

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ:

**Новая должность
в Минздраве**

**О.Б. Лоран:
Пациент не хочет
жить с диагнозом
«рак»**

**Врач и его
деньги:
юридический
взгляд**

**Антивещество на
медицинской
службе**

ТЕМА НОМЕРА:

Крым: урология и время перемен





XIV КОНГРЕСС

РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ

10–12 СЕНТЯБРЯ 2014 г.

САРАТОВСКИЙ АКАДЕМИЧЕСКИЙ ТЕАТР ОПЕРЫ И БАЛЕТА

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕМЫ КОНГРЕССА

- Научно-образовательная интеграция в урологии
- Фармакотерапия урологических заболеваний
- Значимость лучевых методов в диагностике и лечении урологических заболеваний
- Диагностика и лечение мочекаменной болезни у взрослых и детей
- Современные подходы в диагностике и лечении аденомы и рака простаты
- Интеграция урологии, гинекологии и абдоминальной хирургии
- Уроонкология
- Интегративные преимущества подходы в детской и взрослой урологии
- Уроандрология
- Травма мочеполовой системы и нейроурология

Вопросы, связанные с участием
в конференции
(регистрация, оплата участия,
проживание, заказ туристических
услуг, спонсорство):



Конгресс-оператор
«СТО Конгресс»
8 (495) 646 01 55

Генеральные спонсоры:



Платиновые спонсоры:



www.congress-rou.ru



·»» Тема номера: «Крым: урология и время перемен»	2
·»» Новая должность в Минздраве	8
·»» В борьбе за потомство: о причинах мужского бесплодия и том, как его побороть.....	9
·»» Задержанная эякуляция – редкий диагноз	14
·»» Олег Борисович Лоран: Больные не хотят жить с диагнозом «рак».....	22
·»» Анонс курсов дистанционного образования по теме «Ошибки диагностики и лечения инфекций МВП»	32
·»» МСКТ урография: как снизить лучевую нагрузку?	36
·»» Антивещество на медицинской службе	40
·»» Анонс мастер-класса «Лечение эректильной дисфункции: хирургия или терапия?».....	44
·»» Применение гиалуроновой кислоты после трансуретральных эндоскопических операций по поводу ДГПЖ.....	46
·»» Редкое клиническое наблюдение – органоидная тератома обеих почек.....	54
·»» Тканевая инженерия в урологии: уже не будущее.....	58
·»» Врач и его деньги: юридический взгляд	66

Крым: урология и время перемен

Эксклюзивное интервью «Дайджест урологии» с главным урологом Крыма

Несмотря на то, что врач должен лечить всех, без учета национальности, социального положения и гражданства, медицина как вид государственной ответственности не может оставаться в стороне от политических и социальных изменений. В марте в состав России вошли два новых региона – Крым и Севастополь. «Дайджест урологии» решил встретиться с главным урологом Крыма, профессором, академиком Крымской академии наук Петром Михайловичем Клименко и пообщаться с ним о настоящем и будущем крымской урологии. Специальные корреспонденты «ДУ» Алексей Паевский и Снежана Шабанова побеседовали с профессором Клименко 20 мая 2014 года в Симферополе.



Скажите, как Вы пришли в медицину и урологию?

Я проработал в медицине 36 лет. У меня в роду 12 врачей, мой выбор был естественен, и я не думал, с чем связать свою жизнь. Я рос без отца, мама тоже была врачом и брала меня с собой на дежурство. Поэтому я пришел в медицину в два месяца – точнее, меня в нее принесли. Так что можно сказать, что выбор профессии уролога был не случайным. Тем более, что, пожалуй, ни одна врачебная специальность не включает в себя столько граней и столько искусств, как эта прекрасная наука. Здесь есть все – и хирургия, и психиатрия, сексология и дерматология, гинекология, онкология, лапароскопия... Я мечтал стать урологом, но, как это часто бывает, мечта ис-



полнилась не сразу. Первые два года практики я работал травматологом, и только потом судьба мне дала возможность перейти в урологию. Кандидатскую диссертацию я защищал по хламидийным простатитам, в то время это было очень актуально. Мне очень приятно, что отзыв на диссертацию мне давали в Москве, в НИИ Урологии. А докторскую диссертацию я посвятил альтернативным методам лечения простатита.

Как проходит обычный рабочий день у вас и ваших коллег?

Он проходит так же, как и у большинства врачей. Стандартная пятиминутка, знакомство с тяжелыми больными, обходы, осмотры, операции. У нас сейчас есть возможность использовать основную полноту инструментальных методов современной урологии. Мы оперируем при помощи лапароскопической техники, есть возможности проведения дистанционной литотрипсии, эндокорпорального дробления камней, лазерной вапоризации предстательной железы. К сожалению, техники не всегда хватает. Особенно сейчас, в переходный период. Возникают и трудности с поставкой медикаментов, все эти проблемы нужно решать. Но, я надеюсь, этот период пройдет.

Так что весь наш рабочий день состоит в том, что мы стараемся помочь больным людям.

Существуют ли в Крыму характерные для этой местности урологические заболевания? Есть ли связь между крымским климатом и заболеваемостью?

Конечно. Крым, в первую очередь, – эндемичный регион по мочекаменной болезни. Здесь довольно сухой и жаркий климат, карстовые воды, большая инсоляция – все это приводит к тому, что, если в среднем мочекаменной болезнью страдает один процент населения, то у нас – полтора-два процента. Именно с мочекаменной болезнью связаны наши последние новшества: у нас появился дистанционно-волновой литотриптор из Израиля, мы активно внедряем применение разнообразных литолитических смесей, биохимические и спектротрические анализы камней.

А какие по химическому составу камни преобладают в Крыму?

В основном, это оксалатные камни. Это связано с особенностями питания крымчан. Ведь уратные камни – это, как принято говорить, «мясные» камни, а доходы нашего населения в последние годы были очень невысокими и далеко не все могли себе позволить полноценный мясной рацион.

Можно ли еще назвать какие-то специфически урологические проблемы Вашего региона?

Помимо мочекаменной болезни, ■

в силу курортного характера Крыма, у нас достаточное количество обострений заболеваний, передающихся половым путем, как декретированных, так и недекретированных, среди которых особенно страшен хламидиоз, который передается даже если при половом акте используют презерватив.

Кстати, о курортах. Есть ли у крымских санаторно-курортных учреждений потенциал в лечении именно урологических заболеваний?

Не так давно в Крым приезжала Министр здравоохранения России Вероника Игоревна Скворцова, и мы как раз поднимали этот вопрос. Ответ на него строго утвердительный: Крым как никакой другой регион имеет богатейшую курортную базу. Например, бальнеологические курорты Саки и Евпатории, которые не уступают, а порой и превосходят знаменитые израильские грязи. К сожалению, во время Украины это все активно развивалось, но я надеюсь, что сейчас этот процесс прекратится. Также крымские курорты идеальны для лечения простатитов, бича современных мужчин.

Испытывает ли Крым нехватку урологических кадров? Есть ли в Крыму образовательные учреждения, которые готовят урологов?

Недавно к нам приезжал выдающийся уролог, профессор Э. Галямов, который по-

казал виртуозную хирургическую технику. Конечно, кадров такого уровня у нас нет. Но у нас растет талантливая молодежь, собственно говоря, сразу же после нашего интервью (мы записывали интервью с профессором Коваленко в 8.30 утра – А.П., С.Ш.) у меня занятие со студентами. Есть мощный образовательный центр – Крымский государственный медицинский университет, мы надеемся, что у нас будет больше возможности для освоения новой лапароскопической техники. Мы работали с современной техникой в украинский период, но нам ее Киев предоставлял, так сказать, в аренду, и теперь ее у нас забрали. Можно сказать, что мы сейчас похожи на кавалерию без коней.

Покрывает ли потребность в урологических кадрах Крымский медицинский университет?

В Крыму 87 урологов. На настоящий момент университет вполне покрывает потребность в кадрах, но есть мнение, что нам нужно создать 11 урологических центров в Крыму – в Армянске, Симферополе, Севастополе, восточном Крыму. Вот если это будет осуществлено, то кадров может не хватать.

Немного политический вопрос: в связи с изменением статуса Крыма, не было ли оттока кадров?

Практически не было – единичный случай, уролог из Судака уехал в Киев,



но это не создало острого кадрового дефицита на полуострове (улыбается).

Насколько тесно общаются между собой крымские урологи. Можно ли назвать сплоченным крымское урологическое сообщество?

Наше сообщество очень сплоченное. Я – председатель общества урологов Крыма, и мы собираемся вместе ежеквартально, иногда чаще, мы проводим семинары, мастер-классы, мы приглашали киевских специалистов, как я уже упоминал, начали приезжать выдающиеся российские врачи, начались онлайн-трансляции. Нам этого очень не хватало в украинский период. Хорошо, когда попадали на какие-то конферен-

ции. Теперь мы будем всем обществом пытаться организовывать наши стажировки в России.

Как осуществляются информирование крымчан о вашей работе и пропаганда урологических знаний?

У нас есть телефон горячей линии в клинике, у нас есть клиника крымского медицинского университета, в которой проходят различные информационные мероприятия, мы выступаем по телевидению с наиболее злободневными вопросами, регулярно публикуемся в печатных изданиях, например, в самой читаемой «Крымской правде». Кроме этого, мы проводим выездные мероприятия – к примеру, послезавтра ■

выезжаем в Ялту. Там у нас будет научно-практическая конференция по мужскому здоровью. Ну и будем обсуждать и говорить о новых реалиях, связанных с вхождением Крыма в Россию.

Какие у вас и у ваших коллег существуют источники получения новой медицинской информации – помимо конференций?

Это курсы повышения квалификации, предаттестационные циклы, это журналы и газеты, благо, есть интернет, в котором тоже можно найти много полезной информации.

А какие интернет-ресурсы дают вам больше всего информации?

Очень хороший ресурс Уровеб,

остальные сайты нахожу поиском.

Каких изменений в вашей работе вы ожидаете в связи с вхождением Крыма в состав Российской Федерации?

Самых благоприятных. Вернуться домой, в Россию, с ее богатейшими врачебными традициями... Юдин, Пирогов, Склифософский, Лопаткин. Нам есть на кого равняться, есть куда стремиться, и мы надеемся на помощь России в развитии нашего здравоохранения и урологии. И примеры тому уже есть. Мой друг и коллега, профессор Пригула, детский уролог, говорит, что он был сильно растроган, когда ему впервые вручили детский цистоскоп, который он ни разу за 36 лет работы не держал в руках. Столько позитива я не видел никогда. ■





URO+

ПОИСК

Первое мобильное приложение для урологов

*Всегда в курсе всех
урологических новостей!*



- УДОБСТВО
- БЫСТРОТА
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ



на платформе:
Mac OS, Android



Новая должность в Минздраве

Бесплодный брак является важной проблемой мирового масштаба. По данным ВОЗ за последние 50 лет отмечена четкая прогрессирующая тенденция к снижению рождаемости с 33,3% до 16,4-12,3%.

Статистика показывает, что, если в 70-х годах число бесплодных пар в мире составляло около 5%, то на данный момент эта цифра приближается к 15%. Общеизвестно, что на сегодняшний день доля мужского фактора в бесплодии супружеской пары составляет от 40 до 50%. Многими научными исследованиями доказано, что мужская фертильность в последние десятилетия продолжает снижаться.

Приказом Минздрава России №236 от 23.05.2014 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25.10.2012 г №444 «О главных внештатных специалистах МЗ РФ» в номенклатуру главных специалистов введена новая должность – главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью. На эту должность назначен наш коллега, уролог, д.м.н., профессор Олег Иванович Аполихин.

Вне сомнения, в решении проблемы супружеского бесплодия нужен междисциплинарный подход – объединение усилий специалистов урологов,



гинекологов, эндокринологов и других специальностей. Введение этой должности и назначение на нее уролога является попыткой Министерства здравоохранения заняться репродуктивным здоровьем своих граждан и решить демографическую проблему в России. ■

В борьбе за потомство: о причинах мужского бесплодия и том, как его побороть

Проблема бесплодия остается актуальной для человечества не первый год и не первое столетие, пробираясь и в царские покои, и в дома рядовых горожан. Долгое время с невозможностью иметь детей приходилось просто смириться, однако сегодня репродуктивная медицина дает надежду все большему количеству людей. Однако если тема женского бесплодия все более широко освещается и обсуждается, то о мужском говорить открыто начали только недавно. Подробнее об этой деликатной теме рассказывает заведующий отделом андрологии и репродукции человека ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России, сертифицированный специалист по проведению клинических испытаний международного уровня, доктор медицинских наук Евгений Александрович Ефремов.



Евгений Александрович, вы работаете в сфере репродукции человека не первый год и можете говорить о проблеме на самом серьезном уровне. Какова, на ваш взгляд, сегодня основная причина распространенности мужского бесплодия?

Выделить что-то одно, наиболее вредное, вряд ли возможно. В основном, это факторы, связанные со средой и образом жизни. Сложная экологическая обстановка, стресс, вредные привычки (прежде всего, курение и алкоголь) — все это сказывается на мужской репродуктивной способности не лучшим образом. Сюда же нужно ■

относить генетические факторы, влияние которых, к сожалению, растет с каждым годом: наследственные заболевания и хромосомные отклонения. Свою долю проблем приносят низкий, как правило, у горожан, уровень подвижности, неправильный формат питания. Отсюда проблемы с сосудами, венами, осложняющие ситуацию... К сожалению, еще очень часто мы ставим диагноз «идиопатическое бесплодие», когда определить причину невозможно вообще. Чаще всего за ним стоит сложное сочетание разных факторов, иногда самых неожиданных.

При подозрении на такой диагноз куда мужчина должен идти и что, в первую очередь, делать?

Для начала, не один мужчина, а пара. Бесплодие лечится только так: вместе с партнершей. Даже если уже установлено какое-то отклонение со стороны мужчины, это не отменяет вероятности того, что проблемы найдутся у обоих в паре. Женщины редко идут со своими трудностями к урологам, но, занимаясь бесплодием, их мы тоже должны учитывать.

Что делать мужчине? Обратиться к урологу. Сдать спермограмму. В лаборатории изучается состав материала. Кроме того, иногда так можно увидеть признаки сопутствующих заболеваний: ряд болезней отражается на формуле эякулята. Дальше – обязательно УЗИ

мочеполовой системы. И третий очень важный пункт – анализы на ЗППП. Заболевания, передающиеся половым путем редко становятся непосредственной причиной бесплодия, но отмечено косвенное влияние, основанное, например, на уменьшении подвижности сперматозоидов.

Для начальной диагностики этих исследований должно быть достаточно, а дальше – по обстоятельствам – исследование генетики пациента, влияние свободных радикалов и так далее. Как правило, верно подобранный алгоритм диагностики и лечения значительно повышает шансы на восстановление репродуктивной функции.

Как вы смотрите на возможность применения различных лекарственных комплексов, предназначенных для повышения фертильности?

Если речь идет о препаратах, ориентированных на общую поддержку организма – обычно это комплексы витаминов и полезных микроэлементов – то почему нет? Хорошо апробированный препарат такого рода, как минимум, не повредит. Иногда терапия бесплодия затягивается на достаточно длительный срок. Пока продолжается лечение или обследование, пациент вполне может принимать такой комплекс по назначению врача. Будучи правильно подобран, он обеспечит поступление необходимых веществ, что иногда



может повысить шансы на благополучный исход комплексного лечения. Но в любом случае нужно очень внимательно относиться к качеству такого препарата. В последнее время их предлагается довольно много, но предпочтение нужно отдавать, конечно, только тем, что исследованы в достаточной мере.

Вы сами принимали участие в таких исследованиях?

Принимал и неоднократно. Сфера репродукции человека – то чем, я активно занимаюсь как исследователь и как врач около пятнадцати лет, естественно, мне приходилось рассматривать подобные препараты и делать выводы об их эффективности, в том числе, на собственном опыте.

Сегодня набирают популярность комплексы, основанные на повышенном содержании L-карнитина и витамина E, такие как, например, «Спематон», что вы можете сказать по их поводу?

Мне известны результаты клинического исследования того же «Спематона», там, насколько я помню, изначально участвовали мужчины из проблемных пар. Они принимали препарат раз в день до еды, три месяца, и были получены достаточно хорошие результаты. Прием Спематона позво-

ляет повысить мужскую фертильность, улучшая функциональное состояние мужской репродуктивной системы: улучшает качественные и количественные показатели спермограммы (улучшает морфологию сперматозоидов, увеличивает их подвижность, концентрацию и объем эякулята).

А как насчет безопасности приема? Были ли какие-то заметные побочные реакции?

Насколько я знаю, все прошло замечательно, без выявленных побочных реакций. Вы понимаете, компоненты, входящие в состав препарата, сами по себе, можно сказать, дружелюбны к человеческому организму. L-карнитин, которого там содержится довольно высокий процент – это вещество, которое организмом вырабатывается и само по себе. Он не накапливается, излишек просто выводится из организма, его даже маленьким детям назначают для укрепления. Витамин E там нет в таком количестве, чтобы вызвать какие-то нарушения, если не принимать его еще как-то дополнительно, все будет в порядке. Еще там содержится цинк – он вообще необходим для поддержания мужской репродуктивной функции, для нормального функционирования простаты. На практике гораздо чаще приходится сталкиваться с его дефицитом, чем наоборот. Так что я просто не вижу, что там может ■

**На сайте UroEdu.ru проводится курс дистанционного образования по теме "Мужское бесплодие. Несколько граней одной проблемы".
Участие бесплатное. Требуется регистрация на сайте.**



вызывать беспокойство, разве что в каких-то очень специфических случаях, тут нужно обсуждать с пациентом индивидуально.

Тщательно проведенное исследование – это всегда хорошо, но какие удалось получить, так сказать, практические результаты? Наступили беременности по окончании приема?

Да, после лечения наступило несколько беременностей, то есть, чуть больше 20% из общего числа пациентов после трех месяцев приема. Это достаточно заметный результат. Что до клинических показателей, то по прошествии периода лечения индуцируемость сперматозоидов у 92% участников исследования возросла в среднем в 3,5 раза. Это означает значительное повышение способности сперматозоида проникнуть через оболочку яйцеклетки.

С учетом озвученных вами данных, могли бы вы рекомендовать этот препарат своим пациентам?

Нужно понимать, что при диагностированном бесплодии необходимо комплексное лечение, как правило, одним комплексом полезных веществ тут не обойдешься. Но как препарат первой линии терапии «Спематон», на мой взгляд, вполне адекватен и может оказать во многом необходимую поддержку организму.

Помимо непосредственно врачебных рекомендаций, какие советы вы могли бы дать пациентам, столкнувшимся с проблемой бесплодия?

Следить за своим здоровьем, доверять друг другу и не отчаиваться. Методы лечения совершенствуются с каждым годом, за последние 10 лет количество диагностированных случаев идиопатического бесплодия сократилось почти вдвое, я думаю, эта тенденция сохранится. Для наших пациентов это обнадеживающая новость, не так ли? ■

Интервью подготовила
В.А. Шадеркина



ДЛЯ ТЕХ, КТО ПЛАНИРУЕТ РЕБЕНКА

SPEMATON
СПЕМАТОН

PREGNOTON
ПРЕГНОТОН

✓ **Спематон – комбинированный препарат для повышения мужской фертильности.**

- Улучшает функциональное состояние мужской репродуктивной системы¹:
 - увеличивает подвижность сперматозоидов,
 - повышает концентрацию сперматозоидов в семенной жидкости,
 - улучшает морфологию сперматозоидов,
 - увеличивает объем эякулята.
- Восполняет недостаток витамина Е и цинка.
- Не вызывает аллергических реакций и других побочных явлений.

✓ **Прегнотон – препарат для прегравидарной подготовки.**

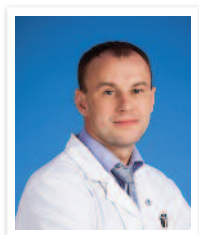


¹ Жуков О.Б., Евдокимов В.В., Жуков А.А., Шугушева Л.Х., Брагина Е.Е. Новая стратегия профессионального медицинского сопровождения супружеской пары при бесплодии // Андрология и генитальная хирургия. – 2013. – Июнь. – № 2.



БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ.

Задержанная эякуляция - редкий диагноз



М.Н. Коршунов
врач уролог, к.м.н.,
ассистент кафедры
клинической
андрологии ФПКМР
РУДН



Е.С. Коршунова
врач уролог, к.м.н.,
старший научный
сотрудник НПЦ
Психоневрологии

Задержанная эякуляция (ЗЭ) – форма сексуальных нарушений, характеризующаяся постоянными или периодическими задержками, или отсутствием эякуляции и оргазма на фоне нормальной фазы полового возбуждения и сохранный эрекции (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994). Всемирная организация здравоохранения расширила определение, дополнив вышеуказанные симптомы расстройствами психоэмоционального характера (тревога, депрессия и т.п.)

Ретардатная (задержанная) эякуляция является одной из наименее изученных форм сексуальной дисфункции и относится к расстройствам оргазма у мужчин. С начала развития сексуальной медицины. ЗЭ рассматривалась, как редко выявляемая патология в клинической практике. По данным мировых исследований этот показатель составляет не более 3-х процентов. Так, W. Masters и V. Johnson сообщают о 17 случаях в своей практике. Н. Kaplan зафиксировал около 50 наблюдений, Arpfelbaum В. описал 34 пациента с ЗЭ. Отмечено, что частота развития данного патологического состояния прямо пропорциональна возрасту мужчины.

К сожалению, нет четких критериев, определяющих ЗЭ. Учитывая, что большинство сексуально активных мужчин способны к эякуляции в среднем через 4 – 10 минут после интромиссии, можно предположить, что у мужчин с задержкой семяизвержения этот период растягивается до 25 и более минут. Диагноз правомерен во всех случаях, когда пациент жалуется на слишком затянутые половые акты, вызывающие чувства истощения, раздражения, нередко приводящие к отказу от сексуальной жизни.

Несмотря на низкую распространенность, подобная аномалия приводит к резкому снижению качества половой жизни мужчины, неизбежно приводя к формированию комплексов, ощущению



собственной неполноценности. Следствием являются утрата доверия и ухудшение взаимоотношений между партнерами. Кроме того, женщина часто становится заложницей проблемы, так как задержанный оргазм у партнера или отсутствие его в принципе нередко ассоциируется с дефицитом симпатии к партнерше или ее асексуальностью. В ряде случаев ЗЭ приводит к неспособности пары зачать ребенка и семейным разрывам. Такое состояние проблемы делает ее актуальной и требует понимания этиологических и патофизиологических механизмов нарушения эякуляции.

Этиология предполагает органические (биогенные) и психогенные механизмы развития ЗЭ. Органические причины можно разделить на неврологические, анатомические (в т. ч. аномалии развития). В ряде случаев, ЗЭ может входить в клиническую картину соматических заболеваний или же быть следствием побочных эффектов медикаментов.

Неврологическими причинами являются: повреждения спинного мозга, рассеянный склероз, декомпенсированный сахарный диабет, радикальная простатэктомия, симпатэктомия, парааортальная лимфаденэктомия.

Анатомические изменения, вызывающие ЗЭ, могут возникнуть после ТУР простаты или инцизии шейки мочевого пузыря.

К типичным органическим факторам

относятся аномалии развития половой системы: киста Мюллерова протока, аномалия Вольфова протока с компрессией *vas deferens*, синдром *Prune belly*.

Заболевания щитовидной железы (гипотиреоз и гипогонадизм) также могут вызвать ЗЭ. К инфекционным причинам относят уретрит, мочеполовой туберкулез, шистозомоз.

Широкий спектр препаратов, таких как альфа-метилдофа, ингибиторы обратного захвата серотонина, трициклические антидепрессанты, нейролептики, альфа-симпатолитики, тиазидные диуретики, а также злоупотребление алкоголем, могут привести к ухудшению эякуляции, оказывая влияние на центральную и периферическую системы регуляции.

Характерной особенностью ЗЭ является корреляция с возрастом и, в ряде случаев, ассоциация с симптомами нижних мочевых путей (Rosen R, et al, 2003). Снижение пенильной чувствительности на фоне старения и андроген-дефицита также могут стать причиной ретардации семяизвержения.

Надо отметить, что значительная часть мужчин с ЗЭ не имеют явных признаков органической патологии.

Согласно классической психологической точки зрения, пожизненная ЗЭ может быть связана с фобическими состояниями, тревогой, враждебностью и сложными взаимоотношениями с противоположным полом. W. Masters и V. Johnson предположили, что в некоторых ■

случаях ЗЭ является следствием особенностей вероисповедания и ортодоксальными взглядами на сексуальные отношения.

Причины психологически индуцированных вторичных ЗЭ, как правило, связаны с провоцирующей эмоциональной травмой (измена партнера) или отсутствием адекватной сексуальной мотивации (неприемлемая техника секса или нарушение восприятия интимной стимуляции).

Waldinger M. и соавторы сформулировали динамическую нейробиологическую теорию возникновения нарушений эякуляции. Исследователи предполагают, что пожизненная ЗЭ, равно, как и раннее семяизвержение, считаются, в первую очередь, нейробиологическим вариантом половой конституции и нормальной изменчивости мужчины, что в ряде случаев может вторично привести к невротическим расстройствам.

Однако психологическое обоснование ЗЭ может иметь место в некоторых отдельных случаях. На сегодняшний день нет данных широкомасштабных контролируемых исследований, поддерживающих обобщения различных гипотез развития ЗЭ.

По мнению Riley A. и Williams W. термины расстройства эякуляции и оргазма не являются тождественными, в соответствии с современными представлениями о нейрофизиологических механизмах данных процессов.

В норме семяизвержение и оргазм

обычно происходят одновременно. И та и другая функция контролируется парасимпатической, симпатической и соматической нервной системой. Рефлекторная дуга акта эякуляции включает в себя чувствительные рецепторные области, афферентные проводящие пути, церебральные сенсорные регионы (ядра гипоталамуса, кора), пути эфферентной иннервации, центры спинного мозга (симпатический – уровень Th10 – L2, парасимпатический – S2 – S4) и периферические сплетения. Нейрохимический рефлекс представляет собой сложное взаимодействие центральных серотонин- и дофаминергических нейронов. Опосредованное участие в процессе принимают холинергическая, адренергическая, окситоцинергическая и ГАМК – нейромедиаторные системы.

Эякуляция состоит из трех этапов: эмиссия, выброс спермы и оргазм. Эмиссия обусловлена сокращениями семенных пузырьков и простаты с изгнанием спермы и семенной жидкости в задний отдел мочеиспускательного канала, что контролируется симпатическим центром. В свою очередь, проксимальная уретра является мощной рефлексогенной зоной. Раздражение этой области активирует парасимпатическую нервную систему. Выброс осуществляется пульсирующими сокращениям бульбокавернозных мышц и мышц тазового дна, сопровождающимися расслаблением наружного сфинктера уретры. Нервные волокна, кон-

тролирующие второй этап эякуляции, относятся как к парасимпатической, так и соматической нервной системе. Параллельно симпатический спинальный рефлекс обеспечивает закрытие шейки мочевого пузыря, что предотвращает заброс спермы в мочевой пузырь.

Оргазм же является результатом нейромедиаторных процессов в головном мозге в ответ на сенсорные сигналы, поступающие по срамному нерву. Импульсация опосредована повышением давления задней уретры, активацией рецепторов семенного бугорка и сокращениями мышц мочеполовой диафрагмы.

В контроле над эякуляцией участвуют многие медиаторы: дофамин, норэпинефрин, серотонин, ацетилхолин, окситоцин и оксид азота. Результаты исследований, проведенных с целью изучения роли центральной нервной системы в регуляции сексуальной функции, показали, что дофамин и серотонин являются доминантными нейромедиаторами. При этом дофамин способствует эякуляции, активируя D2-рецепторы (Hull EM et al, 1995).

Серотонинергические нейроны широко распространены в головном и спинном мозге и преимущественно располагаются в стволе мозга: ядрах шва и ретикулярной формации. В настоящее время известно несколько видов рецепторов серотонина: 5- гидрокситриптамина (5 – HT): 5 – HT1A, 5 – HT1B, 5 – HT2A, 5 – HT2B, HT2CB и др. (Peroutka S.J., Snyder S.H., 1979). Стимуляция 5-HT2C рецепторов приводит к задержке

эякуляции у самцов крыс, в то время как активация постсинаптических 5-HT1A Rc инициирует семяизвержение (Ahlenius S, Svensson, 1981). Это позволяет предположить, что у мужчин с ЗЭ может иметь место повышенная чувствительность рецепторов 5- HT2C или гипосенситивность рецепторов 5 – HT1A.

Georgiadis J. и Holstege G. в 2004 г. провели эксперимент, подчеркивающий роль центральной системы в регуляции акта семяизвержения. Группа состояла из здоровых мужчин – добровольцев, которым была поставлена задача достигнуть эякуляции во время проведения позитронно-эмиссионной томографии головного мозга (ПЭТ). Оргазма достигла только половина наблюдаемых. Было отмечено, что успешная эякуляции привела к заметному увеличению регионального мозгового кровотока в мезодиэнцефальной переходной зоне и мозжечке. Сравнение результатов ПЭТ у наблюдаемых показало, что в отсутствии семяизвержения наблюдается наибольшая кортикальная активность. В левой височной области и передней зоне мозжечка, которые отвечают за чувства бдительности и страха, были зафиксированы максимальные показатели. На основании эксперимента был сделан вывод, что высокий уровень активности в передней височной доли может привести к ЗЭ или анэякуляции. Несмотря на то, что добровольцы не испытывали проблем с семяизвержением в повседневной жизни, это исследование ■

предоставляет интересную информацию в понимании патогенеза ЗЭ, так как неудачные попытки в эксперименте могут имитировать реальные ситуации в сексуальной жизни (Georgiadis J.R., Holstege G., 2004).

По классификации ЗЭ может быть первичной (пожизненной) или носить вторичный характер (приобретенная). Оба типа в зависимости от частоты и условий возникновения, подразделяются на перманентную (постоянную) и временную (ситуационную).

Первичная ЗЭ возникает с момента начала половой жизни, в то время как при вторичной, мужчина имеет в сексуальном анамнезе эпизоды среднестатистически нормального времени наступления семяизвержения. Отсроченная эякуляция (постоянная) может иметь место во всех случаях половых отношений, независимо от партнерши или быть ограничена определенными условиями. Ситуационная ЗЭ может иметь клинические особенности. Например, мужчина не способен эякулировать интравагинально, но при этом может добиться семяизвержения путем мастурбации. В других случаях, может быть сохранена способность к эякуляции во время секса с одной конкретной женщиной, но попытки вступления в сексуальные отношения с другими партнершами оказываются неудачными. Иногда во время коитуса мужчине приходится использовать индивидуальные специфические методы стимуляции семяизвержения.

В отличие от первичной формы, мужчины с приобретенной ЗЭ чаще сохраняют

способность достигнуть оргазма путем мастурбации. Проведенные исследования свидетельствуют о том, что у данных индивидов высокая частота и своеобразный стиль мастурбации могут быть предикторами ЗЭ (Perelman M., 2005).

По аналогии с другими видами сексуальных дисфункций, мужчины с отсроченной эякуляцией имеют низкую частоту вступлений в половые связи, сексуальную неудовлетворенность, признаки депрессивных расстройств и фобии. Отличительной особенностью подобных пациентов является способность достигать и поддерживать эрекцию в течение длительного периода времени. Но, в отличие от сексуально здоровых мужчин, как правило, имеет место низкий уровень сексуального возбуждения (Rowland DL, Keeney C, 2004).

Обследование пациентов с ЗЭ начинается со сбора анамнеза с указанием на особенности сексуальной жизни, включая заполнение стандартных опросников. Далее проводится физикальный осмотр, инструментальные исследования, лабораторная диагностика с определением уровня гормонов крови.

Необходимо выяснить есть ли у пациента дети, и испытывает ли он проблемы с зачатием ребенка. Если мужчина испытывает трудности с эякуляцией, имеет небольшой объем спермы или отсутствие ее выделения, надо установить является проблема врожденной или приобретенной и исключить органическую природу. Важно понять, при каких условиях пациент способен к эякуляции. Например, во время

сна (поллюции), с помощью мастурбации, мануальной или оральной стимуляции со стороны партнерши. Нередко выявляется связь с позицией во время коитуса. Также необходимо уточнить психоэмоциональное состояние мужчины при половой близости, степень возбуждения, наличие сексуальной и личностной мотивации.

Немаловажную информацию дают вопросы о врожденных и приобретенных заболеваниях, травмах, стрессовых ситуа-

ной мочи. Микроскопическое и культуральное исследование секрета простаты позволяет выявить воспалительные процессы добавочных половых желез. Стандартом является ультразвуковое сканирование органов мошонки и половых желез. Дополнительные исследования включают электрофизиологическую оценку нейронных путей эякуляции: метод соматосенсорных и моторных вызванных потенциалов, тестирование сакральный реф-



циях. Необходимо исключить вероятные ятрогенные воздействия, такие как прием медикаментов, перенесенные операции, отношение к алкоголю. Нередко проблема уходит корнями в социальные и религиозные взгляды, что необходимо выявить до начала лечения.

Для исключения ретроградной эякуляции проводится анализ посторгазмен-

латорной дуги. Целесообразно направить больного на консультацию к неврологу, психиатру и, при необходимости, к эндокринологу.

Коррекция ЗЭ может включать образовательное консультирование, психосексуальную терапию, медикаментозное или интегрированное лечение в зависимости от этиологии. ■

Методом выбора в лечении психогенной отсроченной эякуляции является психотерапия. Медикаментозная терапия в данном случае недостаточно изучен и малоэффективна. Благотворное влияние сексотерапии зависит от тяжести ЗЭ и комплаентности больного к лечению.

Задачей является создание терапевтического альянса половых партнеров, учитывая индивидуальные особенности каждого из них. Необходимо снять перед пациентом и его партнершей клеймо «пожизненной проблемы», нормализовать климат личностных отношений, устранить патологическую тревогу и страх ожидания неудачи. Мастурбация на фоне интенсивной сексуальной стимуляции может способствовать индукции семяизвержения и оргазма у данной категории больных. Хотя некоторые культуры и религии запрещают подобные приемы, временные отступления от шаблонов допустимы, когда преодоление бесплодия в браке является целью лечения.

Сосудистые заболевания, нейропатии и послеоперационные осложнения, как правило, имеют необратимый характер. В данном случае пациенту необходимо рекомендовать альтернативные методы для достижения взаимного сексуального удовлетворения со своим партнером. Целью поведенческой терапии является создание благотворной интимной атмосферы. При этом рекомендуется уделять больше внимания совместному времяпровождению, свести к минимуму употребление алкоголя, заниматься сексом с

предварительной пролонгированной сексуальной стимуляцией (Waldinger MD, 2005).

В случае применения больным препаратов, вызывающих ЗЭ, необходимо скорректировать дозу или отменить лекарство. При этом требуется соблюдать междисциплинарный подход с привлечением соответствующих специалистов.

При выявлении дефицита андрогенов назначается заместительная терапия с использованием препаратов тестостерона (сустанон 250, небидо, андрогель и др.).

К сожалению, фармакотерапия имеет ограниченное значение в лечении ЗЭ. Большинство лекарственных средств, которые были потенциально определены для коррекции ЗЭ, имеют низкую эффективность и обладают выраженными побочными эффектами. В некоторых случаях медикаменты могут лишь косвенно влиять на акт эякуляции. В других случаях, терапия была использована в качестве противодействия ятрогенным эффектам препаратов, вызывающих ретардацию эякуляции или анэкуляцию.

Альфа-1-адреномиметики – имипрамин, эфедрин, псевдоэфедрин, мидокрин могут играть определенную роль в лечении ЗЭ, но вызывают значительные побочные эффекты: тахикардия, гипертензия, нервное возбуждение, тремор, нарушение сна, диспепсия. Это ограничивает их использование.

Антигистаминный препарат ципрогептадин, повышающий мозговой уровень серотонина, в ряде наблюдений индуцировал



эякуляцию при ятрогенной задержке, вызванной приемом СИОЗС. Однако его седативный эффект превышает ожидаемый терапевтический (Ashton K et al, 1997).

Амантадин является агонистом дофаминергических рецепторов и обладает центральным и периферическим механизмом действия. В экспериментах на крысах сообщается о его стимулирующем влиянии на сексуальное поведение (Ferraz M., 1995). Некоторые авторы описывают положительный эффект при приеме амантадина (100 мг) за 5-6 часов перед половым актом. Другие фармакологические средства, такие как йохимбин, буспиرون, апоморфин и окситоцин, в ряде наблюдений индуцировали семяизвержение. Но опыт их использования в основном носит экспериментальный и ограниченный характер. Отсутствует доказательная база не позволяющая их рекомендовать в лечении ЗЭ.

Методы физиотерапевтического воздействия, такие как вибро- и электро-стимуляция, а также специальная гимнастика, могут быть использованы отдельно или входить в состав комбинированной терапии (Delmonte M, Braidwood, 1980). Пенильная вибростимуляция может иметь успех, однако отсутствуют данные о пролонгированном эффекте данного воздействия. Транс-ректальная электростимуляция используется главным образом для получения эякулята у пациентов с нарушением функции тазовых органов. Данная процедура требует анестезиологического пособия ввиду своей болезненности,

что ограничивает ее использование в коррекции пожизненной ЗЭ.

Мужчины репродуктивного возраста, которым предстоит оперативное вмешательство с риском развития дисэякуляции, должны быть информированы о возможном риске развития экскреторной формы бесплодия. В данном случае рекомендуется криоконсервация спермы с последующим возможным ее использованием во вспомогательных репродуктивных технологиях.

Заключение

Семяизвержение и оргазм – физиологические процессы, опосредованные индивидуальными нейробиологическими и нейромедиаторными механизмами. ЗЭ имеют низкую распространенность в клинической практике и известна, как сексуальная проблема, поддающаяся лечению с большим трудом. В настоящее время наиболее эффективным методом коррекции пожизненной ЗЭ является психо- и секс-терапия. Благотворный эффект психотерапии зависит от тяжести ЗЭ и восприимчивости пациента в каждом конкретном случае. На сегодняшний день для лечения ЗЭ не существует фармакологических препаратов с доказанной высокой эффективностью действия. Дальнейшее изучение нейрофизиологических аспектов эякуляции имеет первостепенное значение для понимания тонких механизмов патогенеза отсроченного семяизвержения и формирования новых путей решения данной проблемы. ■

Олег Борисович Лоран: Больные не хотят жить с диагнозом «рак»

О проблеме распространенности рака предстательной железы, методах оперативного лечения, возможных осложнениях и путях борьбы с ними, а также возможностях для обучения молодых урологов рассказывает Заслуженный деятель науки РФ, член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор Олег Борисович Лоран.



Сегодня наш разговор будет посвящен теме рака предстательной железы. Насколько она сейчас актуальна в мире и в России?

В мире она актуальна уже много лет, поскольку рак предстательной железы

занимает второе место среди прочих локализаций злокачественных образований у мужчин. У нас в России она стала актуальной в последние годы. Прежде всего, потому, что появилась возможность выявления локализованных форм этого заболевания, благодаря реализации приказа № 50, изданного несколько лет тому назад департаментом здравоохранения Москвы. Согласно этому приказу все поликлиники, окружные и районные, при обращении пациентов старше 45 лет должны выполнять определенный объем исследований, направленных на раннюю диагностику заболеваний предстательной железы вообще и рака в частности. Это позволило повысить выявляемость локализованных форм с 49% до 60-65%. Увы, это касается только столичного региона – по России цифры остаются прежними. Есть еще возможности для повышения выявляемости ранних форм рака предстательной железы: в Европе этот показатель достигает 80%, а в Соединенных Штатах – 95-98%. В США наблюдается

менее 5% метастатического рака, у нас же, к сожалению, пациенты с местнораспространенными формами и с метастатическим раком встречаются примерно в 30-35% случаев.

Олег Борисович, как вы считаете, стала ли диагностика рака предстательной железы лучше в России за последние годы? С чем это связано?

Безусловно, она стала лучше с внедрением в рутинную практику определения простатоспецифического антигена и ультразвуковых методов диагностики. Кроме того, играет свою роль повышение так называемой онкологической настороженности урологов, которые не забывают выполнить ректальное исследование предстательной железы, а не отправляют больных сразу на какие-то лучевые методы диагностики. Все это способствовало улучшению диагностики РПЖ.

Скажите, пожалуйста, изменились ли какие-то подходы к диагностике РПЖ? Может быть, какие-то методы уже стали неактуальными, появились новые?

Мы стараемся придерживаться тех принципов, которые приняты во всем мире. Разработаны определенные если не стандарты, то протоколы обследования пациентов с подозрением на рак предстательной железы. Что касается

уточняющих методов, то сейчас, безусловно, сложно обойтись без МРТ. К сожалению, возможности для трансректальной МРТ существуют только в отдельных клиниках России. То же относится и к позитронно-эмиссионной томографии, у нас используется только глюкоза, а с холином ПЭТ/КТ она применяется только в отдельных центрах.

А какой вид биопсии используется в вашей клинике?

Трансректальная, от 12 до 18 точек. Реже применяем сатурационную, только при повторной биопсии, когда получаем какие-то дисплазии, типа мелкоацинарной. Несмотря на то, что это, в принципе, безопасная процедура, в определенном проценте, пусть и небольшом, трансректальная биопсия осложняется воспалительными процессами вплоть до развития сепсиса, об этом имеются сведения в литературе. Поэтому показания к биопсии должны быть четко определены.

Есть ли сейчас в России маркеры, которые при раке предстательной железы применяются столь же рутинно, как ПСА?

Насколько я знаю, в России таких маркеров нет. В свое время совместно с Институтом биохимии Баха, под патронажем Правительства Москвы, мы пытались разработать планшет маркеров ■

РПЖ – биологических, молекулярных, которые оказались бы более чувствительными и более специфичными, чем простатоспецифический антиген. Однако эта работа, к сожалению, прервалась по понятным причинам: из-за отсутствия финансирования. Это было еще в бытность Юрия Михайловича Лужкова мэром Москвы, и он, собственно говоря, инициировал и финансировал эту программу.

Скажите, пожалуйста, входили ли в этот планшет уринарные маркеры?

Нет, уринарные маркеры, к сожалению, широкого распространения в России не получили, так же, как РСА-3. По-видимому, из-за дороговизны этого исследования.

Кафедра урологии, которую вы возглавляете, наверное, обладает самым богатым опытом выполнения радикальных простатэктомий. В одном из своих выступлений в 2007 году вы сказали, что количество выполненных радикальных простатэктомий приближается к тысяче. Сколько РПЭ выполнено сейчас?

Сейчас нами выполнено более 1600 простатэктомий. В год у нас стабильно выполняется около 200-300 таких операций, несмотря на то, что плановых урологических коек у нас всего лишь 58, включая женские. У нас четыре операционных дня, практически каждый день выполняются одна, две, а то и че-

тыре простатэктомии. Причем оперируют пять хирургов, и я думаю, что в скором времени их будет больше.

Олег Борисович, в каком году впервые была выполнена радикальная простатэктомия в вашей клинике?

Более двадцати лет тому назад мной была выполнена позадилодная простатэктомия. Ну, это была еще та «старая» операция, как вы понимаете. Что меня удивило: через 18 лет, когда я вернулся в Боткинскую больницу, ко мне пришел этот первый пациент, он жив до сих пор, правда, у него тотальное недержание мочи, естественно. Я ему предложил имплантировать искусственный сфинктер мочевого пузыря, но он мне ответил, что все его друзья и знакомые уже давно умерли от рака предстательной железы, а он до сих пор жив, и его это устраивает.

Сколько лично вы выполнили радикальных простатэктомий?

Я не считал, но более 500, это уж определенно.

Какими способами в вашей клинике чаще всего выполняется радикальная простатэктомия?

Позадилодная простатэктомия. Я всегда считал, и не только я так считаю, что только та методика хороша, кото-

рая может быть тиражирована. Когда какая-то операция умирает или уходит вместе с хирургом, это плохо. У нас отработана методика позадилоной простатэктомии, а профессор Евгений Ибадович Велиев блестяще исполняет при определенных показаниях и условиях промежностную простатэктомию – всего их выполнено около 20-25. Это тщательно отобранная группа больных, хотя сегодня обязательным компонентом простатэктомии, и про-



межностной в том числе, является регионарная лимфаденэктомия. Если больные с локализованным раком имеют ожирение, у них затруднен и технически сложен позадилоный доступ, то тогда мы им выполняем промежностный доступ.

Выполняются ли лапароскопические РПЭ?

Лапароскопически мы начали оперировать РПЖ только в 2013 году.

Профессор Велиев прошел тренинг за рубежом по освоению этой методики. Вообще я считаю, что в клинике должны использоваться любые доступы для реализации задачи, в частности, радикального лечения рака предстательной железы.

Какие технические приемы вы считаете наиболее важными для получения хороших результатов: как онкологических, так и функциональных?

Все результаты зависят от стадии процесса. К сожалению, ошибки в стадировании рака предстательной железы – это беда не только нашей, отечественной, но и мировой урологии, и чаще всего мы имеем дело с более глубокими поражениями предстательной железы, когда речь идет о местно-распространенном раке. В этих ситуациях выполняется расширенная лимфаденэктомия с широким иссечением сосудисто-нервных пучков, то есть, в первую очередь мы стремимся к максимальному радикализму, к достижению надежных онкологических результатов.

Сегодня мы подводим итоги 10-15-летних результатов радикальных простатэктомий, и 15-летняя безрецидивная выживаемость у нас составляет 88,2%, это очень хороший показатель.

Если это локализованный рак, то очень важна апикулярная диссекция с сохранением сфинктера. И мы используем электрохирургию, но при ■

обработке апикальной части предстательной железы стараемся электроножницами не пользоваться, или работать в стороне от сфинктера, для того, чтобы обеспечить нормальное качество жизни в плане удержания мочи. При локализованных формах РПЖ у молодых мужчин с сохраненной эректильной функцией мы стараемся сохранить сосудисто-нервные пучки (СНП) либо билатерально, либо унилатерально. Наши данные по восстановлению и сохранению эректильной функции примерно совпадают с европейскими. Это далеко, конечно, не 100% и даже не 90%, как пишут. При билатеральном сохранении пучков ЭД присутствует у 70-75% пациентов максимум, при уни-

демонстрируя различные варианты протезов – жестких, полужестких. Задача пациента – сделать выбор в зависимости от своих, в том числе, финансовых возможностей.

Операции по фаллопротезированию проводятся бесплатно?

Они не входят в список операций, выполняемых бесплатно, так же, как в последние годы не входит в него имплантация искусственных сфинктеров мочевого пузыря. Было время, когда Андрей Петрович Сельцовский руководил департаментом здравоохранения Москвы, за счет средств Департамента нам закупили 30 с лишним сфинктеров,

Если сложить диаметр доступов при робот-ассистированной простатэктомии и длину разреза, которую мы выполняем при открытой простатэктомии, они совпадают. У нас разрезы семисантиметровые.

латеральном – примерно вполовину меньше. Далее эти пациенты проходят курс так называемой пенильной реабилитации с использованием либо ингибиторов фосфодиэстеразы пятого типа, либо интракавернозных инъекций. Подобные пациенты у нас находятся под постоянным мониторингом. Если же возникают проблемы с эректильной дисфункцией настолько, что требуется имплантация протезов, то мы это тоже делаем, объясняя больным и возможности протезирования, и осложнения,

и мы все их имплантировали. У нас, пожалуй, самый большой опыт в России по имплантации искусственных сфинктеров мочевого пузыря. Результаты, в том числе, отдаленные, и осложнения имплантации сфинктеров мы представили в Ванкувере на очередном конгрессе Международного общества урологов.

Скажите, пожалуйста, с какими осложнениями вы сталкиваетесь чаще всего после радикальной простатэктомии?

Это эректильная дисфункция, недержание мочи (НМ), лимфоцеле. Доля НМ при двустороннем нервосбережении не превышает 3%, но это, все-таки, серьезное осложнение, которое к счастью можно устранить.

Какие методы устранения недержания мочи после РПЭ используются в вашей клинике, кроме имплантации искусственного сфинктера? Применяются ли слинговые системы и если да, то какие?

«Аргус» не используем категорически, я вообще против имплантации этих регулируемых петель, Мы полу-

чали пациентов из других клиник с тяжелейшими осложнениями, с пролежнями, когда петля полностью оказывалась в промежности, и нам приходилось удалять эти петли, а это достаточно сложное оперативное вмешательство. Вот «Эдванс» – петля с нашей точки зрения очень удачная, ее идеология тоже весьма интересна, и при умеренно выраженном недержании, когда пациент теряет не более 300 миллилитров мочи, мы имплантируем эти петли с хорошими результатами. Но показания к ней достаточно ограничены. Если это тотальное недержание, то петли, в том числе и регулируемые, устанавливать нельзя, эффекта не будет. ■



Олег Борисович, какому пациенту вы можете отказать в выполнении радикальной простатэктомии?

Конечно, это, прежде всего, стадия, а затем соматический статус – ведь возраст большой роли не играет, если человек компенсирован соматически. Мы оперируем пациентов, которые приближаются к 80-летнему рубежу. Мы беседуем с пациентами, объясняем, предлагаем им различные варианты лечения – начиная от гормоно-лучевой терапии, брахитерапии, HIFU и заканчивая радикальной простатэктомией. Узнав, что больные считают для себя более приемлемым, мы с ними или соглашаемся, или рекомендуем им получить второе мнение. Но всегда с пациентом все эти вопросы обсуждаются и предлагаются различные варианты.

Видите ли Вы какие-то преимущества робот-ассистированных операций перед, допустим, хорошо и грамотно выполненной открытой операцией позадилоной или лапароскопическими операциями?

Мне трудно об этом судить, потому что у нас нет опыта в робот-ассистированных операциях. Судя по данным литературы, у робот-ассистированных простатэктомий есть определенные преимущества и недостатки, особенно на этапах освоения этого метода. В свое время при внедрении робот-ассистиро-

ванной простатэктомии в США онкологические результаты были хуже, чем при открытых позадилоновых радикальных простатэктомиях. Все зависит от того, насколько широко робототехника будет внедряться вообще в клиническую медицину, в хирургию, потому что сегодня стоимость роботов «Да Винчи», в разных странах разная. Профессор Дмитрий Юрьевич Пушкарь недавно сказал, что разрабатывается российский робот. Это будет здорово, но займет много времени.

Я вам скажу сакраментальную вещь. Если сложить диаметр доступов при робот-ассистированной простатэктомии и длину разреза, которую мы выполняем при открытой простатэктомии, они совпадают. У нас разрезы семисантиметровые.

Как вы относитесь к скринингу рака предстательной железы?

Данные разные – в США скрининг РПЖ никакого преимущества не показал, а по данным европейского исследования отмечено уменьшение смертности от рака предстательной железы почти на 30% за семь лет. В России таких данных нет, но приказ №50, о ранней диагностике заболеваний предстательной железы вообще и рака предстательной железы в частности, с моей точки зрения, очень полезная вещь. Я все-таки рекомендовал бы пациентам, достигшим 50-летнего возраста, знать

Нужно учиться. Учиться, потому, что существует такое понятие во всем мире как кривая обучения. Перепрыгнуть через кривую обучения, через годы, которые требуются для освоения этой достаточно сложной операции, невозможно, какими бы талантами и способностями люди ни обладали. Это давно известный закон в хирургии. Есть у кого учиться, было бы желание. Время самоучек прошло. Прежде всего, нужно думать о пациентах, а не о своем реноме.

уровень своего простатоспецифического антигена, потому что к нам приходят довольно серьезные люди, образованные, и когда их спрашиваешь о том, какой у них уровень ПСА, они даже не знают, что это такое. А это плохо.

Рекомендуете ли вы своим пациентам с клинически незначимым раком предстательной железы активное наблюдение? Приемлем ли вообще этот метод в России?

Тоже непростой вопрос, учитывая наш менталитет. Человек, услышав диагноз «рак», начинает очень беспокоиться, и понятно, почему. Но, тем не менее, в отдельных случаях мы используем и активное наблюдение. Ну, например, пациент 76-77-летнего возраста, имеющий клинически незначимый высокодифференцированный рак, поражение только в одном столбике менее 20%, отсутствие признаков инфравезикальной обструкции.

Зачем его оперировать? Такой рак удвоится через десять лет. Мы ему объясняем, что если будет подъем простатоспецифического антигена, то будем делать повторную биопсию, и уже по ее результатам будем дальше определять тактику. Но это исключительные, единичные случаи. В основном, конечно, пациенты настаивают на каком-то лечении, не обязательно это радикальная простатэктомия, это любой из методов лучевого воздействия. Но, тем не менее, жить с диагнозом «рак» пациенты не хотят, они хотят избавиться от него.

Олег Борисович, что бы вы пожелали молодым урологам, которые планируют заниматься радикальной простатэктомией и вообще онкоурологическими операциями?

Учиться. Учиться, потому что существует такое понятие во всем мире как кривая обучения. Например, когда я вернулся руководить кафедрой в ■

Боткинскую больницу, здесь не было радикальных простатэктомий. Я начал постепенно обучать своих сотрудников. Сегодня, как я уже говорил, пятеро хирургов в клинике выполняют радикальные простатэктомии.

Есть ли на кафедре сертификационные тематические курсы, на которые можно приехать? Все ли желающие могут приехать?

Да. К нам приезжают наши коллеги, которых интересует техника выполнения РПЭ. Формируются небольшие группы для того, чтобы можно было не только прочитать лекции, провести какие-то семинары, но и продемонстрировать живую хирургию. Мы можем демонстрировать операции в нашей аудитории в режиме онлайн, с двухсторонней аудиосвязью. Мы сделали несколько учебных фильмов по нервосберегающей простатэктомии, демонстрируем их нашим курсантам и отвечаем на все вопросы.

К сожалению, все беда в том, что у нас эти операции берутся исполнять неподготовленные врачи. Когда я учился, во времена «железного занавеса», у нашего поколения не было возможности куда-то поехать, поучиться, где-то посмотреть вживую радикальную простатэктомию. Я впервые увидел радикальную простатэктомию «живьем» в клинике Нью-Йоркского университета у Лепора в 1992 году. А

сегодня молодежь имеет возможность отправиться на любой тренинг в любую страну и посмотреть эту операцию. Но перепрыгнуть через кривую обучения, через годы, которые требуются для освоения этой достаточно сложной операции, невозможно, какими бы талантами и способностями люди ни обладали. Это давно известный закон в хирургии.

Какие сертификаты и документы должны быть у уролога, выполняющего РПЭ?

Во-первых, у него должен быть сертификат онколога. У всех моих сотрудников, которые выполняют эти операции, есть эти сертификаты, в том числе, у меня самого. А дальше он должен научиться выполнять РПЭ. Не обязательно ехать в Германию или США. В нашей стране он может приехать к нам, в Санкт-Петербург в клинику к Сергею Борисовичу Петрову, который блестяще оперирует, в Ростов-на-Дону к Михаилу Иосифовичу Когану, в Краснодар к Владимиру Леонидовичу Медведеву, который великолепно делает и открытые, и лапароскопические простатэктомии. Есть у кого учиться, было бы желание. Время самоучек прошло. Прежде всего, нужно думать о пациентах, а не о своем реноме. ■

*Интервью подготовила
В.А. Шадеркина*

УРОЛОГИЯ



Не терять ритм в профессии!
Не терять ритм в профессии!



Дистанционные образовательные курсы в урологии

UroEdu.ru

КУРСЫ ДИСТАНЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ

по теме «Ошибки диагностики и лечения инфекций МВП»

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

Организаторы курсов:

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

Регистрация на сайте UroEdu.ru открыта с **10.05.14 по 10.09.14 гг**
Начало курсов **10.05.14 г**

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



МОНУРАЛ®

ФОСФОМИЦИНА ТРОМЕТАМОЛ

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



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



ООО «Замбон Фарма»

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

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

КУРСЫ ДИСТАНЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Темы лекций:

1. Ошибки в лечении неосложненных ИМП. Разбор клинических случаев.

Преподаватель – д.м.н., профессор кафедры урологии и хирургической андрологии РМАПО Синякова Л.А.

2. Ошибки в диагностике рецидивирующих ИМП.

Преподаватель – д.м.н., профессор кафедры урологии и хирургической андрологии РМАПО Синякова Л.А.

3. Интерстициальный цистит. Дифференциальная диагностика дизурии у женщин.

Преподаватель – д.м.н., профессор кафедры урологии МГМСУ Зайцев А.В.

Правила для участников:

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

Монурель

Превидист

защита от цистита

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ



3 эффекта в одной таблетке

Экстракт клюквы 36 мг РАС (проантоцианидины)

Препятствует адгезии кишечной палочки к клеткам уротелия

1. Повреждает синтез фимбрий
2. Деформирует бактериальную клетку

Витамин С

3. Повышает сопротивляемость организма

1 таблетка в день:

- После курса антибактериальной терапии для поддержания достигнутого эффекта
- При часто рецидивирующих инфекциях мочевых путей
- Во время периодов наибольшей подверженности стрессовым ситуациям с возможным развитием инфекций мочевых путей

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Экстракт
клюквы
36 мг РАС
+
Витамин С



ОДИН РАЗ В ДЕНЬ

Zambon
1900

ООО «Замбон Фарма»

119002, Москва, Глазовский пер., д.7, офис 17
Тел.: +7 (495) 933-38-30/32 Факс: +7 (495) 933-38-31
e-mail: zambon@zambon.ru www.zambon.ru

МСКТ урография: как снизить лучевую нагрузку?



Н.К. Гаджиев
врач уролог, к.м.н.,
ВЦЭРМ им А.М. Никитина
МЧС России,
Санкт-Петербург

В последние годы МСКТ урография стала «золотым стандартом» диагностики гематурии, мочекаменной болезни и других заболеваний почек и мочевыводящих путей, заменив тем самым внутривенную урографию. Несмотря на все плюсы данного метода обследования, доза радиационного облучения при МСКТ урографии относительно велика по сравнению с обычной внутривенной урографией. Данный недостаток сподвиг врачей (урологов, радиологов) к созданию множества протоколов, способствующих снижению дозы облучения. Об одном из таких протоколов и пойдет речь в данной статье.

Историческая справка

Впервые внутривенная урография была введена в клиническую практику в 1920 г. Данный метод визуализации мочевыводящих путей в короткие сроки стал «золотым стандартом» обследования верхних мочевых путей. Изначально данный метод диагностики имел широкие показания к применению, начиная от боли в животе и гематурии, заканчивая простатизмом. Впоследствии показания к использованию в/в урографии значительно сократились. После появления ультразвукового исследования (УЗИ) и компьютерной томографии (КТ) роль данного ме-

тода обследования в клинической практике уролога стала постепенно снижаться, резкий спад использования в/в урографии приходится на 1999 г., когда для диагностики мочекаменной болезни начали использовать КТ.

Эволюция КТ

Изначально КТ эффективно применялась в диагностике новообразований почек, мочекаменной болезни, травм мочеполовых органов, инфекции верхних мочевыводящих путей и т.д. Тем не менее, до конца 1990-х, в связи с высоким пространственным разрешением для исследования уротелия мочевыво-

дящих путей широко применялась в/в урография. КТ урография стала возможна лишь после появления мульти-спиральных КТ, позволяющих получить тонкие срезы (около 1 мм) органов мочевой системы за короткий промежуток времени. Впоследствии появилась возможность получать планарные и 3D изображения, что позволило более точно понять расположение органов относительно друг друга.

Фазы МСКТ урографии

Существует 5 отдельных фаз, во время которых мочевыводящие пути могут быть визуализированы во время МСКТ. Остановимся на описании данных фаз немного подробнее.

Первая фаза, бесконтрастная, чрезвычайно важна для обнаружения камней в просвете мочевыводящих путей. Эта фаза так же выступает в роли нативного снимка, если планируется дальнейшее введение контрастного вещества (рис. 1а).



Рис. 1а: Бесконтрастная фаза

Во **второй фазе,** ранней артериальной, контрастное вещество преимущественно находится в артериальной системе (рис. 1б). Данная фаза важна для визуализации кровоснабжения почек. Помимо ранней артериальной фазы, патология почечных артерий так же хорошо выявляется в позднюю артериальную фазу.



Рис. 1б: Ранняя артериальная фаза
Стрелкой обозначена законтрастированная правая почечная артерия

В **третью фазу,** кортико-медуллярную, или, как ее еще называют, позднюю артериальную, значительное количество контрастного вещества накапливается в корковом веществе почки, в то время как мозговое вещество практически не содержит контрастного вещества (рис. 1в). Необходимость данной фазы в повседневной практике уролога является спорной. Но в редких случаях в данную фазу удастся выявить гиперваскуляризированные участки почечно-клеточного рака, которые могут быть пропущены в нефрогенную фазу. ■

Таким образом, поздняя артериальная фаза часто является необходимой составляющей онкоурологического МСКТ обследования.

Данная фаза обязательна у пациентов, обследующихся по поводу гематурии. Является неотъемлемой частью рутинного обследования.



Рис. 1в: Кортико-медуллярная фаза
Помимо коркового вещества почек данная фаза позволяет оценить также артериальную систему



Рис. 1д: Экскреторная фаза
Изображение, полученное через несколько минут после в/в введения контрастного вещества, позволяет выявить его присутствие в лоханке левой почки

Четвертая фаза, нефрогенная, является стандартом для изучения органов живота и малого таза (рис. 1г).



Рис. 1г: Нефрогенная фаза
В данную фазу корковое вещество и мозговое вещество почек являются изоденсными

Пятая фаза, экскреторная, позволяет оценить мочевыводящие пути (рис. 1д).

Хотя в большинстве клинических случаев не обязательно выполнение исследования во всех фазах, тем не менее, перед урологами и радиологами остается ряд практических проблем, таких как относительно высокая доза облучения пациента, большое количество изображений, требующих обработки и анализа. В дополнение, подобное исследование накладывает большую нагрузку на аппарат МСКТ, значительно снижая длительность работы рентгеновской трубки.

«Сплит-болус» протокол

В силу вышеописанных причин некоторые клиники ввели у себя модифи-

цированный вариант исследования почек и мочевыводящих путей с болюсным контрастированием, так называемый «сплит-болюс» протокол.

При данной модификации, так же как и в обычном исследовании, выполняется нативный снимок (бесконтрастная фаза). Затем внутривенно болюсно вводится 40 мл контрастного вещества, после чего, в течение 4-5 минут, пациент находится в покое. Через указанное время вводится оставшаяся доза контрастного вещества (110 мл). В последующем выполняется исследование в кортико-медуллярную и нефрогенную фазы, с учетом времени от введения основной дозы контрастного вещества.



Отличительной особенностью данного метода является то, что вместе с кортико-медуллярной и нефрогенной фазами мы так же получаем изображение экскреторной фазы, так как введенные ранее 40 мл контраста уже успевают пройти по собирательной системе почек. Таким образом, необходимость

выполнения исследования в экскреторную фазу отпадает, что снижает общую дозу облучения пациента.

Данное утверждение было подтверждено на примере исследования, проведенного I. Salmeron Beliz (2013г, DOI 10.1594/escr2013/C-0132), по результатам которого было выявлено, что эффективная доза при использовании «сплит-болюс» протокола была на 35% меньше, чем при использовании «стандартного протокола» (8 мЗв против 12.1 мЗв соответственно).*

**МСКТ урография включала только 3 фазы: бесконтрастную, нефрогенную и экскреторную.*

Заключение

Одним из серьезных недостатков МСКТ урографии является большая лучевая нагрузка на пациента. На сегодняшний день предложено множество различных способов для снижения дозы облучения. Один из таких способов – «сплит-болюс» протокол. Данный протокол позволяет не только снизить лучевую нагрузку на пациента без потери качества изображения, что подтверждено клиническими исследованиями, но так же облегчить работу рентгенолога путем уменьшения количества снимков, требующих интерпретации, и снизить нагрузку на рентгеновскую трубку, тем самым увеличивая срок ее эксплуатации. ■

Антивещество на медицинской службе



А.С. Паевский
Специальный корреспондент
«Дайджеста урологии»

Помните ли вы главную интригу произведения Дэна Брауна "Ангелы и демоны"? В этом романе/фильме из ЦЕРНа украли крошечное количество антивещества и угрожали взорвать его. Действительно, при взаимодействии антивещества, состоящего из позитронов, антипротонов и антинейтронов, с обычным веществом происходит аннигиляция – все превращается в излучение, с выделением колоссального количества энергии



Ведь по знаменитой формуле Эйнштейна $E=mc^2$, при аннигиляции вся масса целиком превращается в энергию, а так как скорость света – огромная величина, а в формуле она находится в квадрате, энергии получается очень много. К примеру, аннигиляция 0,7 грамма антивещества будет равна по выделившейся энергии взрыву атомной бомбы над Хиросимой.

Но ведь события в "Ангелах и демонах" – это вымысел? Тем не менее, именно этот самый процесс – аннигиляция вещества и антивещества – не только исследуется физиками-ядерщиками, но и применяется на практике. С этим явлением может столкнуться любой из нас. Где? В медицинском центре, во время диагностической процедуры по сравнительно новому методу. Этот метод называется позитронно-эмиссионная томография. Или ПЭТ.

Как это работает?

Другое название позитронно-эмиссионной томографии – двухфотонная эмиссионная томография. Почему двухфотонная? Всему свое время.

Разумеется, никакого антивещества до исследования нигде в аппарате нет, однако оно возникает во время исследования. Как? Это очень интересная схема. Для начала давайте вспомним, какие варианты бывают у радиоактивности. Со школьной скамьи мы помним, что бывает альфа-, бета -и гамма-излучение. Альфа-распад – это распад с образованием ядер гелия (альфа-частиц), гамма-

распад происходит с выделением фотонов очень высокой энергии (гамма-кванты). Бета-распад происходит с образованием электрона. Бета-лучи – это и есть электроны. Но бывает и бета-распад с образованием античастицы электрона – позитрона (бета-плюс распад). При нем протон в ядре атома превращается в нейтрон, позитрон и нейтрино. Вот этот-то процесс и используется в ПЭТ.

Препараты для ПЭТ

Процесс позитронно-эмиссионной томографии состоит из нескольких этапов, при этом само исследование в томографе – это только одна из составляющих исследования.

Для начала нужно получить то, что называют радиофармпрепаратом (РФП). Это органическое физиологически активное вещество (чаще всего – глюкоза, холин или метионин), в котором один из атомов замещен на изотоп с коротким периодом полураспада, распадающийся по бета-плюс схеме. Среди используемых изотопов – углерод-11, азот-13, кислород-15, фтор-18. Эти атомы распадаются очень быстро (период полураспада от 2 до 110 минут) и поэтому через короткое время радиация исчезает. Чаще всего используют фтор-18, он живет дольше всех, и достаточно удобен для транспортировки от места производства изотопа до места исследования. ■



Два фотона

Перед томографией пациенту вводят этот радиофармпрепарат. Поскольку препарат обладает физиологической активностью, он концентрируется в нужном участке организма и помещается в томограф. Образовавшиеся в результате бета-распада позитроны сразу же встречаются электроны в соседних атомах и аннигилируют с ними, превращаясь в пару очень энергичных фотонов, которые вылетают из тела и фиксируются датчиками томографа (их делают из силиката редкоземельного металла лютеция). Поскольку фотонов два, по их траектории можно установить точку, откуда они вылетели. Таким образом, по интенсивности потока этих фотонов, можно узнать, где собралось больше всего радиофармпрепарата.

Зачем это нужно?

Что же может дать метод ПЭТ для диагностики? В применении к урологии, например, позитронно-эмиссионная томография дает возможность отыскать метастазы рака простаты – модифицированный изотопом фтора холин концентрируется именно в раковых клетках. Для неврологов же ПЭТ – уникальный прибор, который показывает, какие области мозга активны в данный момент. Для этого используют модифицированную глюкозу.

Нужно обязательно отметить, что ПЭТ совершенно безопасна, несмотря на использование радиоактивных меток. Концентрация препарата столь низка и он так быстро распадается, что лучевая нагрузка на организм много ниже допустимой. Если считать дозы облучения, то ПЭТ не опаснее флюорограммы.

Выше мы назвали ПЭТ сравнительно новым методом. Это отчасти так, особенно для России. Однако в виде концепции столь сложная технология появилась еще в 1950-х годах. Эта томографическая техника была разработана американцем армянского происхождения Майклом Тер-Погосяном. Первый ПЭТ-сканер заработал еще в 1961 году – более полувека назад! Конечно, потребовались долгие годы, чтобы довести метод до его нынешнего совершенства – как в области технического оснащения, так и в области компьютерной обработки данных.

А если совместить?

Сам по себе ПЭТ дает только интенсивности излучения – без привязки к органам конкретного человека. Изначально приходилось соотносить эти данные с данными других томографий либо ультразвуковых исследований, однако казалось логичным сделать прибор, который позволял бы получать все томограммы одновременно. Первым таким устройством стали сканеры ПЭТ-

КТ, поскольку компьютерная томография сравнительно проста технологически (но только сравнительно!). Первый экспериментальный сканер ПЭТ-КТ появился в медицинском центре Университета Питтсбурга еще в 1998 году, три года спустя появилась первая коммерческая установка, а к 2004 году было продано уже 400 систем по всему миру. Есть установки ПЭТ-КТ и в России, и не только в Москве.



Но и на ПЭТ-КТ инженерно-медицинская мысль не остановилась. На настоящий момент в Медицинском центре Горы Синай в США и в университетском госпитале в Женеве стоят первые в мире томографы ПЭТ-МРТ. Они применяются в онкологии, кардиологии и нев-

рологии. Помимо более точной визуализации МРТ (особенно в области головного мозга), ПЭТ-МРТ отличается от ПЭТ-КТ еще и меньшим количеством лучевой нагрузки, которой подвергается пациент: ведь в ПЭТ-КТ к ионизирующему излучению, возникающему при позитронном бета-распаде добавляется приличная доза рентгена.

Так что антивещество – это не сказка. Оно помогает врачам диагностировать болезни и лучше узнавать то, как работает самая сложная на Земле система – человеческий организм.

Когда верстался номер Первый в Сибири ПЭТ-центр будет построен в Томске

3 апреля в рамках форума молодых ученых U-NOVUS администрация Томской области, проектная компания «Роснано» «ПЭТ-технолоджи» и Корпорация развития Томской области подписали соглашение о строительстве в Томске ПЭТ-центра. Согласно документу, «ПЭТ-технолоджи» приступает к строительству Центра позитронно-эмиссионной томографии в Томске и обязуется сдать его в эксплуатацию до конца 2016 года.

Региональные власти обязуются обеспечить медицинский объект ранней диагностики онкологических заболеваний доступом к инженерной и транспортной инфраструктуре. Томский ПЭТ-центр будет первым в Сибири. ■

Уважаемые коллеги!

18 сентября 2014 года состоится
мастер-класс с международным участием
**«ЛЕЧЕНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ:
ХИРУРГИЯ ИЛИ ТЕРАПИЯ?»**

Организаторы:

1. ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России
2. МОО «Интернет форум урологов»



Техническая поддержка:

1. Uroweb.ru
2. Uro.ru
3. Uro.TV
4. Издательский дом «УроМедиа»



Программа:

- операция «Имплантация эндофаллопротеза AMS-700LGX»
- операция «Имплантация эндофаллопротеза AMS-ambicor»
- операция «Имплантация эндофаллопротеза AMS-spectra»
- операция «Микрохирургическая реваскуляризация полового члена по Virag»
- доклад «Заместительная гормональная терапия при ЭД»
- доклад «ИФД-5 в лечении эректильной дисфункции»
- доклад «Лечение ЭД у кардиологических пациентов»
- доклад «Эндоваскулярные технологии в лечении эректильной дисфункции»
- доклад «Реваскуляризация полового члена»
- доклад «Применение клеточных технологий в лечении ЭД»

Планируется трансляция из операционных в зал и прямая он-лайн трансляция на сайте Uro.TV. Предварительная регистрация на UroWeb.ru.

Место проведения: ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России
Москва, улица Живописная, д. 46.

Приглашаем к участию!!!

5 ПРИЧИН, ЧТОБЫ ПАЦИЕНТ ДОВЕРЯЛ ИМЕННО ВАМ

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

Сиалис® 5 мг – одно решение двух проблем

Lilly

Применение гиалуроновой кислоты после трансуретральных эндоскопических операций по поводу ДГПЖ

Тенденция к старению населения России приводит к увеличению лиц пожилого и старческого возраста, изменению уровня и структуры заболеваемости населения. При этом на долю доброкачественной гиперплазии предстательной железы приходится более 40% от числа всех заболеваний мужчин в возрасте старше 50 лет. Лечение ДГПЖ у 65-70% пациентов проводится хирургическим методом, а трансуретральная резекция (ТУР) является общепризнанным стандартом в оперативном лечении доброкачественной гиперплазии простаты. Согласно данным Европейской ассоциации урологов, на долю ТУР простаты в настоящее время приходится примерно 95% всех операций, выполняемых у больных ДГПЖ.

Взгляд на дизурию после ТУР

ТУР предстательной железы имеет целый ряд осложнений, которые выявляются у 20-67% оперированных больных. Эти осложнения подразделяются на интраоперационные, ранние и поздние послеоперационные. Наиболее частым осложнением позднего послеоперационного периода после ТУР простаты является сохранение ирритативной симптоматики, которая встречается у 10-20% больных. Основными причинами ирритативных расстройств мочеиспускания являются системное нарушение микроциркуля-

ции и обострение воспалительного процесса в предстательной железе в послеоперационном периоде. Все это в дальнейшем служит причиной развития патологического рубцового процесса в шейке мочевого пузыря – склероза шейки мочевого пузыря. С целью лечения и профилактики этих осложнений кроме стандартной антибиотикотерапии в послеоперационном периоде рекомендовано применение α -адреноблокаторов, ректальных свечей с нестероидными противовоспалительными составляющими, препаратов улучшающих трофику и микроциркуляцию тканей.

Есть мнение, что дизурические явления в послеоперационном периоде связаны также и с наличием раневой эпителизирующей поверхности в области ложа аденомы. При выполнении ТУР простаты используются два электрохирургических эффекта – резание и коагуляция. Раневая поверхность после электрорезекции остается покрытой термально поврежденным слоем тканей. По сути дела, в шейке мочевого пузыря и ложе аденомы, простатическом отделе уретры образуется ожоговая поверхность. Течение послеоперационного раневого процесса в ложе аденомы аналогично заживлению инфицированной ожоговой раны в условиях механического, химического и биологического действия на рану инфицированной мочи. В процессе заживления раны поврежденные ткани в виде струпа отторгаются, на их место со стороны слизистой мочевого пузыря и уретры нарастает уротелий. Сроки очищения раневой поверхности и покрытия ее уротелием по данным литературы варьируемы: от 1-3 мес до 6-18 мес., что требует дальнейшего изучения.

Процесс заживления ран складывается из 3 стадий:

1. Фаза воспаления, делящаяся на период сосудистых изменений и период очищения раны от некротических тканей
2. Фаза регенерации, образования и созревания грануляционной ткани
3. Фаза дифференцировки и эпителизации.

Сущность фазы регенерации заключается в выполнении раневого дефекта вновь образующейся грануляционной тканью. Отличительной особенностью грануляционной ткани является интенсивное образование сложных полисахаридов – гликозаминогликанов, которые имеют основное значение в заживлении ран. Источником образования гликозаминогликанов в соединительной ткани являются в основном фибробласты, которые в свою очередь образуются из недифференцированных мезенхимальных клеток, находящихся в тканях раневой поверхности, и из гематогенных элементов (лимфоциты и моноциты) раневого инфильтрата. Фибробласты синтезируют мукополисахариды – гиалуроновую кислоту и хондроитинсульфат. Основное функциональное значение их в процессе заживления раны заключается в организации фиброзной сети, контроле темпа биосинтеза коллагена и стабилизации коллагеновых волокон. Процесс заживления находится в прямой зависимости от способности тканей в области раны синтезировать мукополисахариды. Мукополисахариды расходуются в процессе коллагеноза, содержание их уменьшается по мере формирования коллагеновых волокон. Поэтому местное применение препаратов гиалуроновой кислоты патогенетически обосновано и будет ускорять регенерацию, заживление и эпителизацию тканей.

Известно также, что переходный эпителий мочевого пузыря (уротелий) ■

вырабатывает и выделяет на поверхность клеток мукополисахаридную субстанцию (гликозаминогликаны), которая образует тонкий защитный слой, препятствующий проникновению в стенку мочевого пузыря воды, различных факторов мочи и бактерий. Этот слой является одним из факторов защиты мочевого пузыря, он препятствует прикреплению патогенных бактерий к уропатогенным клеткам, обволакивает попавшие микроорганизмы и способствует их элиминации при мочеиспускании.

Оперативное лечение, воспалительные изменения в мочевом пузыре и ложе аденомы, гормональный дисбаланс у мужчин пожилого возраста приводит к нарушению защитного слоя уротелия. Применение препаратов гиалуроновой кислоты и в этом случае также будет патогенетически обосновано для восстановления защитного слоя стенки мочевого пузыря, уретры. Возникающий вязкоэластический протектор или буфер между уротелием и просветом мочевого пузыря будет способствовать уменьшению раздражающего действия мочи и ее компонентов на послеоперационную раневую поверхность и приводить к снижению дизурических явлений.

Таким образом, применение гиалуроновой кислоты в послеоперационном периоде после ТУР простаты по поводу ДГПЖ имеет две точки приложения – это ускорение процессов созревания

соединительной ткани и эпителизации ложа аденомы, а также восстановление разрушенного гликозаминогликанового слоя шейки мочевого пузыря, простатического отдела уретры. Все это приводит к снижению дизурических явлений и вероятно в дальнейшем может привести к уменьшению поздних послеоперационных осложнений, таких как склероз шейки мочевого пузыря, стриктура уретры, недержание мочи.

Устранить дизурию = восстановить уротелий

В настоящее время на российском фармацевтическом рынке существует зарегистрированный препарат гиалуроновой кислоты Уро-Гиал – стерильный, апирогенный, прозрачный, упруговязкий буферизованный физиологический раствор гиалуроната натрия неживотного происхождения. Уро-Гиал применяется в урологии для лечения хронического рецидивирующего и интерстициального цистита, лучевого цистита, синдрома болезненного мочевого пузыря. Изучение действия гиалуроновой кислоты в послеоперационном периоде на процессы эпителизации и заживления ложа аденомы, уменьшения дизурических явлений, снижения послеоперационных осложнений не проводилось, что и послужило поводом написать данную работу и поделиться своими результатами.

В урологическом центре НУЗ ДКБ на ст. Горький ОАО «РЖД», Н.Новгород урологи Д.А.Сорокин, Ф.А.Севрюков, О.Ю.Малинина и Д.Г. Зорин располагают опытом лечения 35 больных, которым в послеоперационном периоде после выполнения трансуретральных эндоскопических операций по поводу ДГПЖ производилось внутривезикулярное введение Уро-Гиала. Вид оперативного вмешательства зависел от объема предстательной железы. При объеме простаты до 80 см³ выполнялась биполярная трансуретральная резекция простаты (ТУР), а при объеме простаты более 80 см³ выполнялась биполярная трансуретральная энуклеация простаты (ТУЭБ). В исследовании ТУР простаты была выполнена у 17 больных с объемом простаты от 54 до 70 см³ (в среднем 62,2 см³) и ТУЭБ простаты выполнена у 18 больных с объемом простаты от 80 до 160 см³ (в среднем 114,7 см³). В первой группе больных (ТУР простаты) у 5 пациентов были камни мочевого пузыря, и выполнение ТУР простаты сочеталось с цистолитотрипсией, у 4 пациентов предварительно была установлена цистостома по поводу острой задержки мочеиспускания, у 13 пациентов имелась остаточная моча от 10 до 274 мл (в среднем 106,4 мл). Во второй группе больных (ТУЭБ простаты) 2 пациентов были с цистостомами, у 3 пациентов имели камни в мочевом пузыре и им одновременно проводилась цистолит-

тотрипсия, у 16 пациентов имелась остаточная моча от 15 до 358 мл (в среднем 149,5 мл).

Каждому больному в послеоперационном периоде было выполнено 6 инстилляций гиалуроновой кислоты (Уро-Гиала). Первые две инстилляции выполнялись в дозе 20 мг (25 мл) на 2-3 и 4-5 сутки после операции, когда больной еще находился в стационаре. В дальнейшем инстилляции Уро-Гиала проводились амбулаторно 1 раз в неделю в течение 4 недель в дозе 40 мг (50 мл). Время экспозиции препарата в мочевом пузыре было 1,5-2 часа. Оценку эффективности лечения планируется проводить путем проведения комплексного урологического обследования, включающего в себя физикальные, лабораторные, ультразвуковые, эндоскопические, уродинамические, морфологические методы обследования, а также анкетирование (система суммарной оценки симптомов IPSS, шкала оценки качества жизни QoL) через 1, 3, 6, 12 месяцев после операции в сравнении с больными, не получавшими в послеоперационном периоде инстилляций гиалуроновой кислоты.

Результаты лечения: эффективность и переносимость

Переносимость препарата была хорошей, ни один больной не отказался от проводимого лечения. После удаления ■

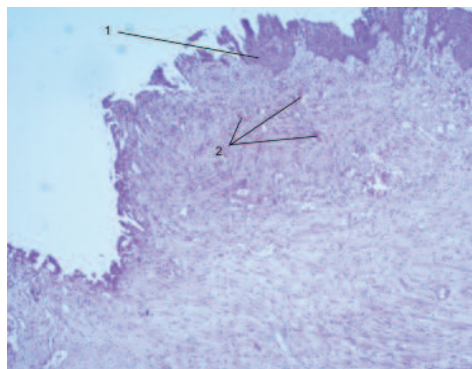


Рис. 1. Биоптат ложа аденомы больного К. через 6 недель после операции ТУР простаты и применения Уро-Гиала в послеоперационном периоде. Окраска – гематоксилин и эозин; $\times 100$.

Стрелками обозначены:

1- эпителизованная поверхность

2- образовавшиеся мелкие сосуды в грануляционной ткани

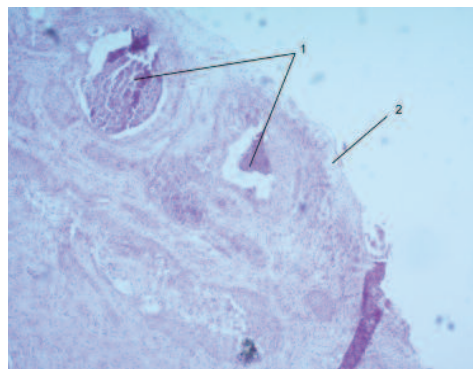


Рис.2. Биоптат ложа аденомы больного М. через 6 нед. после операции ТУР простаты. Окраска гематоксилин и эозин: $\times 100$.

Стрелками обозначены:

1- железа Брунна

2- грануляционная ткань, эпителизации нет

уретрального катетера (3-5 сутки) и восстановления самостоятельного мочеиспускания дизурические явления были минимальные. Из осложнений следует отметить возникновение острого эпидидимита у одного больного при введении препарата на амбулаторном этапе в конце курса лечения, которое было купировано традиционными методами антибактериальной и противовоспалительной терапии. Сроки наблюдения за этими 35 больными составляют 3-6 мес., каких либо других поздних осложнений пока не наблюдалось.

После окончания курса введения Уро-Гиала (через 6 недель после операции) у 13 больных (у 6 пациентов из 1 группы и у 7 пациентов из 2 группы) была выполнена цистоскопия и ТУР-биопсия участков из ложа аденомы. У

всех больных определялась полная эпителизация поверхности, переходный эпителий покрывал поверхность взятого фрагмента ложа аденомы, в строме определяются участки неоангиогенеза с большим количеством тесно расположенных мелких сосудов (рисунок 1).

В то же время была изучена эпителизация ложа аденомы у 8 больных, которым не проводилось введение Уро-Гиала в послеоперационном периоде. Им также была выполнена цистоскопия с ТУР-биопсией в разные сроки после операции:

- у 4 больных через 1,5 мес. после операции
- у 3 больных через 2 мес. после операции
- у 1 больного через 3 мес. после операции

Гистологически полная эпителизация

УРО-ГИАЛ

Эффективный препарат для внутрипузырной терапии

Показания:

- ❖ Хронический бактериальный рецидивирующий цистит
- ❖ Лучевой цистит
- ❖ Интерстициальный цистит
- ❖ Синдром болезненного мочевого пузыря (цисталгия)

Эффекты:

- ❖ Восстановление гликозаминогликанового (защитного) слоя мочевого пузыря
- ❖ Антибактериальное действие (*E. coli*, *P. aeruginosa*)
- ❖ Противовоспалительное действие (блокада действия противовоспалительных цитокинов)



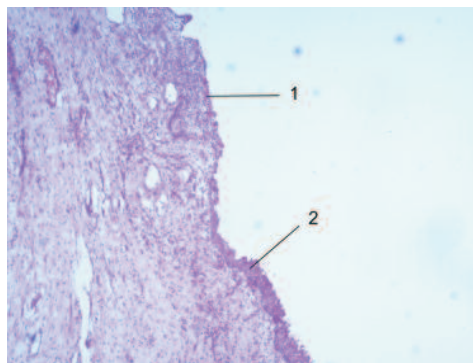


Рис.3. Гистологический срез ложа аденомы больного Ф. через 4 мес. после ТУР простаты и радикальной простатэктомии. Окраска гематоксилином и эозином; $\times 100$. Стрелками обозначены:

1- эпителизирующаяся поверхность с выраженной грануляционной тканью и множеством мелких образовавшихся сосудов;

2- законченная эпителизация.

не была выявлена ни в одном случае. Поверхность фрагментов (биоптатов) была представлена грануляционной тканью, иногда с массивными некрозами и лимфолейкоцитарной инфильтрацией, реорганизацией эпителиального пласта с формированием гнезд Брунна. Признаков эпителизации нет (рисунок 2).

В одном случае пациенту была выполнена биполярная ТУР простаты. Гистологически была выявлена аденокарцинома. Через 4 мес. после ТУР пациенту была выполнена радикальная простатэктомия. Гистологически полностью изучена вся пузырная часть ложа аденомы. Эпителизация представлена многослойным плоским эпителием и незначительной частью атрофичным уротелием на 90% пузырной поверхности препарата (рисунок 3).

Многообещающие результаты

Применение гиалуроновой кислоты (Уро-Гиала) значительно ускоряет процессы эпителизации ложа аденомы в послеоперационном периоде. По нашим данным полная эпителизация ложа аденомы происходит не ранее чем через 4 мес. после эндоскопических операций по поводу ДГПЖ. Применяя внутрипузырное введение Уро-Гиала уже через 1,5 мес. Быстрая эпителизация ложа аденомы, восстановление гликозаминогликанового слоя шейки мочевого пузыря и простатического отдела уретры приводит к снижению дизурических явлений, ирритативной симптоматики, и в конечном итоге способствует уменьшению поздних послеоперационных осложнений. Хорошие результаты достигнуты и при осложнении течения ДГПЖ наличием камней в мочевом пузыре, острой задержкой мочеиспускания, наличием цистостомы. У данных пациентов уже в предоперационном периоде имеет место инфицирование нижних мочевыводящих путей, у них высока вероятность развития послеоперационных осложнений (геморрагических, инфекционно-воспалительных, склеротических). Этим пациентам наиболее показано введение Уро-Гиала в послеоперационном периоде с целью снижения количества осложнений. ■

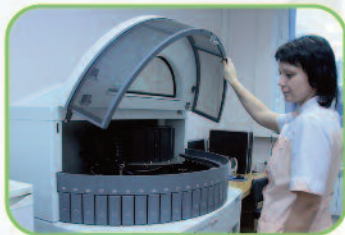
Материал подготовила
В.А. Шадеркина

Наши ВОЗМОЖНОСТИ

Лаборатория патологической анатомии



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



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



Иммуногистохимические методы

Цель:

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

Методы молекулярно-генетических исследований

Цель:

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

Перспективы лаборатории

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

Редкое клиническое наблюдение – органоидная тератома обеих почек

В почках и верхних мочевыводящих путях тератомы встречаются крайне редко. К ним относятся эпидермоиды и дермоидные кисты. Иногда встречаются более сложно устроенные органоидные тератомы почек.

Кроме кист, выстланных многослойным плоским эпителием, они могут содержать железистые структуры, элементы нервной системы, мышечную, фиброзную и костную ткань. Среди больных могут быть люди различного возраста.

Мы наблюдали случай тератомы обеих почек содержащие эндометрий и ткань яичника.

Приводим клиническое наблюдение.

Больная С., 35 лет находилась на лечении в урологическом отделении Ульяновской Областной клинической больницы (ГУЗ УОКБ) с 04.01.2010г. по 06.05.2010г., с жалобами лихорадку, ознобы, тупые постоянные боли в поясничной области с обеих сторон, слабость, сухость во рту, жажду, отсутствие аппетита, снижение диуреза.

Больна с июля 2009 г., когда впервые выявлены высокие показатели азотистых шлаков. В декабре 2009 г. резкое ухудшение состояния, после чего больная госпитализирована в Центральную районную больницу. Затем ввиду прогрессирующего ухудшения состояния доставлена в ГУЗ УОКБ с диагнозом:

Аномалия развития почек. Поликистоз почек. Нагноение кист обеих почек. Хронический пиелонефрит, обострение. Хроническая болезнь почек V стадии. Артериальная гипертензия.

Объективно состояние больной тяжелое. Кожный покров бледный. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, артериальное давление 190/94 мм рт. ст., пульс 89 ударов в одну минуту. Живот симметричный, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в проекции обеих почек. Почки пальпируются с обеих сторон, бугристые, болезненные при пальпации. Выраженная олигурия.

По данным ультразвукового исследования печень с ровным контуром, не увеличена в размерах: правая доля 149 мм, левая доля 56 мм, структура среднезернистая. Портальная вена не расширена. Желчный пузырь без патологических изменений. Поджелудочная железа и селезенка не увеличена. Правая почка типично расположена, подвижна при дыхании, 149 × 78 мм,

представлена кистами различной локализации, наибольшие до 75 мм, содержимое кист неоднородное, остаточная паренхима не определяется, чашечно-лоханочная система не расширена. Левая почка типично расположена, подвижна при дыхании, 129 × 61 мм, паренхима до 4 мм, на слои не дифференцируется, в средней трети двухкамерная киста 56 мм, чашечно-лоханочная система не расширена. Надпочечники не лоцируются.

Согласно лабораторным исследованиям общий анализ крови: гемоглобин 93 г/л, эритроциты $2,95 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $16,5 \times 10^9$ /л, СОЭ 63 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет желтый, реакция щелочная, мутная, удельный вес 1000, белок 14 г/л, лейкоциты – большое количество в поле зрения, эритроциты 5–7 в поле зрения, бактерии ++. Биохимические показатели крови: креатинин 838 мкмоль/л, мочевина 36,8 ммоль/л, общий билирубин 17,2 мкмоль/л, прямой билирубин 1,5 мкмоль/л, глюкоза 6,8 ммоль/л, АЧТВ 35 сек, протромбин 74%, тромбиновое время 19 сек, МНО 1,08, фибриноген 2886 г/л, этаноловая проба отрицательная. Бактериологическое исследование мочи: кишечная палочка 108/ КОЕ, чувствительная к амикацину.

С целью коррекции состояния больной проведена интенсивная терапия, включая несколько сеансов острого гемодиализа, после чего 21.01.2010 г. выполнена нефрэктомия справа. После обработки операционного поля выпол-

нен люмботомный доступ справа. Почка в рубцовых втяжениях, больших размеров. Отмечаются множественные спайки с окружающей клетчаткой. У нижнего полюса почки выделен мочеточник, перевязан и пересечен. Почка тупо и остро выделена из окружающих тканей, на почечную ножку наложен зажим, после чего выполнена нефрэктомия. Культи почечной ножки перевязана викриловыми лигатурами 3/0. Выполнена проверка на гемостаз и дренирование забрюшинного пространства. Операционная рана послойно ушита. Макропрепарат: крупнобугристая серо-красная почка 12,0/7,0/5,5 см, на разрезе представлена множественными кистами, с прозрачным содержимым желтого цвета, диаметр кист от 5,0 до 1,5 см, паренхима почки как таковая не определяется. Микропрепарат №1116 от 22.01.2010 г: в кистозно измененной почке, местами встречаются участки ■

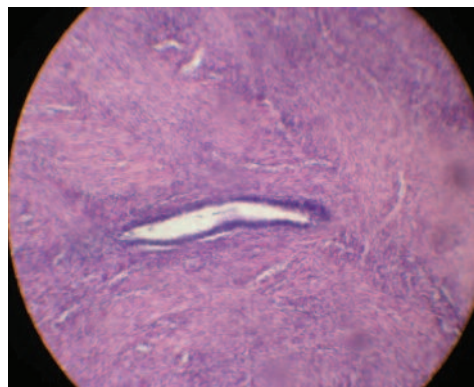


Рис.1. Срез почечной ткани. Стрелкой указана железа эндометриального типа. Микрофото, 1:200. Окраска гематоксилином и эозином.

видоизмененной почечной ткани, а также эндометрий с включением желез эндометриального типа (рис.1), кроме того в утолщенной стенке мочеточника гомогенные оксифильные включения белого тела яичника (рис.2) и эндометриальные маточные структуры.

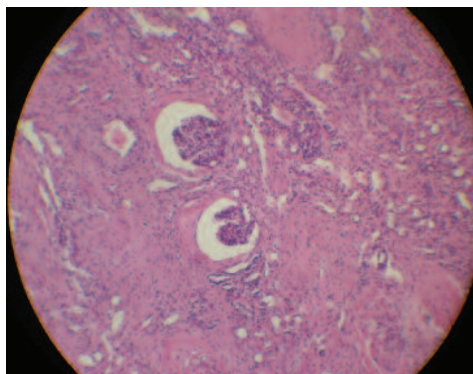


Рис.2. Срез мочеточника. Стрелкой указаны белые тела яичника. Микрофото, 1:200. Окраска гематоксилином и эозином.

23.03.10 г. Выполнена нефрэктомия слева. После обработки операционного поля осуществлен доступ в забрюшинное пространство слева. Левая почка, малоподвижна, интимно спаяна с окружающими тканями. У нижнего полюса левой почки выделен мочеточник, перевязан и пересечен. Тупо и остро левая почка мобилизована, на сосудистую ножку наложен зажим, после чего выполнена нефрэктомия. Культи сосудистой ножки перевязана викрилом 3/0. Выполнена проверка на гемостаз и дренирование забрюшинного пространства. Операционная рана послойно ушита.

Макропрепарат: почка с клетчаткой 11,0/7,0/5,0 см. По периферии остатки паренхимы почки желто-серого цвета. Чашечно-лоханочная система гладкая, бледно-серая. Микропрепарат №6808 от 24.03.2010 г.: в кистозно измененной почке в неравномерно утолщенных стенках кист видны участки видоизмененной почечной ткани и участки ткани эндометрия (рис.3). В подслизистом слое лоханки имеются участки эктопированной ткани яичника.

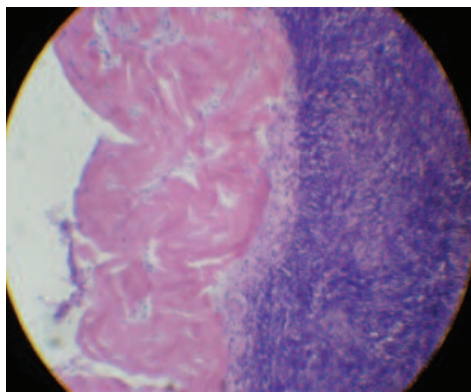


Рис.3. Срез почечной ткани. Стрелкой показана ткань эндометрия. Микрофото, 1:200. Окраска гематоксилином и эозином.

Приведенное наблюдение представляет интерес, как патология, редко встречающаяся в урологической практике. ■

Материал подготовлен

Н.Ф. Беляков, С.М. Каманцева,
С.В. Зубенин, В.Н. Герасимов, Н.И. Фролов,
О.А. Фролов, А.Н. Пыдин,
Е.Н. Малянков, Р.Е. Корнилов
ГУЗ Ульяновская Областная
клиническая больница

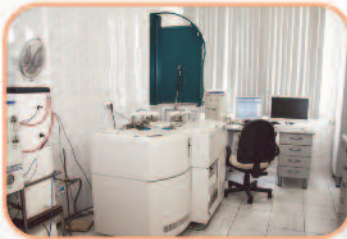
Наши ВОЗМОЖНОСТИ

Биохимическая лаборатория НИИ урологии



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

- диагностическая панель биохимических тестов (мочи и крови пациентов) для диагностики видов литогенных нарушений, рекомендованная Европейским обществом урологов (Guidelance on Urolithiasis, 2012-2013, EUA);
- точный анализ минерального состава мочевых камней у пациентов - с помощью современного инфракрасного спектрофотометра (Nicolet iS10, США) со встроенной библиотекой спектров. На основании полученных данных проводится целенаправленное противорецидивное лечение МКБ, ее эффективная метафилактика.



Онкоурология:

- Определение онкомаркеров рака предстательной железы (PSA, хромогранин А)
- Определение онкомаркеров рака мочевого пузыря (BTA, UBC, NMP22, CYFRA 21.1).



Трансплантология:

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

Перспективы: дальнейшее совершенствование методов диагностики урологических заболеваний.

Тканевая инженерия в урологии: уже не будущее



И. В. Красняк
специальный
корреспондент
«Дайджеста урологии»

Одна из самых актуальных сегодня биотехнологий – тканевая инженерия – постепенно переходит из лабораторий в урологическую практику. Специальная литература подробно рассматривает различные пути образования трансплантируемых тканевых лоскутов в пробирке, а также регенеративные процессы для интеграции трансплантатов и биоматериалов в организме человека.

За последние 20 лет в тканевой инженерии наметился переход от идеалистических прогнозов к более взвешенной точке зрения. В недавнем обзоре группа немецких ученых под руководством Карла-Дитриха Зиверта отметила широкие перспективы влияния тканевой инженерии на лечение урологических болезней в ближайшем будущем. Однако те же авторы подчеркивают необходимость решения огромного количества этических и правовых вопросов, связанных с созданием и клиническим применением новой биомедицинской технологии.

Прогресс в этой области подтверждается рядом достижений в развитии селективных сред и определении маркеров, необходимых для выделения и характеристики конкретных типов

клеток (клетки-предшественники, размножающиеся или дифференцированные клетки). Важные инновации достигнуты в области разработки и характеристики природных и синтетических биоматериалов, которые могут быть использованы в качестве компонентов клеточного каркаса. Тем не менее, **основная проблема заключается в объединении этих технологий для достижения конечной цели – нормального функционирования имплантируемых тканей.** Сложность освоения конкретных программ дифференциации, координации многоклеточного взаимодействия, достижения васкуляризации и иннервации означает, что наиболее важным становится понимание течения регенеративных процессов реципиента.



Однако пока нельзя еще утверждать, что лечение с использованием тканеинженерных технологий превосходит традиционную терапию. Как и при любом новом методе лечения, начальные исследования и даже достижения должны рассматриваться с некоторой осторожностью. Повлиять на результаты может и тот факт, что пациенты, которым было проведено лечение с использованием тканеинженерных технологий, возможно, уже проходили терапию первой линии с безуспешными результатами. Однако, в условиях отсутствия данных о его преимуществах, новый метод лечения может стать терапией спасения там, где другие методы не помогли.

Создание трансплантата

Фактический состав трансплантата варьируется в зависимости от функциональных характеристик тканей и предполагаемой стратегии их введения пациенту.

Так например, трансплантат, который сразу после имплантации будет выполнять структурную роль, должен находиться в более зрелом виде, чем те, которые начнут функционировать поэтапно. Такой подход соответствует клиническим требованиям, а именно, способности к разложению биологическим путем любого компонента клеточ-

ного каркаса, а также возможности предварительной обработки ткани в биореакторе.

В конечном счете, функция ткани будет зависеть от способности трансплантата быть (или стать) физиологически и функционально эквивалентным собственным здоровым тканям человека. Чрезвычайно важно принимать во внимание любые патологические состояния организма реципиента, которые могут негативно сказаться на формировании здоровой функциональной ткани из аутогенных клеток или повлиять на микроокружение, к которому добавили трансплантат, в естественных условиях.

Клеточный каркас и структурная поддержка клеток

Клеточный каркас может рассматриваться как тканеспецифичная часть среды, окружающая ткань, предназначенная для поддержки роста клеток и механической опоры тканевой структуры.

Первый подход к формированию структурной поддержки заключается в использовании *природного бесклеточного матрикса*, который может обеспечить образование идеального клеточного каркаса, особенно при использовании его ортотопически (трансплантат пересаживается в его нормальное

анатомическое положение). Например, бесклеточный матрикс, полученный из стенки мочевого пузыря свиньи, сохраняет основные структурные и механические свойства нативной ткани. В качестве потенциальной альтернативы бесклеточному матриксу мочевого пузыря и подслизистой тонкой кишки предлагаются другие клеточные каркасы, в том числе амнион, но большинство из них пока не протестировано для применения в урологии.

Реконструкция мочевого пузыря

Несколько недавних работ обострили интерес к применению бесклеточного матрикса мочевого пузыря и подслизистой тонкой кишки в реконструкции мочевого пузыря. Несмотря на некоторый успех в применении бесклеточного матрикса, в большинстве случаев приходилось ограничиваться малыми трансплантатами в экспериментальных моделях с отсутствием патологии. В начальных исследованиях сообщалось, что использование коллагена из матрикса подслизистой мочевого пузыря в реконструкции уретры дает 85% успеха. Однако в рандомизированном контролируемом исследовании было показано, что для успешного применения бесклеточного матрикса нужна здоровая подлежащая ткань. В противном случае он будет работать

хуже, чем слизистая оболочки щеки при лечении стриктуры уретры. Хотя бесклеточный матрикс рассматривается как «естественный материал», следует иметь в виду, что формирование ткани из матрикса детерминировано и не является нормальным процессом развития или восстановления.

Синтетические клеточные каркасы

Воспроизводимость синтетических клеточных каркасов в настоящее время исследуется. Многие потенциальные клеточные каркасы были опробованы, но возможность определить критические свойства биоматериала на основе конкретных приложений тканевой инженерии и понимания механизма взаимодействия клеток с клеточными каркасами все еще находится в зачаточном состоянии. Кроме биосовместимости и иммунологической толерантности к основному веществу и продуктам его распада необходимо учитывать другие физические свойства (топографию, особенности поверхности, механические свойства и структуру), которые могут повлиять на клеточный ответ.

Хотя некоторые сообщения свидетельствуют о том, что свойства биоматериала, такие как биосовместимость, диаметр волокна и его ориентация, а также модуль упругости, могут быть важными модуляторами роста клеток и



формирования фенотипа, недавние исследования показали, что абсорбция сыворотки на поверхности биоматериала может маскировать другие специфические эффекты.

Снабжение клеток питательными веществами

Появление возможности развить из культивируемых клеток трехмерную тканевую модель привело к необходимости преодолеть свойства диффузии *in vitro*. Технология биореактора стала узкопрофильным направлением развития основного транспортного раствора, но очевидно, что проблемы могут возникнуть при создании естественного запаса питательных веществ в транспланте. Доктор Эрве Бомер и его французские коллеги рассмотрели возможность использования сальникового биореактора для создания нового мочеочника: выбранная модель размещалась внутрибрюшинно и была завернута («упакована») в сальник для улуч-

шения васкуляризации.

Эта стратегия является самой перспективной, так как приводит к улучшению клеточной конфигурации и хорошей васкуляризации многослойного, терминально дифференцированного трансплантата.

Имплантация коллагеновой губки, васкуляризация которой была инициирована упаковкой из сальника, взятого у свиней, показала хорошее прорастание уротелиальных и гладкомышечных клеток. Сальниковая упаковка также играет важную роль в развитии аутогенного генно-инженерного новообразованного мочевого пузыря. В настоящее время идет поиск альтернативных подходов. Среди них – совмещение клеточных каркасов с факторами роста, что может способствовать росту клеток и васкуляризации; модификация клеток для продуцирования факторов роста (фактор роста сосудистого эндотелия). Ученые считают, что результаты генетической модификации клетки должны быть рассмотрены на предмет ■

Первые клинические испытания трансплантатов из стволовых клеток. В августе 2014 года начались первые в истории клинические испытания трансплантатов гортани, созданных из основы, полученной удалением клеток из донорского органа подходящего размера и стволовых клеток пациента. Команду исследователей возглавляет Мартин Бирчелл из Бристольского университета в Великобритании.

возможного образования опухолей в отдаленных периодах.

Успехи клеточной инженерии. Применение в урологии

Ранее предполагалось, что единственной целью тканевой инженерии является хирургическая имплантация полностью функционирующего органа. Однако следует помнить, что эта область также включает в себя введение дифференцированных или мультипотентных клеток для стимуляции, регенерации или увеличения объема ткани. Опубликованные материалы позволяют предположить, что клиническое улучшение в 90% случаев сохраняется на протяжении 12 месяцев. Согласно наиболее перспективным данным, 90% от группы пациентов с недержанием мочи могут достигнуть исцеления. При этом измеряемые параметры, такие как максимальное уретральное давление закрытия, могут быть улучшены после инъекции стволовых клеток.

В литературе опубликованы результаты гистологических исследований для генераций мышечных клеток, полученных путем введения клональных миобластов свиньи. Рандомизированное контролируемое исследование, сравнившее результаты введения аутогенных стволовых клеток и обычное

введение объемобразующего вещества, показало, что первая методика является более успешной. Однако группа испытателей признала необходимость многоцентровых исследований, прежде чем такое лечение можно будет использовать в качестве стандарта.

Подход с применением клеточной инженерии, который был назван комплексной цистопластикой, предлагается для решения проблем, возникших при энтероцистопластике. В этом случае васкуляризированная, иннервируемая и функциональная гладкомышечная часть ткани суррогатного хозяина включается в новообразованный мочевого пузырь, но суррогатный эпителий замещается в пробирке генерацией аутогенного уротелия мочевого пузыря, который лучше подходит для работы в качестве мочевого барьера.

Доказательством эффективности этого способа была демонстрация модели увеличенного мочевого пузыря свиньи с использованием гладкомышечного сегмента, полученного из матки. При этом авторы предположили, что результат мог оказаться лучше в случае применения дифференцированного, функционального уротелиального барьера. Недавние работы той же группы ученых показали, что размножающиеся *in-vitro* уротелиальные клетки человека и свиньи могут индуцировать формирование диффе-

ренцированного мочевого барьера; в настоящее время ожидаются результаты дальнейшей хирургической работы.

В недавнем докладе австрийского уролога Удо Нагеле и его соавторов сообщалось, что вместо цистоскопической биопсии уротелиальная клеточная культура может быть получена менее

вать и регенерировать в течение срока службы трансплантата.

Уретра

В настоящее время в мире имеется опыт регенерации уретры путем имплантации матрикса для стимулирования процессов восстановления. Группа



инвазивным методом – промыванием мочевого пузыря. Очень важен строгий контроль над качеством исходных клеток, гарантирующий, что новые ткани будут способны функциониро-

ванхайских ученых продемонстрировала на модели кролика, что для восстановления ткани может быть использован коллаген бесклеточного матрикса мочевого пузыря. Результаты были ■

улучшены при первоначальном заполнении матрикса аутогенными эпидермальными клетками крайней плоти, которые исчезли через 6 месяцев после пересадки. Рост и последующее кровоснабжение могут быть улучшены путем селекции клеток и добавлением факторов роста, таких как фактор роста эндотелия сосудов. К сожалению, ex-vivo попытки регенерации уретры до сих пор не увенчались успехом. Клинические исследования с использованием тканевой инженерии слизистой оболочки щеки показали, что некоторые надежды есть, однако, эксперименты сопряжены с серьезными трудностями. По итогам наблюдения за большой группой пациентов, которым для лечения стриктуры уретры была имплантирована подслизистая тонкой кишки, процедура оказалась успешной на 85%. Тем не менее, при оценке потенциальной результативности нового метода лечения необходимо сравнивать его с традиционными методами и тщательно рассматривать последствия выбранной стратегии.

Мочевой пузырь

Для выживания имплантата в естественных условиях на ранних стадиях необходимы его кровоснабжение и полное функционирование. Кроме того, гладкие мышцы должны быть иннерви-

рованы. Создание отобранной, совместно культивированной клеточной конструкции остается одной из основных целей исследований в этом направлении. Альтернативные методы, такие как трансплантат уротелия на питающей гладкомышечной ножке, еще не достигли стадии клинического применения. Вопрос о питании трансплантата, по-видимому, был решен путем его размещения внутри сальниковой упаковки (см. выше): трансплантаты, созданные таким образом, имеют хорошо дифференцированный, многослойный уротелий, а также демонстрируют лучшую вшиваемость и эластичность. Недостатком мочевого пузыря, созданного с помощью тканевой инженерии, проявляется в его функционировании. Над этой проблемой работает корейский доктор Мун Ду Гюн, который считает, что значительно улучшить сократительную и выделительную функции мочевого пузыря может предварительно подготовленная динамическая культура клеток.

Половой член

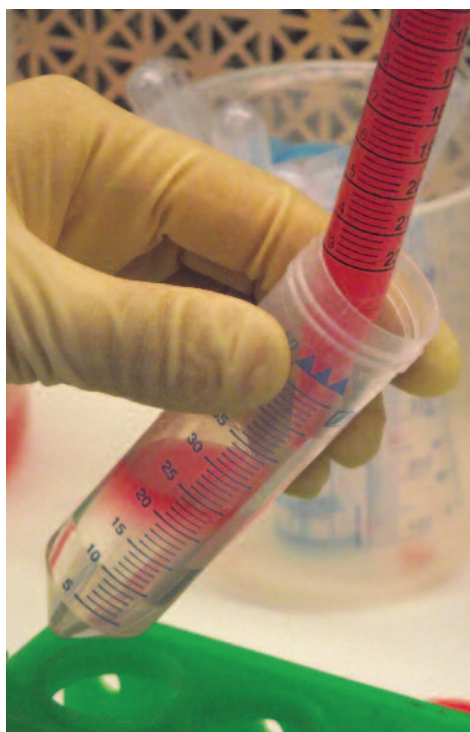
Тканевая инженерия имеет ряд возможностей в реконструктивной хирургии полового члена. Генерация трансплантатов из дермы мошонки показала хорошие перспективы в увеличении размера полового члена. Из 84-х про-

оперированных пациентов с медианой наблюдения в 24 месяца 81% оценили результат как «очень хороший» или «лучший, чем раньше». При болезни Пейрони в качестве трансплантируемых тканей возможно использование слизистой тонкой кишки, бычьего перикарда и подкожной вены, а также препаратов АллоДерм и Tutoratch™. В серии случаев лечения 162 пациентов, исследователи сообщили, что применение слизистой тонкой кишки и АллоДерма приводит к устойчивым клиническим результатам. Наряду со структурными перспективами возможность восстановления функции с помощью культивируемых эндотелиальных клеток была показана на животных моделях. Экспериментальная работа на крысах продемонстрировала возможность замены гладких мышц туловища путем дифференцирования мышечных стволовых клеток в гладкомышечные клетки.

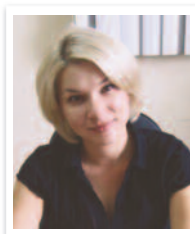
Выводы

Итак, несмотря на растущий интерес к этой увлекательной инновационной сфере и вкладываемые в нее инвестиции, широкое применение тканевой инженерии в медицине пока еще ограничено. Чтобы получить дополнительную информацию, необходимы обширные клинические исследования, которые

потребуют времени, развитой инфраструктуры и квалифицированной рабочей силы. Врачам и их союзникам придется пересмотреть клинические и этические вопросы применения тканевой инженерии, чтобы открыть дорогу для исследований, как это было сделано относительно использования стволовых клеток. Некоторые методы, такие как инъекции клеток, могут быть введены в клиническую практику довольно быстро. Тем не менее, разработка, производство и внедрение свободных трансплантатов остаются конечной целью. ■



Врач и его деньги: юридический взгляд



А.В. Бурак
юрист,
Ростов-на-Дону

Почти каждому из нас в какой-то момент трудовой биографии приходится отвлекаться от покорения карьерных высот и уделить внимание пошатнувшемуся здоровью. О правовых тонкостях выдачи больничных листов рассказывает юрист ООО «Ника» Анастасия Бурак.

Кто имеет право выдавать заключение о временной нетрудоспособности?

Выдача и продление листка нетрудоспособности осуществляется медицинским работником после осмотра гражданина и записи данных о состоянии его здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного, обосновывающей необходимость временного освобождения от работы.

Выдачей листов занимаются лица, имеющие в соответствии с законодательством Российской Федерации лицензию на медицинскую деятельность, включая услуги по экспертизе временной нетрудоспособности.

Таким образом, листок нетрудоспособности могут выдавать:

- лечащие врачи медицинских организаций;
- фельдшеры и зубные врачи медицинских организаций;

- лечащие врачи клиник научно-исследовательских учреждений (институтов), в том числе, клиник НИИ протезирования или протезостроения.

Не могут выдать листки нетрудоспособности медицинские работники:

- организаций скорой медицинской помощи;
 - организаций переливания крови;
 - приемных отделений больничных учреждений;
 - бальнеологических лечебниц и грязелечебниц;
 - медицинских организаций особого типа (центров медицинской профилактики, медицины катастроф, бюро судебно-медицинской экспертизы);
 - учреждений здравоохранения по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.
- Выдача листов нетрудоспособности осуществляется при предъявлении документа, удостоверяющего личность. В

случае, если гражданин на момент наступления временной нетрудоспособности, отпуска по беременности и родам занят у нескольких работодателей и в два предшествующие календарные года до выдачи листка нетрудоспособности был занят у тех же работодателей, выдается несколько листов нетрудоспособности по каждому месту работы.

Каким категориям граждан положен больничный?

Листок нетрудоспособности выда-

ется застрахованным лицам, являющимся гражданами Российской Федерации, а также постоянно или временно проживающим на территории РФ иностранным гражданам и лицам без гражданства, указанным в ФЗ от 29 декабря 2006 г. N 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», а именно:

- лицам, работающим по трудовым договорам;
- государственным гражданским служащим, муниципальным служащим; ■

Больничный лист нового образца

Новый бланк рассчитан на автоматическое заполнение и имеет улучшенную защиту от подделок

Важно! Все данные отныне вводятся печатными буквами, с помощью компьютера или вручную

Возможно дублирование информации в двумерном коде

Причина нетрудоспособности теперь тоже обозначается кодом

Повышенный уровень защиты
Новые водные знаки изображают логотип Фонда социального страхования

Введены поля, которые должен заполнять работодатель
Место работы, дата ее начала, страховой стаж, средний заработок и другие данные

Листок нетрудоспособности

Фамилия имя отчество

Дата рождения

Дата выдачи

Причина нетрудоспособности

С какого числа по какому числу

Приступить к работе

Выдан листок нетрудоспособности

Регистрационный номер

Место работы

Акт формы № 1

ФИО руководителя

ФИО главного бухгалтера

Код подчиненности

Дата назначения

Штрих-код

Вся обратная сторона отведена под справочную информацию - как заполнять больничный лист

Два больничных за один период
Если человек работает на двух работах, он имеет право оформить больничный дважды и получить причитающееся пособие и там, и там

Переход на безбумажную технологию
Предполагается, что в скором будущем врач будет заполнять больничный на компьютере и отправлять в ФСС в электронном виде

- лицам, замещающим государственные должности РФ, государственные должности субъекта Федерации, а также муниципальные должности, замещаемые на постоянной основе;

- членам производственного кооператива, принимающим личное трудовое участие в его деятельности;

- священнослужителям;

- адвокатам, индивидуальным предпринимателям, членам крестьянских (фермерских) хозяйств, физическим лицам, не признаваемым индивидуальными предпринимателями (нотариусы, а также иные лица, занимающиеся в установленном законодательством порядке частной практикой), членам семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов Севера, добровольно вступившим в правоотношения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и уплачивающим за себя страховые взносы в Фонд социального страхования Российской;

- лицам, у которых заболевание или травма наступили в течение 30 календарных дней со дня прекращения работы по трудовому договору, осуществления служебной или иной деятельности либо в период со дня заключения трудового договора до дня его аннулирования.

- иным категориям лиц, которые подлежат обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материн-

ством, обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в соответствии с федеральными законами при условии уплаты ими или за них страховых взносов в Фонд социального страхования Российской Федерации;

Листок нетрудоспособности выдается также:

- женщинам, у которых беременность наступила в течение 12 месяцев до признания их в установленном порядке безработными, уволенным в связи с ликвидацией организаций или прекращением деятельности в качестве индивидуального предпринимателя. Кроме того, основаниями могут служить прекращение полномочий нотариуса, занимающегося частной практикой, или прекращение статуса адвоката;

- гражданам, признанным безработными и состоящим на учете в государственных учреждениях службы занятости населения, в случае заболевания, травмы, отравлений и иных состояний, связанных с временной потерей трудоспособности, на время протезирования в условиях стационара, беременности и родов, при усыновлении ребенка;

- застрахованным лицам из числа иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих на территории Российской Федерации, утратившим трудоспособность вследствие несчастного случая на производстве или профессионального заболевания.



Как рассчитывается объем больничных выплат в зависимости от срока нетрудоспособности?

Согласно ст. 14 ФЗ от 29.12.2006 N 255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством", пособия по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, а также ежемесячное пособие по уходу за ребенком исчисляются исходя из среднего заработка застрахованного лица, рассчитанного за два предшествующих календарных года.

Один или оба года расчетного периода по заявлению работника необхо-

димо заменить на более ранние, если соблюдаются два условия:

- в заменяемом году работник находился в отпуске по уходу за ребенком или в отпуске по беременности и родам;
- замена приведет к увеличению пособия.

При расчете пособия по временной нетрудоспособности учитываются все выплаты в пользу работника, на которые в расчетном периоде были начислены взносы в ФСС, в том числе, бывшими работодателями.

Выплаты, начисленные работнику в расчетном периоде предыдущим работодателем, включаются в расчет на основании предъявленной работником по ■

утвержденной форме справки о заработной плате или ее копии, заверенной работодателем, выдавшим справку, либо нотариусом. Если работник не может представить такую справку, то на основании его заявления необходимо направить запрос в территориальный орган пенсионного фонда о представлении сведений об этих выплатах.

В зависимости от продолжительности трудового стажа оплата больничного рассчитывается так: выплачиваются 60% от средней заработной платы, если стаж составляет менее пяти лет, 80% от пяти до восьми лет и 100% от восьми лет стажа.

В случае, если трудовой стаж работника составляет менее полугода, расчет пособия производится из размера минимальной оплаты труда, установленной для данного региона.

Возникают ли проблемы при оформлении больничного человеку, долгое время не имевшему официального места работы?

В случае, если застрахованное лицо за два календарных года, предшествующих году наступления временной нетрудоспособности, не имело заработка, а если средний заработок, рассчитанный за эти периоды, в расчете за полный календарный месяц ниже минимального размера оплаты труда на день наступления страхового случая, средний заработок, исходя из которого начисляются

пособия, считается равным МРОТ. Если человек работает на условиях неполного рабочего времени, сумма выплаты определяется пропорционально продолжительности рабочего времени. При этом во всех случаях исчисленное ежемесячное пособие по уходу за ребенком не может быть меньше минимального размера, установленного Федеральным законом "О государственных пособиях гражданам, имеющим детей".

Как заполняется больничный?



Бланки листов нетрудоспособности регистрируются в первичной медицинской документации с указанием их номера, дат выдачи и продления, выписки гражданина на работу, а также сведений о направлении гражданина в другую медицинскую организацию. Приказ Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 N 624н "Об утверждении Порядка выдачи листов нетрудоспособности" регламентирует порядок выдачи больничных листов и порядок их заполнения.



ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России

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

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ

УРОЛОГИЯ

ECUro.ru



www.ecuro.ru

Аккредитация ВАК
№ 22/49 от 25.05.12

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

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

Абстракты на английском языке в печатной версии журнала.

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

При заполнении листка нетрудоспособности медицинский работник должен соблюдать правила, установленные Приказом.

Документ можно заполнить двумя способами. Первый – с помощью печатающего устройства, для чего разработана программа, которая позволяет медработнику впечатать данные в бланк. Она доступна для скачивания на сайте ФСС РФ. Второй способ – по старинке, от руки. При этом используется гелевая, капиллярная или перьевая ручка с черными чернилами.

Работодатель же перед заполнением листка нетрудоспособности должен проверить информацию, внесенную врачом (например, правильность написания фамилии, имени, отчества работника и дату его рождения).

При обнаружении ошибок в листке нетрудоспособности работника нужно направить в медицинское учреждение для их устранения. Взамен испорченного бланка врач должен выдать дубликат. В дубликате листка нетрудоспособности помимо подписи лечащего

врача должна стоять подпись председателя врачебной комиссии. Если работодатель примет листок нетрудоспособности, заполненный с нарушением порядка выдачи, то его расходы ФСС РФ может не возместить.

Какие нововведения ожидаются в этой области социального страхования?

Фонд социального страхования планирует сделать больничные листы электронными. Согласно проекту, медучреждения будут формировать электронные документы и сразу же отправлять их через интернет в соцстрах, то есть, на руки пациенту лист нетрудоспособности выдаваться не будет. Вместо него гражданин получит талон с датами освобождения от работы. Этот документ передается в бухгалтерию работодателя для подтверждения того, что сотрудник действительно болел. Такое нововведение должно полностью решить проблему поддельных больничных.

Кроме того, введение электронного больничного листка призвано сократить количество бумажных документов и свести к минимуму проверки ФСС для медицинских учреждений. В 2014 году планируется запуск пилотного проекта ФСС России, который будет действовать в Нижегородской, Новгородской, Новосибирской и Тамбовской областях, а также в Карачаево-Черкесской Республике. ■



Редакция дайджеста:

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

Тираж 6000 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»