конфликта. Что делать дальше, законодательно не указано. Это же касается и Росздравнадзора, который может проверить соблюдение медработниками профессиональных правил, но не накладывает правовой ответственности.

Третья проблема – законодательство о персональных данных, не допускающее распространения информации о доходах физлица без согласия субъекта. Полина Габай считает сомнительным, что хотя бы один медицинский работник даст свое согласие на публикацию данных о незаконном вознаграждении. Однако ситуация может кардинально измениться, если на федеральном уровне примут норму, согласно которой опубликование такой информации является обязательным. Именно таковым оно является, согласно западному варианту закона об обнародовании отчетов.

Юрист акцентировала внимание на том, что все сказанное касается только российского законодательства, в то время как фармацевтические компании, представленные на российском рынке, в основном являются структурными подразделениями иностранных корпораций. Далеко не все имеют обособленные подразделения в России, а значит, многие подчиняются законодательству государства, в котором были учреждены. Следовательно, запретить им публиковать информацию на иностранных интернет-ресурсах в рамках исполнения закона их страны российское законодательство не может.

Заплати налоги и спи спокойно

Кроме того, «Факультет медицинского права» рассмотрел проблемы налогообло-

жения. В частности, юристов заинтересовали вопросы о том, может ли налоговая инспекция воспользоваться предоставленной фармкомпаниями информацией и провести проверку, могут ли данные о выплатах медорганизациям и врачам стать основной для привлечения их к ответственности, являются ли доходы, полученные от иностранных фармкомпаний, объектом налогообложения и, наконец, будет ли зарубежная фармацевтическая компания являться налоговым агентом российского врача.

Полина Габай объяснила, что информация о выплатах врачам и организациям, указанная на иностранном сайте, может служить основанием для проведения выездной налоговой проверки. Если при проверке обнаружилось, что в медицинской организации поступления денег не указано или указано в меньшем объеме, чем гласит иностранный отчет, могут возникнуть проблемы. В большинстве случаев с выплат, получаемых от иностранных фармкомпаний, российским врачам и медицинским организациям положено заплатить налог на доход или на прибыль, соответственно, но вместе с тем налогообложение доходов, поступающих от иностранных фармацевтических компаний «в карман» российского здравоохранения, насчитывает множество разных случаев, каждый из которых требует индивидуального анализа.

В итоге, заключила юрист, мы сталкиваемся с ситуацией, когда медицинским и фармацевтическим работникам ничто не мешает получать вознаграждение от фармкомпаний. Все последствия, к которым может привести такое нарушение, – это констатация его факта или дисциплинарная ответственность, которая обычно мало пугает работника. Таким образом, введение прозрачности в отношениях участников здравоохранения и фармацевтических компаний – это задача высокого порядка, которая невозможна без установки четких правовых позиций относительно конфликта интересов, ответственности за его наступление и действующих механизмов его регулирования. ■

*Материал подготовила В.А. Шадеркина
уролог, Uroweb.ru,*

Председатель Ассоциации медицинских журналистов

* – Коммерсант 01.09.2016 16.35 Кирилл Сарханянц /AstraZeneca оштрафована за взятки в России и Китае <http://kommersant.ru/doc/3078018>



Мобильные технологии здоровья!

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

www.evercare.ru

УЧЕБНЫЙ ПЛАН ФМБА РОССИИ

НА КАФЕДРЕ УРОЛОГИИ И АНДРОЛОГИИ

Программы профессиональной переподготовки с выдачей диплома (свыше 500 часов)

После успешной сдачи сертификационного экзамена выдается **сертификат специалиста**

№ п/п	Наименование цикла	Контингент обучающихся	Объем учебного плана (час.)	Сроки проведения	Цена
426	Урология	Врачи – урологи	576	30.01 – 30.05 31.08 – 22.12	45 000 р.*

*в стоимость обучения входит проведение сертификационного экзамена с выдачей сертификата специалиста

Программы повышения квалификации с выдачей удостоверения (от 144 до 500 часов)

После успешной сдачи сертификационного экзамена выдается **сертификат специалиста**

№ п/п	Наименование цикла	Контингент обучающихся	Объем учебного плана (час.)	Сроки проведения	Цена
427 428 429 430 431	Урология	Врачи – урологи	144	13.02 – 19.03 27.03 – 24.04 15.05 – 13.06 04.09 – 02.10 16.10 – 15.11	18 000 р.*

*в стоимость обучения входит проведение сертификационного экзамена с выдачей сертификата специалиста

Программы повышения квалификации с выдачей удостоверения (от 16 до 500 часов)

Без выдачи сертификата специалиста

№ п/п	Наименование цикла	Контингент обучающихся	Объем учебного плана (час.)	Сроки проведения	Цена
432	Эндоскопическая хирургия мочевых путей	Врачи – урологи	72	по мере набора группы	12 000 р.
433	Андрология	Врачи – урологи	72	по мере набора группы	12 000 р.
434	Лапароскопическая урология	Врачи – урологи	72	по мере набора группы	12 000 р.

Специализированные циклы повышения квалификации по тематике «Экстремальная медицина»

435	Неотложная оперативная помощь при травмах почек	Врачи – урологи	72	по мере набора группы	6 500 р.
436	Оперативная андрология при травмах генитальной зоны, повреждениях уретры	Врачи – урологи	72	по мере набора группы	6 500 р.

Программы высшего образования

№ п/п	Наименование цикла	Вид подготовки	Контингент обучающихся	Объем учебного плана (час.)	Сроки проведения	Цена
437	Урология	Ординатура	Ординатура	2 года	с 01.09	70 000 р/год*
438	Урология	Аспирантура	Аспирантура	3 года (очная форма)	с 01.09	70 000 р/год

Адрес: г. Москва, м. «Щукинская», ул. Маршала Новикова, 23

Тел.: 8 (495) 649-98-77; 8 (499) 190-86-19; 8 (499) 190-96-92;

E-mail: dr.abdul@mail.ru; martovalex@mail.ru; ippofmbc@mail.ru



ТЫ = Альфа?

РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

УЧЕБНЫЙ ПЛАН на 2017 г

КАФЕДРА УРОЛОГИИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА С КУРСОМ ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ-АНДРОЛОГИИ ФПК и ППС

ЦИКЛЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

№ цикла	Наименование цикла	Контингент	Сроки проведения цикла	Объем в часах	План приема
1	Урология	Урологи	09.01 – 04.02	144	12
2	Актуальные вопросы репродуктологии человека	Врачи-специалисты	09.01 – 04.02	144	24
3	Эндокринная уроандрология	Врачи-специалисты	06.02 – 07.03	144	36
4	Избранные вопросы детской андрологии	Врачи-специалисты	09.03 – 05.04	144	12
5	Сексуальные нарушения у мужчин	Врачи-специалисты	09.03 – 05.04	144	24
6	Избранные вопросы урологии в практике врача ЦРБ	Врачи-специалисты	06.04 – 04.05	144	36
7	Детская урология-андрология	Детские урологи	05.05 – 02.06	144	12
8	Эндокринная уроандрология	Врачи-специалисты	05.05 – 02.06	144	24
9	СНМП и заболевания ассоциированные с СНМП	Врачи-специалисты	02.06 – 30.06	144	36
10	Актуальные вопросы репродуктологии человека	Врачи-специалисты	04.09 – 30.09	144	36
11	Эндокринная уроандрология	Врачи-специалисты	02.10 – 28.10	144	36
12	Андрология	Врачи-специалисты	30.10 – 27.11	144	24
13	Лапароскопия в урологии	Врачи-специалисты	30.10 – 27.11	144	12
14	Урология	Урологи	29.11 – 26.12	144	12
15	Избранные вопросы урологии в практике врача ЦРБ	Врачи-специалисты	29.11 – 26.12	144	12
16	Сексуальные нарушения у мужчин	Врачи-специалисты	29.11 – 26.12	144	12

ЦИКЛЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ МИНЗДРАВА РОССИИ ДЛЯ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

С ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ РЕГИСТРАЦИЕЙ НА ПОРТАЛЕ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО
И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ МИНЗДРАВА РОССИИ

<https://edu.rosminzdrav.ru/>

№ цикла	Наименование цикла	Контингент	Сроки проведения цикла	Объем в часах
1	Воспалительные заболевания мочевых путей и репродуктивных органов	Урологи, врачи-специалисты	09.01 – 14.01	36
2	Врожденные аномалии репродуктивной и мочевыделительной системы	Детские урологи	09.03 – 15.03	36
3	Воспалительные заболевания мочевых путей и репродуктивных органов	Урологи, врачи-специалисты	30.03 – 05.04	36
4	Врожденные аномалии репродуктивной и мочевыделительной системы	Детские урологи	05.05 – 12.05	36
5	Врожденные аномалии репродуктивной и мочевыделительной системы	Детские урологи	11.09 – 16.09	36
6	Воспалительные заболевания мочевых путей и репродуктивных органов	Урологи, врачи-специалисты	20.11 – 25.11	36
7	Врожденные аномалии репродуктивной и мочевыделительной системы	Детские урологи	13.11 – 18.11	36
8	Воспалительные заболевания мочевых путей и репродуктивных органов	Урологи, врачи-специалисты	20.12 – 26.12	36

344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29; тел.: 201-44-48

Заведующий кафедрой: д.м.н., профессор Коган Михаил Иосифович,
тел.: 201-44-48, e-mail: dept_kogan@mail.ru

Начальник учебной части: д.м.н., доцент Чибичян Микаел Бедросович,
тел.: 89282267869, e-mail: michel_dept@mail.ru

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

**«Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ НА 2017 ГОД**

<i>Дата проведения</i>	<i>Наименование цикла</i>
30.01 – 25.02.2017	Поликлиническая урология. Лазерные технологии в урологии.
27.02- 25.03.2017	Современная клиническая урология.
03.04-29.04.2017	Современная клиническая урология. Нейроурология и уродинамика.
15.05-10.06.2017	Эндоурология и лапароскопия
04.09-30.09.2017	Современная клиническая урология.
02.10-28.10.2017	Клиническая андрология.
30.10.-25.11.2017	Современная клиническая урология. Нейроурология и уродинамика.
27.11-23.12.2017	Эндоурология и лапароскопия.

Для сотрудников бюджетных учреждений здравоохранения прохождение циклов бесплатно.

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

Запись на циклы осуществляется по адресу:

Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 17, 3-й этаж. Кафедра урологии
ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова.
Тел. (812) 338-69-36, 8-921-956-36-72.

E-mail: urolog.kaf@mail.ru



SH PHARMA
source of healing

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

Экспресс-анализ мочи

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



Вес: 180 г

300 анализов на одном заряде батареи

Ресурс: 5000 исследований

Гарантия 12 месяцев

Беспроводной протокол передачи данных

Простота эксплуатации

Результат за 1 минуту

Бесплатное мобильное приложение

- > Условия применения:

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

11 исследуемых параметров



> ИССЛЕДУЕМЫЕ ПАРАМЕТРЫ

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



Редакция дайджеста:

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

Тираж 7000 экземпляров

Подписка на сайте urodigest.ru

Распространение бесплатное – Россия, страны СНГ

Периодичность 1 раз в 2 месяца

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

Издательство «УроМедиа»

Адрес редакции: 105425, Москва, 3-я Парковая, 41 «А», стр. 8
ISSN 2309-1835

Свидетельство о регистрации средства массовой информации

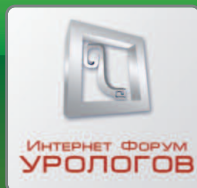
ПИ № ФС77-54663 от 09.07.2013

e-mail: info@urodigest.ru

www.urodigest.ru

При полной или частичной перепечатке материалов ссылка на Дайджест обязательна!

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



Издательский дом «УроМедиа»