Дайджест Урологии
urо
Дайджест
УРОЛОГИИ
Выпуск № 3 июнь 2015

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ:

Особенности публикаций научных статей в международных журналах

У Чёрного моря…

Снова в нашем зале нет пустого места!

ТЕМА НОМЕРА:

Встреча урологов в городе Петра Великого

Мобильное приложение
для урологов
Всегда в курсе всех
урологических новостей!
URO+
Войти
E-MAIL
ПАРОЛЬ
Забыли пароль?
Запомнить меня
Войти
Регистрация
Lilly
Генеральный партнер
App Store
Google play

Содержание

- **Тема номера: Встреча урологов в городе Петра Великого** 2
- **Особенности публикации научных статей в международных журналах** 14
- **У Чёрного моря…**
  10-й Юбилейный конгресс Профессиональной Ассоциации Андрологов России 20
- **30-й Конгресс Европейского общества урологов. Обзор материалов по теме «Мужское бесплодие»** 22
- **Потенция или жизнь?** 26
- **Влияние селективных ингибиторов обратного захвата серотонина на сперматогенез фертильных мужчин с депрессией** 30
- **ТОП-5 лучших докладов: I Межрегиональной школы по открытой, эндоскопической и лапароскопической урологии «Малоинвазивная и инновационная урология» (Кемерово)** 32
- **Десять миллиардов за два неполных года** 40
- **Снова в нашем зале нет пустого места!**
  Отчет по Школе детской урологии-андрологии 44
- **Департамент столичного здравоохранения планирует освещение своей деятельности в социальных сетях** 54
- **В России снизилось количество жалоб на качество медицинской помощи** 56
- **Минздрав планирует запустить интернет-портал о достижениях медицинской науки** 57
- **Минздрав намерен улучшить качество и квалификацию управленческих кадров в здравоохранении** 58
- **Минздрав пересмотрел типовые нормы времени приема пациентов врачами поликлиник** 60
- **Минздрав России: нормы времени приема врачей адресованы организаторам здравоохранения** 61
- **Минздрав создаст единые требования к информационным системам медицинских учреждений** 62
- **Сокращенным медикам будут присылать СМС-сообщения с информацией о вакансиях** 63
- **В 2015 году переподготовку пройдут более четырех тысяч столичных врачей** 64
- **Министерство труда планирует поэтапное повышение стажа для назначения пенсии врачам** 66
- **Рейтинг столичных медицинских учреждений будет открытым** 68
- **Правительство РФ: расходы на диспансеризацию населения не уменьшатся** 70
- **Десять московских больниц перешли на модель «университетской клиники»** 71

Встреча урологов в городе Петра Великого

23-24 апреля 2015 года в Санкт-Петербурге состоялась 1-я научно-практическая конференция урологов Северо-Западного федерального округа «Актуальные вопросы урологии». Организаторами конференции являлись Российское общество урологов и Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова.

Урология Северо-Западного региона

Главный уролог Северо-Западного федерального округа, заведующий кафедрой урологии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова профессор **С.Х.Аль-Шукри** открыл конференцию докладом «Кафедра и клиника урологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова: вчера, сегодня, завтра», в котором он отметил бурное развитие урологии на Северо-Западе России и роль в этом кафедры урологии ПСПбГМУ как ведущего урологического центра региона. Большой интерес и теплые воспоминания вызвал рассказ об истории кафедры, ученых, организовавших и сделавших ее одной из самых сильных урологических кафедр в Советском Союзе и потом в России. С 1923 года на кафедре урологии защищено 180 диссертаций, в том числе 34 докторских и 146 кандидатских. 14 диссертаций защищено иностранными гражданами. С 1923 года сотрудниками кафедры опубликовано около 4000 статей, в том числе 827 статей с 1996 по 2013 годы. Только с 1996 годы сотрудники кафедры опубликовали 18 монографий. За последние годы сотрудниками кафедры урологии получены 22 патента на изобретения, посвященных различным аспектам диагностики и лечения урологических заболеваний. Только за период с 2010 по 2014 год сотрудниками кафедры урологии сделано 202 доклада, в том числе 32 за рубежом и 170 – в России. Несомненно, это делает кафедру ведущей среди всех остальных урологических кафедр.

Онкоурология

Первые две научные сессии первого дня конференции были посвящены онкоурологическим проблемам. Доклады первой сессии касались вопросов диагностики и лечения рака предстательной железы. Принципиально новый подход к мониторингу рака предстательной железы после радикальной простатэктомии (РПЭ) был представлен в докладе профессора **М.И.Когана** (Ростов-на-Дону). По приведенным в докладе данным в 2010

году в США было произведено 90 000 РПЭ. Из них у 30-40% в будущем разовьется N1M1. Общепризнанным критерием наступления рецидива болезни после РПЭ являются два последовательных измерения ПСА ≥ 0,2 нг/мл. У половины больных с уровнем ПСА 0,2 нг/мл после РПЭ заболевание не будет прогрессировать (данные по 2 782 больным, подвергнутым РПЭ). ПСА ≥ 0,4 нг/мл можно считать индикатором развития прогрессирования болезни. В настоящее время точный критерий предвестника биохимического рецидива после РПЭ до сих пор не определен. С учётом очевидных недостатков ПСА, главным образом, его малой специфичности представляется актуальным поиск новых, более специфических предикторов прогрессии РПЖ. Перспективным направлением в решении этой задачи может явиться анализ нарушений баланса в системе «протеиназы-ингибиторы» при неопластических процессах. Возможное решение проблем мониторинга хирургического лечения РПЖ может быть связано, по нашему мнению, с изучением протеолитических процессов в крови в разные сроки после РПЭ. Подробно исследовав молекулярные механизмы развития биохимического рецидива рака простаты, профессор показал возможность рассматривать увеличение активности ангиотензин-превращающего фермента и снижение активности лейкоцитарной эластазы в качестве ранних маркеров прогрессии рака простаты после радикальной простатэктомии. При этом указанные изменения наблюдали уже через 1 месяц после радикальной простатэктомии, еще до повышения уровня ПСА.

Доклад первого зам. директора НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина **А.В. Сивкова** (Москва) был посвящен диагностической

ценности и перспективам применения в клинической практике новых маркеров рака простаты PCA3 и TMPRSS-2 ERG. Разрабатываемая методика для совместного исследования экспрессии PCA3 и TMPRSS2-ERG в ткани и моче продемонстрировала высокую чувствительность и специфичность в отношении РПЖ в моче 80% и 80% и в ткани 85% и 91%, соответственно. Уровень экспрессии PCA3 в моче коррелирует с уровнем экспрессии PCA3 в ткани ПЖ, а уровень экспрессии PCA3 в ткани коррелирует со степенью Глисона. Докладчик сделал вывод о том, что применение PCA3 и TMPRSS2-ERG может существенно улучшить качество ранней диагностики РПЖ.

В своем сообщении **С.Н.Новиков** (Санкт-Петербург) на основании опыта НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, обобщив результаты применения высокодозной брахитерапии для радикального лечения рака простаты, указал на высокие показатели безрецидивной выживаемости при низком риске нежелательных последствий данного метода лечения. Так например, из 103 пациентов, получивших высокодозную брахитерапию в режиме монотерапии только у 1 пациента (1%) был выявлен биохимический рецидив РПЖ при периоде наблюдения от 2 до 36 месяцев. Ранние осложнения со стороны мочевыводящей системы 3-4 степени и токсичности 3-4 степени со стороны прямой кишки отсутствовали, у 1 из 103 больных (1/230 имплантаций) выполнена повторная катетеризация (на 2 дня). В 6 (2,6%) из 230 случаев макрогематурия в п/о периоде осложнилась тампонадой мочевого пузыря. У одного пациента (1%) развился стеноз мембранозного отдела уретры. Показатели 5-10-летней безрецидивной выживаемости составляют 93-100%. Потенция сохраняется в 70-80% случаев, а риск обструктивных осложнений – в 1-5%. Такие данные позволяют называть этот метод лечения «золотым стандартом» по соотношению эффективности и количеству осложнений.

Доклад профессора **С.Х.Аль-Шукри** (Санкт-Петербург) был посвящен месту органосохраняющих операций при локализованном раке почки. В настоящее время опухоли почки составляют 2-3% от всех онкологических заболеваний, пик заболеваемости приходится на 60-70 лет, чаще всего болеют мужчины. В 2009 году в европейских странах частота встречаемости рака почки составила 14,5 случаев на 100 тыс. населения среди мужчин и 6,9 случаев на 100 тыс. населения среди женщин. В 2010 г. в России зарегистрировано более 19000 новых случаев рака почки, а прирост заболеваемости составил 41% за 10 лет. В Санкт-Петербурге этот показатель превышает среднероссийский и составляет 20 и 15 случаев на 100.000 населения среди мужчин и женщин соответственно. Хирургический подход – единственный эффективный метод лечения рака почки. По рекомендациям EAU (2014) при раке

почки T1a-T1b предпочтительней выполнение органосохраняющих операций. Профессор представил опыт выполнения органосохраняющих оперативных вмешательств в возглавляемой им клинике, отметив тенденцию в последние годы к расширению показаний к резекции почки и сопоставимость онкологической выживаемости после органосохраняющих и органоуносящих операций у больных с локализованным раком почки. С 1994 по 2014 год в клинике урологии СПбГМУ им акад. И.П.Павлова выполнено 406 органосохраняющих операций по поводу новообразований. В 75,0% случаев была произведена резекция верхнего или нижнего сегментов почки; в 20,5% случаев выполнялась клиновидная резекция почки в среднем сегменте; в 4,5% случаев была выполнена энуклеорезекция опухолевого узла. Органосохраняющие операции в лечении локализованного рака почки должны стать «золотым» стандартом, – отметил в заключении своего доклада С.Х. Аль-Шукри.

Профессор **Б.К.Комяков** (Санкт-Петербург) представил опыт хирургического лечения больных раком почки, осложненного опухолевой венозной инвазией. Докладчик подчеркнул, что нефрэктомия с тромбэктомией является единственным радикальным методом лечения таких пациентов. При этом вероятность прогрессирования опухолевого процесса зависит от распространения опухолевых тромбов и является

набольшей при их распространении выше печеночных вен. В случаях внутрипредсердной инвазии опухоли показано проведение операции в условиях искусственного кровообращения, что позволяет значительно снизить вероятность интраоперационной тромбоэмболии и увеличить радикальность оперативного вмешательства.

Большой интерес вызвал доклад доктора **М.Н.Слесаревской** (Санкт-Петербург), посвященный применению фотодинамической терапии в лечении рака мочевого пузыря. Обобщив полученные клинические данные, докладчик отметила, что применение фотодинамической терапии в комбинации с ТУР снижает вероятность рецидивирования РМП в 2,3 раза по сравнению с ТУР. Представляется перспективным использование комбинации фотодинамической диагностики и фотодинамической терапии у одного и того же пациента для улучшения качества диагностики и лечения рака мочевого пузыря.

Андрология

Актуальным вопросам клинической андрологии была посвящена отдельная сессия. Несколько докладов были посвящены проблеме лечения эректильной дисфункции. Опытом применения силденафила в формате клинических исследований и рутинной практики поделился **Л. Спивак**, зав. отделом клинических исследований НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Докладчик отметил, что средняя распространенность ЭД в странах Америки и Европы составляет 45%, при этом отмечается стойкая тенденция к увеличению с возрастом 30,8% в 30-летнем возрасте и до 76% к 70 годам. По прогнозам Ayta IA и др. к 2025 году количество мужчин с ЭД достигнет 322 млн. человек. В России по данным главного уролога РФ Д.Ю. Пушкаря эректильной дисфункцией страдают 90% российских мужчин, такие данные были получены на основании анкетирования 1225 мужчин. В возрасте 20-45 лет каждый второй имеет проблемы в сексуальной сфере, связанные с нарушениями эрекции. Учитывая значительное влияние такого рода проблем на качество жизни, становится важным грамотное обследование и лечение пациентов с ЭД. Прошло 20 лет с момента появления революционного препарата силденафила, который изменил подход к лечению эректильной дисфункции. С тех пор препарат считается наиболее изученным и обладающим исключительной доказательной базой – более 350 клинических исследований, тысячи публикаций в профессиональной литературе, высокий профиль безопасности, подтвержденный повседневным приемом препарата пациентами. Более 40 млн мужчин во всем мире пользуются силденафилом, препарат выписывают более 800 000 врачей во всем мире, одобрен к применению более чем в 120 странах мира.

Профессор сделал вывод о том, что силденафила цитрат – наиболее изученная молекула среди препаратов из группы ингибиторов ФДЭ-5, он является эффективной и безопасной молекулой в лечении эректильной дисфункции.

Появившийся на российском рынке препарат Эрексезил® полностью биоэквивалентен оригинальному силденафила цитрату по всем фармакокинетическим параметрам. Он эффективно восстанавливает эрекцию и повышает качество оргазма, в том числе у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, оптимален по быстроте наступления эффекта – в течение 1 часа и длительности действия – 3-5 часов, в дозе от 25 до 100 мг в сутки обеспечивает 4-ю максимальную степень твердости эрекции. При этом Эрексезил® – это экономичный по цене препарат европейского производства.

В своем докладе профессор призвал урологов находить время для простого анкетирования пациентов, пришедших

на прием, на предмет ЭД, так как доказана взаимосвязь качества интимной жизни с общим здоровьем и даже продолжительностью жизни человека – чем выше частота половых актов, тем ниже риск смерти! 2 половых акта в неделю продлевают продолжительность жизни на 2 года больше средней продолжительности жизни мужчин.

Важной проблемой клинической андрологии является мужское бесплодие. Доктор **С.Ю. Боровец** (Санкт-Петербург) указал на значение оценки фрагментации ДНК сперматозоидов для прогноза исходов вспомогательных репродуктивных технологий. По данным докладчика, пороговое значение показателя степени фрагментации ДНК сперматозоидов, определяемого по методу TUNEL, составляет 20%. При превышении этой величины существенно возрастает вероятность спонтанно замершей беременности после процедур ЭКО/ICSI. Весьма интересные данные о влиянии селективных ингибиторов обратного захвата серотонина на сперматогенез были представлены в докладе доктора **М.Н. Коршунова** (Москва). По данным докладчика, наиболее выраженные негативные изменения отмечаются в отношении качественных показателей эякулята и целостности структуры ДНК сперматозоидов. Восстановление нормальных значений показателей наблюдается через 3 месяца после отмены данной терапии.

В конференции принял участие один из ведущих европейских урологов профессор **Удо Йонас** (Германия). Лекция

была посвящена современным аспектам эндоскопической и лапароскопической хирургии в урологии и вызвала большой интерес у участников конференции. По окончании лекции профессору У.Йонасу был вручен сертификат Почетного гостя конференции. Хирургическому лечению урологических болезней были посвящены и остальные доклады данной сессии.

Доктор **М.С. Мосоян** (Санкт-Петербург) поделился пятилетним опытом робот-ассистированных операций на почке и предстательной железе. Всего за указанный период было выполнено 78 резекций почки, 27 нефрэктомий и 167 радикальных простатэктомий. Докладчик отметил, что робот-ассистированная хирургия является эффективным методом лечения локализованного рака почки и предстательной железы.

Реконструктивная урология

Профессор Б.К. Комяков (Санкт-Петербург) представил результаты

пластики мочеточников с использованием различных участков желудочно-кишечного тракта. На основе анализа обширного клинического материал было убедительно показано, что реконструкция мочеточников при помощи изолированных сегментов тонкой и толстой кишки эффективна и относительно безопасна, несмотря на продолжительность и техническую сложность таких операций. Важнейшими предпосылками успеха являются учет показаний и противопоказаний для подобных вмешательств и их правильное техническое выполнение.

Доктор **Лебедев Д.А.** (Санкт-Петербург), представляющий коллектив авторов из Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, посвятил доклад лечению обструктивного мегауретера у детей с помощью методики баллонной дилатации мочеточника. Эффективность данного вмешательства была оценена у 18 пациентов, в том числе у 10 детей в возрасте до 1 года. Как высокая эффективность была расценена в 14 случаях, и только у 4 детей положительной динамики состояния верхних мочевых путей достичь не удалось. Полученные результаты позволили докладчику сделать вывод о целесообразности выполнения баллонной дилатации детям ранней возрастной группы, минуя длительный этап наблюдения, традиционный для детей с обструктивным мегауретером на первом году жизни.

Профессор **Б.Г.Гулиев** (Санкт-Петербург) в своем докладе обобщил результаты различных эндовидеохирургических реконструктивных операций при стриктурах мочеточников и указал на высокую эффективность и низкий процент осложнений при выполнении этих оперативных вмешательств. Доклад сопровождался богатым фото- и видеоматериалом оперативных вмешательств. Профессор отметил, что успех лапароскопической реконструктивной хирургии мочеточников складывается из нескольких составляющих – тренинга на тренажерах, на животных и выполнении регулярных операций при стриктурах мочеточника.

Нейроурология и уродинамика

Отдельная сессия была посвящена вопросам нейроурологии и уродинамики. Большое количество вопросов и оживленную дискуссию вызвал доклад профессора **М.И.Когана** (Ростов-на-Дону), посвященный весьма актуальной и малоизученной проблеме лечения гиперкинеза уретрального сфинктера. Подробно рассмотрев патогенез и клиническое значение этого состояния, докладчик представил собственный положительный опыт лечения таких пациентов. Профессор отметил, что единого мнения о роли гиперкинезов сфинктера уретры на уродинамику НМП при ДГПЖ в литературе не выработано. В то же время, гиперкинезы уретрального

сфинктера и мускулатуры тазового дна – динамический фактор ИВО, отражающийся в уродинамических показателях и достоверно приводящий к клинически значимым нарушениям мочеиспускания у больных ДГПЖ, что подтверждается результатами нашего исследования. Установлено, что наличие «постороннего» субстрата (узлы гиперплазии) в простатической уретре может определять наличие гиперкинезов мышц тазового дна. При этом с высокой частотой определяется ДСД. Воздействие на гипертонус тазовой диафрагмы ведет к нормализации функции уретрального сфинктера. Это достоверно подтверждается при удалении узлов гиперплазии хирургически или при фармакотерапии, когда миорелаксанты центрального действия дают положительный результат в коррекции гиперкинезов и, соответственно, ИВО. Полученные под руководством М.И. Когана результаты необходимо иметь ввиду при ведении пациентов, у которых сохраняются СНМП после оперативного лечения ДГПЖ или при использовании рекомендуемого EAU консервативного лечения, когда отсутствует позитивный ответ со стороны СНМП. Гиперкинезы уретрального сфинктера необходимо дифференцировать с органическим стенозом шейки мочевого пузыря и фиброзом простаты, обструктивной средней долей гиперплазии, декомпенсированным детрузором. Именно в этих случаях использование КУДИ может выявить группу «нетипичных» пациентов с ДГПЖ, более точно прогнозировать результаты лечения и улучшить качество жизни путем применения адекватной фармакотерапии СНМП.

Доктор **В.В.Ромих** (Москва) доложила о результатах ботулинотерапии 150 женщин с гиперсенсорным мочевым пузырем. Эффективность данного метода оценена как высокая – частота мочеиспускания снизилась в среднем на 41,9%, а максимальная цистометрическая емкость увеличилась в среднем на 276,6%. Полученные данные с учетом относительно низкой эффективности у данной категории пациентов пероральной антихолинергической терапии позволили докладчику рекомендовать ботулинотерапию в качестве первой линии лечения.

Особенностям урологической симптоматики при болезни Паркинсона и мультисистемной атрофии было посвящено сообщение **Е.С.Коршуновой** (Москва). Характер нарушений мочеиспускания, время их появления и результаты электромиографии тазового дна различаются у больных этими

двумя нейродегенеративными заболеваниями. При классическом течении болезни Паркинсона, в отличии от мультисистемной атрофии, по данным докладчика, урологические нарушения появляются позднее, а функция наружного уретрального сфинктера не нарушена.

В докладе профессора **Р.Э. Амдий** (Санкт-Петербург) приведены современные данные относительно значения сократимости детрузора у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы и обобщен собственный опыт по данному вопросу. На основе анализа данных микционной цистометрии 154 больных ДГПЖ показано, что у 63 (40,9%) пациентов имеется снижение сократимости детрузора, что необходимо учитывать при выборе тактики лечения таких больных.

Нарушениям функционального состояния детрузора и их коррекции был посвящен доклад доктора **А.В. Ухарского** (Ярославль). Докладчик отметил, что в основе этих нарушений лежит нарушение ишемия стенки мочевого пузыря, в связи с чем восстановление органного кровотока можно рассматривать как патогенетический метод лечения таких больных. Показано, что включение 10 сеансов гипербарической оксигенации в комплекс лечебных мероприятий больным после наложения цистостомы улучшает клинические результаты ТУР простаты, выполняемой в качестве второго этапа операции.

Заключительная сессия конференции была посвящена мочекаменной болезни и инфекционно-воспалительным заболеваниям мочевых и мужских половых органов. Профессор **Е.Т. Голощапов** (Санкт-Петербург) в своем докладе под-

робно осветил современные представления о патогенезе мочекаменной болезни. Особое внимание было уделено значению белка Тамма-Хорсфалла как потенциального маркера ранних стадий мочекаменной болезни и рецидивного камнеобразования. Интересные данные относительно состава 2200 мочевых конкрементов были приведены доктором **В.А. Скнаром** (Ростов-на-Дону). С помощью рентгенофазного анализа и оригинальной методики прокаливания мочевых конкрементов было установлено, что наиболее распространенным видом мочевых камней являются оксалаты, из однофазных кон-

крементов чаще всего встречаются вевеллиты, а большинство образцов оказались не чистыми веществами, а смесями, содержащими от двух до пяти фаз.

Доктор **М.Н. Слесаревская** (Санкт-Петербург) представила результаты литолитической терапии больных с уратным литиазом. Заболеваемость МКБ в Санкт-Петербурге составляет 490 случаев на 100 000 населения в год, из них 2/3 мужчин и 1/3 женщин. Больные с мочекаменной болезнью составляют 38,2% всех урологических больных, частота рецидивирования камнеобразования без профилактического лечения может достигать 67%. Мочевые конкременты представляют собой смесь минералов с органическими веществами – мочекислые 10 – 15% всех конкрементов, причем с возрастом их частота возрастает; оксалатные, кальций–оксалатные конкременты 50–70%; кальций–фосфатные встречаются до 20%; магнийсодержащие – 5-10%; белковые камни – менее 1%. Согласно рекомендациям Европейской Ассоциации урологов лечение МКБ условно делится на консервативные и оперативные методы. К первым относятся диетотерапия, поддержание адекватного водного баланса, медикаментозная терапия – фитотерапия, физио – и бальнеотерапия, лечебная физкультура, санаторно-курортное лечение. Ко вторым – дистанционная ударно-волновая литорипсия, лапароскопические операции, контактная нефролитотрипсия, рентгенэндоскопические методы удаления камней, открытые операции. Выбора метода лечения определяется локализацией, составом конкрементов, их количеством, величиной, формой; сроками заболевания и предшествующим лечением; наличием сопутствующей инфекции мочевых путей; функциональной способностью почек и мочевых путей и наличием сопутствующих заболеваний. Одним их консервативных методов лечения МКБ является растворение камней (хемолиз). Хемолиз из мочевой кислоты может происходить вследствие назначения фармакологических препаратов (цитратных смесей) парентерально или внутрь. Условия успешности растворения камней включают алкализацию мочи (т.е. повышение pH мочи до 7,0); снижение экскреции мочевой кислоты; увеличение диуреза. Растворение происходит вследствие замещения водорода гидроксильных групп мочевой кислоты во 2 и 6 положениях пуринового ядра на щелочные металлы, поступающие из цитратов. На кафедре и в клинике урологии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова проведено два исследования эффективности литолитической терапии в качестве самостоятельного метода лечения уратных камней почек и в комплексе с ДУВЛ. Первое исследование – применение Блемарена в качестве монотераии при уратном литиазе, второе – применение Блемарена в комплексе с ДУВЛ при уратном нефролитиазе. Докладчик отметила, что литолитическая терапия препаратом Блемарен в виде монотерапии эффективна при уратных камнях почки небольшого

размера (77,8%). У пациентов с крупными уратными конкрементами целесообразно назначение литолитической терапии (Блемарен) перед ДУВЛ, что способствует изменению твердости и разрыхлению мочевых камней. Во время ДУВЛ таким пациентам требуется меньшее количество импульсов для мелкодисперсного разрушения камня, что, в свою очередь, повышает эффективность лечения и уменьшает травматизацию почки.

Подводя итоги конференции Председатель оргкомитета, заведующий кафедрой урологии ПСПбГМУ им. И.П.Павлова профессор **С.Х. Аль-Шукри** отметил высокий уровень представленных докладов, поблагодарил всех участников конференции и выразил уверенность, что озвученная информация окажется полезной для их практической и научной деятельности.

Работа конференции транслировалась через интернет в он-лайн режиме на сайте урологического телевидения **Uro.TV**, кроме того, там же размещены все доклады конференции.

В рамках конференции проведено еще два важных мероприятия. Под председательством главного уролога Северо-Западного федерального округа профессора С.Х.Аль-Шукри прошло совещание главных специалистов-урологов субъектов Северо-Западного федерального округа, на котором были подведены итоги 2014 года, рассмотрены проблемы, стоящие перед региональной урологией, и намечены пути их решения. В рамках конференции также прошла секция урологии ежегодной итоговой научно-практической конференции студентов и молодых ученых «Актуальные вопросы экспериментальной и клинической медицины-2015», в этом году посвященная 70-летию Победы в Великой Отечественной войне.

Материал подготовила
В.А. Шадеркина

Не держи камень в почках!
БЛЕМАРЕН®

ЦИТРАТ №1 В ГЕРМАНИИ**

ОТПУСК БЕЗ РЕЦЕПТА

БЛЕМАРЕН®
растворяет камни:

- ✔ Уратные
- ✔ Смешанные*
- ✔ Оксалатные

+ Индивидуальный подход к дозированию
+ Поддержание необходимого водного баланса

esparma®

* При содержании оксалатов менее 25% ** По данным компании IMS за 2011 год

115114, г. Москва, ул. Летниковская, д. 16, оф. 306. Тел.: (+7 499) 579-33-70, Факс: (+7 499) 579-33-71. **www.esparma-gmbh.ru www.esparma.ru**

Регистрационное удостоверение ЛСР – 001331/07 от 28.06.2011. Реклама

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.
ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ

Особенности публикации научных статей в международных журналах

Ю.В. Толкач
врач уролог, к.м.н.,
Медицинская Школа Ганновера
(Hannover Medical School)
Ганновер, Германия

Ни для кого не секрет, что публикации играют существенную роль для работающих в университетских клиниках или планирующих строить научную карьеру врачей. Уже на первом этапе научной карьеры, написания кандидатской диссертации, требуется несколько публикаций. С другой стороны, современные публикации – это не только научный компонент врачебной специальности, но также и источник актуальных данных о лечении пациентов с различными заболеваниями, которые по отдельности или в совокупности позволяют оптимизировать стандарты лечения пациентов.

Многие (если не все) публикации, которые меняют нашу профессиональную жизнь, появляются в иностранных, международных, журналах. При этом никто не будет спорить с тем фактом, что официальный язык в международной научной среде и профессиональной жизни – английский. Поэтому все международные журналы публикуются исключительно на английском языке. Только так актуальные научные данные будут доступны всему миру. Аудитория, которая получает доступ к опубликованным результатам расширяется на несколько порядков – от специалистов одной страны до всего мира.

Важным является также то, что публикация в международных журналах дает возможность авторам понять, на каком высоком уровне должны выполняться научные исследования, что попасть на этот международный форум профессионалов, что автоматически влечет за собой значительное улучшение качества проводимых исследований.

Публикационные модели

В научном мире существует две основные публикационные модели. Есть «закрытые» журналы, это более старая, традиционная, модель. Журнал публикуется в издательстве, которое за рас-

пространение журнала или за скачивание статей в Интернете получает деньги. При этом авторы, которые публикуются в этом журнале, за публикацию ничего платить не должны. Существует также более новая модель – open access («открытый доступ») , которая на данный момент является скорее не публикационной моделью, а активно эксплуатируемой бизнес-моделью под прикрытием идеи свободного распространения научных данных («любая информация заслуживает публикации»). В этой модели либо сам автор, либо клиника/университет, либо финансирующая исследование организация оплачивает взнос за публикацию статьи. Данный взнос может составлять от 200 до 3000 евро. При этом любой человек через Интернет может скачать полную версию статьи абсолютно бесплатно.

Вне всякого сомнения идея распространения научной информации без границ очень привлекательна. Многие коллеги наверняка сталкивались с ситуацией, когда за получение доступа к нужной статье требуется заплатить издательству. За границей во многих университетах и клиниках имеется так называемый институтский доступ к большинству современных научных журналах. Однако, в России, к примеру, это в большинстве случаев невозможно. Выходом, как правило, является использование специальных сайтов, которые позволяют получить доступ к статьям в обход оплаты, либо же, как вариант, просить об этом зарубежных коллег.

Тем не менее, в подавляющем большинстве случаев журналы open access публикуют все в подряд с весьма условным выполнением процедуры независимого рецензирования поступающих статей, поскольку, чем больше статей опубликовано в журнале, тем больше денег получает журнал/издательство.

На данный момент практически все урологические журналы с репутацией, в которых публикуется большая часть наиболее значимых исследований – это традиционные журналы с закрытой системой. Они используют модель отбора статей, которая проверена столетиями, и которая функционирует достаточно хорошо. Разумеется, и эта модель ощущает на себе влияние человеческого фактора, и приоритетность публикаций зачастую определяется вопросом личных отношений. Тем не менее, это работает. Для авторов плюсом является отсутствие платы за публикацию, минусом – на порядок более тщательный отбор наиболее актуальных и хорошо спланированных исследований для публикации.

Примерами журналов, в которых модель открытого доступа сочетается с заботой о репутации журнала и достаточно тщательной рецензией публикуемых работ – журналы собрания PLoS – PloS Medicine, PLoS One, PLoS biology и другие. Эти журналы стояли у истоков идеи open access. К примеру, публикация в журнале PLoS Medicine обойдется автору приблизительно в 2 900 американских долларов.

Импакт-фактор

Все современные журналы могут быть ранжированы в соответствии со значимостью опубликованных в них научных работ. При этом оценивается насколько часто цитируются публикации из данного журнала в других статьях. Если статья цитируется, значит она важная и содержит актуальную информацию. Импакт-фактор это рейтинг журнала среди других таких же журналов (подсчитывается компанией Thomson Reuters). Чем выше импакт-фактор, тем более значимым считается данный журнал в научном сообществе, тем желаннее будет публикация там для специалистов.

Импакт-фактор оставляет достаточные возможности для манипулирования, к примеру, за счет самоцитирования, и часто в связи с этим подвергается критике, тем не менее, по большей части надежен в оценке уровня научных работ в конкретном журнале.

Существуют и альтернативные рейтинги. К примеру индекс SCImago (http://www.scimagojr.com/). Все это важно для желающих опубликовать свою работу за границей из двух соображений: 1) импакт-фактор отражает уровень сложности публикации статьи в конкретном журнале, поэтому позволяет выбрать оптимальный журнал для публикации той или иной статьи, в зависимости от актуальности данных. 2) Заглянув на страницу одного из рейтингов (к примеру, SCImago), можно получить список всех профессиональных журналов, к примеру, урологических, что всегда очень полезно (часто бывает, что статью приходится подавать в 5-6 разных журналов, прежде чем она будет принята для публикации).

Авторство в статье

В международном научном мире существует особая система распределения авторов в статье, которая когда-нибудь непременно будет перенята и российскими журналами. В России часто бывает так, что на первом месте в списке авторов не стоит человек, написавший статью, или проводивший исследование.

Для того, чтобы избежать недоразумений, общепринятым в мире является то, что два главных автора стоят первым и последним. Первым – автор, непосредственно занимавшийся исследованием, исполнитель. Последним – старший автор, руководитель, к примеру, заведующий кафедрой, директор клиники. При этом последнее место является едва ли не более почетным, чем первое. Как правило, по достижении определенного статуса за границей, к примеру, звания профессора, человек переходит на последнее место в списке авторов. С этого момента начинается отчет научных работ, которые были выполнены им в качестве руководителя научной группы.

Иногда может быть два первых и два последних автора. При этом делается сноска, что первые два автора, или по-

следние два автора, внесли одинаковый вклад в исследование и должны оба рассматриваться как первый (или, соответственно, последний) автор в статье.

Это снимает любую напряженность со стороны людей, которые ощущают себя обделенными в плане авторства.

Практические рекомендации: как опубликовать статью в иностранном журнале?

Присутствие российской урологии на просторах международных урологических журналов весьма незначительно, в виде отдельных статей. Очевидно, что некоторые научные работы из России заслуживают того, чтобы быть представленными широкой публике. С другой стороны, публикации за границей, как показывает опыт, меняют сам взгляд на научные исследования, в целом улучшая уровень науки.

Далее изложены несколько советов, которые могут оказаться полезными авторам из России, планирующим в первый раз опубликовать что-то за границей.

1. Как выбрать правильный журнал?

Как правило, в топовые урологические журналы, вроде European Urology, British Journal of Urology, Urology, Journal of Urology и т.д., следует отправлять только статьи исключительного качества. Вероятность отказа крайне велика. Плюсом является тот факт, что в большинстве этих журналов не придется ждать 2-3 месяца, как правило, отказ приходит в течение нескольких дней после подачи статьи после первичной беглой оценки редакторов, еще до отправки ее рецензентам. Как правило, если пользоваться рейтингом SCImago, к примеру, лучше выбирать журналы из середины или даже ближе к концу, если работе явно не достает в актуальности и в дизайне. Как правило, с опытом публикаций и опытом работы в конкретной области приходит понимание того, в журнал какого уровня лучше отправить статью, чтобы не терять время на отказы. Рассмотрение статьи рецензентами редко занимает меньше месяца, как правило, 2 месяца. После отказа нужно подавать статью в другой журнал. Так, процесс публикации может занимать до года, если слишком завысить планку.

2. Типы исследований и значимость исследования. Всегда приоритет отдается оригинальным клиническим и экспериментальным исследованиям. Литературные обзоры и, в особенности, клинические случаи или серии клинических случаев, публикуются с огромными проблемами и с большим количеством отказов из разных журналов. Понятно, что для журнала (или для науки, в целом) наиболее значимыми являются оригинальные исследования, которые формулируют определенную научную идею, исследуют ее и получают ответ на важный для специальности вопрос. Особое значение при этом имеют дизайн исследования и значимость результатов, что будет оцениваться рецензентами (от 1 до 3 человек в зависимости от журнала). Определенную ценность будет иметь

опыт редких или новых операций, новые операционные техники, даже при небольшом клиническом материале. Важно уже перед написанием статьи и инвестированием в работу времени и сил тщательно изучить, что уже было опубликовано. Для этого подходящими местами для поиска являются PubMed, Scopus (как правило, нет доступа из России) и Google Scholar. В сравнении с уровнем одной страны, конкуренция мыслей и идей во всем научном мире крайне велика. Зачастую пришедшие в голову интересные идеи уже были давно озвучены, исследованы и опубликованы.

3. Подготовка статьи к публикации. Является крайне важным пунктом. Четкость изложения целей, задач, материалы и методы, результаты, выводы. Все это должно быть предельно продуманным, четким и звучным. Каждый журнал требует неукоснительного следования определенным критериям оформления. Нужно смириться с тем, что после отказа в одном журнале, работу нужно будет серьезным образом переделывать в оформлении под требования другого журнала. Это часто требует часов сосредоточенной работы. Крайне важным является следование требованиям к объему публикаций. Как правило, в большинстве журналов для оригинальных работ существует ограничение в 2500-3000 слов. К слову сказать, после написания стандартной статьи и изложения всех мыслей, как правило, счетчик слов зашкаливает и находится в районе 5000-6000 слов. Но это лишь часть проблемы. Как правило (почти всегда), приходится сталкиваться с тем, что несмотря на то, что было вырезано все ненужное, переформулировано все нужное, число слов остается в районе 3500-4000 слов. Тогда начинается самое интересное, придание мыслям предельной ясности при минимальном объеме.

В любом журнале всегда есть Рекомендации для авторов. Их нужно придерживаться практически всегда до мельчайших деталей. Иначе статью сразу же отправят на доработку.

Очень сильно выигрывают статьи от рисунков и любого другого качественного иллюстративного материала. Опыт показывает, что красивый рисунок зачастую может решить судьбу статьи.

Особой строкой идет качество английского языка. Подавляющее большинство журналов не примет статью, написанную не-носителем языка, хотя, конечно, это возможно, при действительно хорошем знании английского языка. Стандартной практикой является отправка статьи в специальные агентства для правки языка, что стоит денег. Как правило, эту услугу предоставляют сами издательства журналов. Средний счет будет составлять от 100 до 300 евро. Возможно, оптимальным по соотношению цены-качества на данный момент является агентство scribendi.com (средняя стоимость около 100-120 евро при очень высоком качестве редакции). Все-

гда лучше уточнять стоимость в нескольких местах перед отправкой. Без этого этапа, как правило, опубликовать статью за границей очень сложно. Альтернативой может быть отправка статьи знакомым из числа носителей языка.

4. Терпение является очень важным при публикации статей в международных журналах. Первые неудачи не должны пугать. Как правило, приходится подавать статью в 5-6 журналов, прежде чем она будет принята. К сожалению, журналы активно борются за свой импакт-фактор и часто отказывают, даже если исследование актуально, в пользу более актуальных исследований. В этом смысле международные журналы часто безжалостны. Важной является первая подача – иногда можно подать статью в журнал получше, где заведомо шансы на публикацию низки. При этом, как правило, ответом будет отказ и рецензии 2-3 известных специалистов в области, которые почти всегда являются очень ценными. В соответствии с этими рекомендациями статью можно будет доработать, и тогда шансы на публикацию при последующих подачах резко возрастают. Практически никогда статья не будет принята в журнал в исходном виде. В большинстве случаев после первичных рекомендаций рецензентов при условном согласии от журнала потребуется переработка статьи и повторная подача измененной версии для рассмотрения теми же рецензентами на предмет внесенных правок. Здесь далеко не всегда следует делать все, что говорят рецензенты. Если вы не согласны с каким-то пунктом, или если у вас на этот счет отличные от мнения рецензента соображения, которые можно обосновать, вы имеете право возражать. Им нужно разумным образом пользоваться. Это не возбраняется.

5. Иностранные коллеги в качестве соавторов. Очень часто шансы на публикацию резко увеличиваются при появлении в списке авторов коллег с именем. В этом также нет ничего постыдного, это обычная практика, когда менее известный ученый может обратиться к более известному с просьбой дать критическую оценку статье, внести нужные изменения, дать совет. Разумеется, не к любому человеку можно обратиться с подобной просьбой, тем не менее, статья от этого часто может выиграть в хорошем смысле этого смысла, не только в плане протекции в процессе публикации.

6. Последним советом является ***стремление к научным исследованиям как можно более высокого качества***, что всегда сложно в силу разных причин – отсутствие персонала, времени, финансирования, достаточного количества пациентов, лабораторий. Тем не менее, это всегда окупается при публикации статей. ■

Автор с удовольствием ответит на любые вопросы, касающиеся публикации статей в международных журналах.

У Чёрного моря...

10-й Юбилейный конгресс Профессиональной Ассоциации Андрологов России

В последние дни весны гостеприимный курорт Дагомыс вновь стал местом встречи ведущих андрологов и урологов России и Зарубежья – с 27 по 30 мая на солнечном побережье Черного моря, Профессиональная Ассоциация Андрологов России провела свой юбилейный 10-й конгресс. Это знаковое событие организаторы, в числе которых ПААР, РОУ и первый Московский медицинский университет имени И.М. Сеченова, объединили со 2-м Российско-азиатским уро-андрологическим конгрессом и 3-й конференцией урологов Московской области. Информационным спонсором выступили ***Интернет форум урологов*** *и проект* ***Uroweb.ru****, впервые в этом году обеспечившие проведение он-лайн трансляции Конгресса ПААР на* ***Uro.TV****, которую посмотрели 155 человек.*

Ещё на этапе подготовки Конгресса было очевидно, он выделяется среди множества других профильных медицинских конференций. Оригинальность «ICongress» была заметна не только в названии, но и в инновационном подходе к формированию научной программы. Наряду с тематическими разделами, в неё впервые вошли специальные сессии отдельных

научных обществ и организаций. Нововведение оправдало себя. «Такой формат проведения конгресса придал больше самобытности этому событию, дал возможность 9-ти обществам в рамках конгресса чувствовать себя не гостями, а хозяевами, – отметил президент ПААР Пётр Андреевич Щеплёв. – Мы показали, что только в единстве дружественных обществ и организаций можно эффективно сотрудничать и добиваться высоких результатов».

Значительный вклад в научную работу Конгресса внесли урологии и андрологи из Азии (представители Китая, Кореи, Японии, Индии, Монголии, Таджикистана и Узбекистана), а также представители Европы, Израиля и Египта. В числе иностранных экспертов Дагомыс посетили руководители российских и зарубежных профессиональных ассоциаций, медицинских центров, выдающиеся сотрудники крупнейших научных институтов. Всего участие в профессиональном диалоге приняли более 550 специалистов из 12 стран.

Ключевыми темами научных дискуссий были выбраны проблемы генитальной хирургии, особенности фармакотерапии и профилактики в урологии, современные аспекты лечения и диагностики рака предстательной железы, а также комплексная и комбинированная терапия в урологии. Особый интерес вызвало обсуждение роли государства и СМИ в профилактике мужских заболеваний и вопросы организации андрологической помощи в России. Помимо традиционных форматов, симпозиумов и секционных заседаний, была организована Skype-сессия, посвящённая проблемам репродуктологии. Провёл её Президент Российской Ассоциации Репродукции Человека Владислав Станиславович Корсак.

С презентацией последних технических и научных инноваций на выставке в рамках «ICongress» выступили около 40 производителей и разработчиков лечебных средств и оборудования для урологии и андрологии, а также известные медицинские издательства.

Четыре дня плодотворной работы привели к достижению высоких результатов. Среди них многочисленные договорённости о международном сотрудничестве, обучении специалистов за рубежом, выделении грантов.

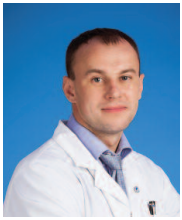
Праздничное оживление, царившее в каждом зале, у каждого стенда на выставке, в кулуарах, во время неофициальной части позволяет с уверенностью сказать, о том, что участники смогли не только с пользой, но и с удовольствием провести время, зарядиться свежими идеями для дальнейшего профессионального роста, укрепить деловые связи и завести новые знакомства.

Материал подготовила
Ю.Г. Болдырева

EAU15 | MADRID
20-24 March 2015
Sharing knowledge - Raising the level of urological care

Мадрид-2015. Конгресс Европейской ассоциации урологов

30-й Конгресс Европейского общества урологов. Обзор материалов по теме «Мужское бесплодие»



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

В марте 2015 года в рамках 30-ого Юбилейного Конгресса Европейской Ассоциации урологов Мадрид принял гостей со всего мира. Урологи, андрологи, онкоурологи, урогинекологи со всех континентов земного шара встретились в столице Испании, чтобы поделиться опытом и продемонстрировать свое мастерство.

Несмотря на финансовый кризис, специалисты из России приняли самое активное участие в конгрессе, а также в школах, мастер-классах и многочисленных дискуссиях. Наши коллеги представили работы, как на постерных, так и на крупных пленарных сессиях.

Переходя к обзору наиболее интересных материалов, посвященных бесплодию, надо сказать, что большой удельный вес составили экспериментальные работы.

Так, японские исследователи Mitsuru Komeya et al. разработали систему для

изучения сперматогенеза in vitro. Авторы использовали микрожидкостные технологии для культивации сперматогенеза в условиях, максимально приближенных к естественным. Была создана система в пробирке, в которой поток диффузии обеспечен тонкими щелями, позволяющими питательным веществам иметь доступ к ткани яичка. Сперматогенез оценивался с использованием флуоресцентного микроскопа. Исследователи отметили, что причинами нарушений гаметогенеза могут быть недостаточное снабжение питательными веществами и кислородом ткани яичка и неполная элиминация продуктов метаболизма.

Работа Panagiota T. et al. в эксперименте на крысах показала, что антиоксидантная терапия при одностороннем крипторхизме регулирует параметры окислительного стресса и ингибирует апоптоз клеток зародышего эпителия, как на стороне поражения, так в контрлатеральном яичке. При крипторхизме – орхипексия в сочетании с антиоксидантами могут защитить сперматогенез от повреждения.

Авторы из Великобритании Yap T. et al. в клинической работе продемонстрировали, что PESE является эффективным и простым методом получения сперматозоидов при обструктивной азоспермии (вследствие вазэктомии) для процедуры ICSI. Не было отмечено различий в эффективности ВРТ при использовании свежего и замороженного материала, а также не выявлено связи со сроками после вазорезекции.

Hiromitsu N. с коллегами затронули актуальную тему сохранения фертильности у онкологических больных. Исследователи отметили, что после химиотерапии у пациентов с гематологическими онкозаболеваниями меньше шансов сохранить фертильный потенциал по сравнению с группой больных с герминогенными опухолями. В первой группе, даже несмотря на более высокую концентрацию сперматозоидов, имела место низкая криотолерантность. В этой связи, авторы рекомендуют выполнять криоконсервацию эякулята до начала терапии.

Бразильские коллеги Gregorio B. и соавторы в эксперименте на Вистарских крысах показали, что диета с высоким содержанием жиров во время беременности и периоде лактации не вызывает метаболических изменений у рожденных самцов. Тем не менее, это вызывало негативные изменения со стороны морфологии сперматозоидов. Авторы предположили, что данное явление может быть поздним симптомом патологии развития репродуктивной системы на фоне высокожирной диеты в периоды беременности и грудного вскармливания.

Высокожирная диета в периоды беременности и грудного вскармливания вызывает нарушение морфологии сперматозоидов в эксперименте на животных.

M. Hessel et al. из Нидерландов ретроспективно оценили результаты TESE при необструктивной азооспермии. Результаты работы показали, что качество эмбрионов является единственным параметром эффективности ВРТ при азооспермии, а криоконсервация сперматозоидов не оказывает влияния на исход беременности. Авторы подчеркивают, что предпочтительнее использовать подвижные сперматозоиды для ИКСИ, а при наличии криоконсервированного материала нет необходимости в выполнении Fresh-TESE.

Британская работа Yap T. et al., посвященная генетическим наблюдениям, показала, что концентрация сперматозоидов ниже 1 млн/мл является более чувствительным и специфичным порогом для обнаружения делеций Y-хромосомы, чем текущий рекомендованный – 5 млн/мл. У всех пациентов с аномалиями кариотипа имела место олигозооспермия (<10 млн/мл). Авторы сделали вывод, что полученные данные позволят повысить эффективность затрат на генетическое тестирование при мужском бесплодии.

Abumelha S. et al. оценили частоту выявления тестикулярных опухолей при ультразвуковом исследовании у пациентов с бесплодием. Было показано, что опухоли яичек значительно чаще выявляются у субфертильных пациентов, чем в общей популяции. Таким образом, авторы сделали заключение, что скрининговое УЗИ органов мошонки представляется оправданным у всех мужчин с патологией репродуктивной функции.

УЗИ-скрининг органов мошонки рекомендован всем пациентам мужчинам с патологией репродуктивной системы вследствие более высокой частоты обнаружения у них тестикулярных опухолей.

Датская работа Christian F.S. et al. продемонстрировала интересные наблюдения. Авторы показали, что TESA является безопасной и эффективной процедурой получения сперматозоидов, как при обструктивной, так и при необструктивной азооспермии. Успешная диагностическая TESA – благоприятный прогноз для терапевтической биопсии яичка. При этом было отмечено, что micro-TESE не повышает шансы на получение сперматозоидов после неудачных TESA. После открытой биопсии яичка было зарегистрировано большее количество осложнений, включая падение уровня тестостерона в сравнении с micro-TESE. Нужно отметить, что данная работа была выделена на заключительной секции, где резюмировались наиболее полезные наблюдения для повседневной практики.

В заключении хочется отметить, что наука и практика неделимы. Рекомендации к лечению могут меняться вместе с представлениями о той или иной проблеме. И в основе перемен лежат экспериментально-практические разработки. 30й Конгресс ЕАУ осветил ряд вопросов, на которые в ближайшем будущем необходимо найти ответы.

URO TV

Урологическое ТВ

Категории видео | Видео | Онлайн-трансляции | Фотоальбомы | Мероприятия | Вход

Обновленная версия Uro.TV работает не только на компьютерах и ноутбуках, но также на мобильных устройствах, включая IPhone и IPad!

uro.tv

Потенция или жизнь?

Группа экспертов выявила смертельно опасные фальсификаты добавок для поддержания мужской силы.

Поддельные лекарства: даже не зная об этом, с ними так или иначе сталкивается большая часть населения нашей страны. Только в конце прошлого года Госдумой принят закон, предусматривающий уголовную ответственность за производство и распространение фальсифицированных лекарств, медицинских изделий и БАДов. Кроме того, сегодня Россия готовится к ратификации Международной конвенции «Медикрим», посвященной борьбе с оборотом поддельной медицинской продукции. Группа отечественных организаций провела собственное расследование на рынке и выявила целый ряд поддельных добавок, небезопасных для здоровья потребителей. «Мишенью» проверки стали БАДы, направленные на улучшение эректильной функции.

Поводом для начала работы стало обращение зарубежных фармацевтических компаний, заподозривших наличие на нашем рынке фальсифицированных БАДов. Совместную исследовательскую работу провели «Союз профессиональных фармацевтических организаций», НП «Аптечная Гильдия» и саморегулируемая организация НП ОП БАД. Утверждалось, что добавки, попавшие под подозрение, содержат в себе вещества, использование которых разрешено только в лекарственных средствах, а значит, способны вызвать серьезные побочные эффекты.

В апреле текущего года исследователи провели контрольную закупку в пяти аптеках Москвы. Всего было куплено 29 препаратов для улучшения потенции, находившихся под подозрением. Затем три лаборатории — Департамента здравоохранения Москвы, аграрного факультета РУДН, а также судебно-медицинских и криминалистических экспертиз Минобороны — проверили состав этих БАДов.

Результаты оказались неутешительными. В составе 25 из 29 закупленных добавок обнаружились не заявленные при регистрации вещества: ингибиторы фосфодиэтеразы-5 (иФДЭ-5) Тадалафил (его максимальное содержание составило 32,5 мг на капсулу одного из

проверенных препаратов. В самом «безобидном» из образцов оно установлено на отметке 1,6 мг). и Силденафил (5 мг на капсулу, выявлен только в одном из образцов). В принципе, они применяются в медицинской практике при терапии эректильной дисфункции, но это серьезные лекарства, имеющие противопоказания и способные навредить здоровью человека при самостоятельном неконтролируемом приеме. К использованию в биологически активных добавках они запрещены. Таким образом, эксперты пришли к выводу, что под видом БАДов проверяющим были проданы фальсифицированные продукты. В их числе оказались средства «Сеалекс форте», «Аликапс», «Лаверон», «Тонгкат Али Планинум», «Саймы» и «Фужуньбао супер».

Список противопоказаний к приему обнаруженных в добавках веществ состоит далеко не из экзотических заболеваний. К примеру, принимать иФДЭ-5 нельзя при язвенной болезни, артериальной гипертонии, стенокардии и нарушениях сердечного ритма — заболеваниях, крайне распространенных у мужчин после 40 лет, то есть чаще всего сталкивающихся с проблемами эрекции. Также прием этих веществ категорически запрещен пациентам с миеломой, серповидно-клеточной анемией, почечной и печеночной недостаточностью. «Бесконтрольный прием иФДЭ-5, обусловленный неинформированностью пациента об их содержании в препарате, может привести к угрозе жизни и должен быть категорически запрещен», — гласит официальное заключение вице-президента Российского кардиологического общества Юрия Беленкова по итогам работы.

Более того, в изученных препаратах иФДЭ-5 содержатся вместе с другими активными веществами, взаимодействие их с которыми просто никем и никогда не изучалось. Последствия приема, таким образом, могут оказаться совершенно непредсказуемыми и смертельно опасными. Специалисты не склонны недооценивать серьезность ситуации. «Кроме того, что эти фальсификаты угрожают жизни и здоровью целого ряда пациентов, они могут спровоцировать бесплодие у мужчин в возрасте 25–45 лет и тем самым поставить под угрозу демографическую ситуацию в стране», — говорится в экспертных выводах.

Особую озабоченность исследователей вызвал тот факт, что некоторые изученные препараты содержали запрещенные вещества в оболочке желатиновой капсулы. Это означает, что производитель сознательно постарался спрятать их от проверки. Все установленные факты позволили специалистам сделать вывод о наличии состава преступления.

Так, профессор Сергей Максимов, заведующий сектором уголовного права Института государства и права РАН определил в своем заключении:

«Действия этих производителей – уголовное преступление. Производство и сбыт указанных в исследовании препаратов попадает под 238 статью Уголовного кодекса РФ «Обращение фальсифицированных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и оборот фальсифицированных биологически активных добавок».

Как видно по результатам только одной контрольной закупки, ситуация угрожает серьезными последствиями для тысяч людей. Вслед за отчетами лабораторий наступает очередь работы следственных органов и Роспотребнадзора. Официальные запросы с просьбой принять необходимые меры направлены председателю Следственного комитета РФ Анатолию Бастрыкину, министру здравоохранения Веронике Скворцовой, главе Роспотребнадзора Анне Поповой и генпрокурору Юрию Чайке.

Помимо привлечения к ответственности производителей и распространителей поддельных добавок, инициаторы проверки требуют в скорейшем порядке изъять из продажи все препараты, содержащие незаявленные вещества, а также отозвать лицензии на производство у недобросовестных компаний. К слову, согласно оценкам «Союза профессиональных фармацевтических организаций», оборот химических суррогатов под видом биологически активных добавок в аптечных сетях России может на сегодня достигать 4–5 млрд рублей в год. Так что эта проверка обещает стать лишь одним из первых шагов на огромном поле работы.

Поучаствовать в борьбе с поддельными препаратами нашей стране предстоит и на международном уровне. Сегодня Россия готовится ратифицировать конвенцию Совета Европы о борьбе с фальсификацией медицинской продукции и сходными преступлениями, угрожающими здоровью населения «Медикрим». Ее основные цели – установление уголовной ответственности за фальсификацию медицинской продукции и сходные преступления (производство, хранение и предложения по реализации фальсификата, подделка документации и упаковки), защита прав потерпевших от этих преступлений, а также развитие сотрудничества по борьбе с ними на международном и внутригосударственном уровнях. В ходе подготовки к ратификации документа уже принят ряд изменений в российских законодательных актах, относящихся к этой проблеме. Для вступления конвенции в силу необходимо согласие на ее обязательность не менее чем пяти подписавшихся ранее стран (Россия подписала документ в 2011 году), хотя бы три из которых входят в Совет Европы. На сегодня свое согласие уже выразили Венгрия, Испания, Молдова и Украина.

Непрерывное профессиональное образование в урологии – UroEdu.ru

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

Влияние селективных ингибиторов обратного захвата серотонина на сперматогенез фертильных мужчин с депрессией

Бесплодный брак вызывает эмоциональный стресс, что может стать одним из фактором развития депрессивного состояния. Стресс также признан одной из возможных причин патоспермии и бесплодия. Формируется патологический замкнутый круг. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) препараты выбора в лечении депрессивных расстройств.. Однако, в литературе имеется работы, описывающие влияние СИОЗС на параметры спермы и уровень ДНК фрагментации сперматозоидов.

Целью исследования стала оценка влияние СИОЗС на сперматогенез в лечении пациентов с депрессией средней степени тяжести.

Пилотное исследование включило 19 фертильных мужчин (имеющих детей) в возрасте от 28 до 42 лет (средний возраст – 35,2±4,5 года) с депрессией средней степени выраженности. Данных за урологическую патологию выявлено не было. Пациенты были консультированы психиатром. Назначен флуоксетин в дозе 20 мг в сутки в течение 6 недель. Спермиологическое исследование (ВОЗ 2010) – объем спермы, концентрация, морфология, подвижность и индекс фрагментации ДНК сперматозоидов (Halosperm) оценены до и после окончания терапии, а также через 3 месяца после окончания лечения.

Результаты. Все пациенты имели нормальные показатели спермограммы до лечения. Через 6 недель лечения были зафиксированы следующие изменения качества спермы. Средний объем эякулята уменьшился с 3,1±0,7 до 2,9±0,7 мл, концентрация сперматозоидов с 39,4±18,5х106 до 34,3±16,8х106. Подвижность сперматозоидов категории (a+b) уменьшилась с 41,7±7,6% до 35,5±7,8% (p<0,05), число морфологически нормальных форм – с 16,7±2,8 до 10,7±2.2% (p<0,001). Индекс фрагментации ДНК увеличился с 16,2±4,9 до 22,2±4,3 (p<0,001). Через 3 месяца по окончании лечения объём эякулята увеличился до 3,2±1,8 мл, концентрация сперматозоидов выросла до 36,1±17,5х106, среднее число подвижных сперматозоидов (a+b) – до 39,5±8,6, процент нормальных форм половых

клеток увеличился до 15,1±2,4%, индекс фрагментации ДНК снизился до 13,8±3,1 (p<0,05). Спустя 3 недели лечения 2 пациента (10,5%) пожаловались на задержку эякуляции, что потребовало снижения дозы препарата до 10 мг. У всех пациентов было отмечено уменьшение выраженности симптоматики по шкале депрессии (шкала Бека).

Выводы. Исследование демонстрирует, что использование СИОЗС может негативно влиять на сперматогенез и фертильность мужчины в течение лечения. Наиболее выраженные изменения зарегистрированы в отношении морфологии и целостности структуры ДНК половых клеток. Через 3 месяца после отмены препарата отмечается возврат показателей к исходным значениям. Более того после отмены терапии мы зарегистрировали более низкий индекс фрагментации ДНК сперматозоидов в сравнении с исходными значениями. Данный показатель положительно коррелировал с регрессией симптомов депрессии. Требуются дальнейшие исследования для оценки отрицательного и положительного эффектов СИОЗС в лечении бесплодных мужчин с депрессией.

Материал подготовлен
М.Н. Коршунов1,3, И. В. Виноградов[1], Е. С. Коршунова[2], Ю.А. Штыря3, М. Ю. Габлия[1]
[1] Кафедра клинической андрологии ФПК МР РУДН, г. Москва
[2] ГБУЗ Научно-практический центр психоневрологии ДЗМ, г. Москва
3 Российско-немецкий центр репродукции и клинической эмбриологии ЗАО «Поколение NEXT»

ТОП-5 лучших докладов I Межрегиональной школы по открытой, эндоскопической и лапароскопической урологии «Малоинвазивная и инновационная урология» (Кемерово)

19-20 февраля в г. Кемерово на базе МБУЗ «ГКБ №3 им. М.А. Подгорбунского» прошла I Межрегиональная школа по открытой, эндоскопической и лапароскопической урологии «Малоинвазивная и инновационная урология».

*Школа проведена под эгидой Российского общества по эндоурологии и новым технологиям, Кузбасского филиала Российского общества урологов, МОО «Общество специалистов по репродуктивной и сексуальной медицине». Программа школы получилось очень насыщенной и вызвала интерес у специалистов. За два дня выполнено 13 операций «живой хирургии» и 37 выступлений с докладами. На школе зарегистрировалось 157 участников и 319 на сайте **Uroweb.ru** и **Uro.TV**, на которых проводилась он-лайн трансляция мероприятия. В работе школы принимали урологи из Хабаровска, республики Саха-Якутии, Сибирского Федерального округа, Екатеринбурга, Москвы, Астрахани, Республики Казахстан и др.*

Мы представляем ТОП-5 лучших, на взгляд редакции «Дайджеста урологии», докладов этого мероприятия

I. Доклад О.В. Журавлева из Первой областной клинической больницы, УГМУ (Екатеринбург) **«Робот-ассистированные операции в урологии г. Екатеринбурге».**

4 октября 2007 года в 14.00 в Екатеринбурге состоялась первая в России робот-ассистированная операция.

В начале доклада были всесторонне освещены все аспекты робот-ассистированной радикальной простатэктомии (РПЭ) согласно клиническим рекомендациям EAU:

1. Онкологические исходы

• РАРПЭ при локализованном РПЖ на сегодняшний день является хорошо обоснованным хирургическим вмеша-

тельством при котором позитивный хирургический край встречается также часто, как и при ОРП и ЛРП;

• 5-летняя безрецидивная выживаемость при РАРПЭ сопоставима с таковой при ОРП и ЛРП;

• пока нет оснований для выводов о преимуществе РАРПЭ перед другими видами вмешательств;

• роботическая хирургия простаты не улучшает онкологические исходы, опыт хирурга улучшает.

2. Недержание мочи после РАРПЭ

• недержание мочи после РАРПЭ сопоставимо с ОРП и ЛРП;

• опыт хирурга может иметь значение в результатах в отношении раннего удержания мочи;

• имеется тенденция к более раннему удержанию мочи после РАРПЭ

3. Влияние РАРПЭ на эректильную функцию (ЭФ)

• в отношении сохранения потенции РАРП демонстрирует результаты не хуже, чем ОРП и ЛРП;

• имеется тенденция к более раннему восстановлению ЭФ после РАРПЭ

• с целью сохранения потенции рекомендовано избегать использования каутера при выделении сосудисто-нервного пучка

4. Диссекция тазовых лимфоузлов при РАРПЭ

• при использовании роботической и лапароскопической техники удаляется меньшее количество лимфоузлов, чем при открытой операции;

• при робот-ассистированной, лапароскопической и открытой операции выявляется одинаковое количество позитивных лимфатических узлов, поэтому любая из техник может использоваться для лимфаденэктомии.

5. Хирургический край – после РАРПЭ положительный хирургический край обнаруживается реже, что объясняется лучшей визуализацией апекса и капсулы простаты, наличием оптического увеличения, хорошего освещения и тампонады сосудов за счет высокого давления CO2.

6. Лучевая или андроген-депривационная терапия реже используются в течение 6, 12 и 24 месяцев после РАРПЭ, что свидетельствует о лучшем контроле над заболеванием при использовании роботической техники РПЭ.

Докладчик привел собственные сравнительные данные между РАРПЭ (1) и открытой РПЭ (2).

Характеристика пациентов в целом была одинаковой в обеих группах: средний возраст составил 62 в группе 1 и 57 в группе 2; IPSS 10,2 (1) и 9,8 (2), показатель по шкале Глисона 7,1 (1) и 7,4 (2), уровень ПСА 10,4 (1) и 13,22 (2), объем предстательной железы 39,1 (1) и 47 (2).

Авторы исследования сделали вывод о том, что внедрение в клиническую практику робот-ассистированной простатэктомии сопровождалось уменьшением сроков госпитализации (разница составила 1-2 дня), числа осложнений

(улучшение показателей восстановления эректильной функции 48% в группе РАРПЭ против 16% в группе РПЭ; удержания мочи через 3 месяца 80% РАРПЭ против 52% РПЭ) и потребности в гемотрансфузии (ни одного случая при РАРПЭ).

II. Доклад Р.Р. Винокурова «Оперативная урология в Республике Саха (Якутия)» от Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия), ГБУ РБ №1 Национальный центр медицины, отделение урологии, г. Якутск

Отделение урологии ГБУ РБ №1 НЦМ открыто с момента основания клиники в 1992 году. В настоящее время развернуто 25 коек, на которых оказывается плановая медицинская помощь для населения РС (Я) (около 955 000 человек). В отделении трудятся 4 врача, средний возраст которых составляет 34 года, все они проходили обучение в ведущих кафедрах урологии России. В настоящее время в отделении выполняется практически весь спектр урологических и онкоурологических операций.

С 2009 года начался новый этап в развитии урологии, что сопровождалось увеличением доли малоинвазивных вмешательств – за период 2009-2014 гг выполнено 990 трансуретральных операций и 420 – лапароскопических. В структуре лапароскопических

вмешательств можно выделить 218 варикоцелэктомий, 127 резекций кист почек, 33 нефрэктомий, 22 нефропексий, 20 пластик ЛМС. Из операций, выполняемых трансуретрально, можно выделить контактные литотрипсии (480), ТУРП (455), ТУР МП (55).

С 2009 – 2014 гг выполнено 14 операций по поводу мышечноинвазивного рака мочевого пузыря: 4 больным выполнена цистпростатэктомия с наложением уретерокутаностом, 2 больным выполнена операция Бриккера, 8 больным выполнена цистпростатэктомия с илеоцистопластикой по Хаутманну.

В тот же отчетный период выполнено 15 радикальных простатэктомий, в том числе в 2014 году впервые – лапароскопическая радикальная простатэктомия во время мастер-класса профессора Галлямова Э.А.

Урологами Республики Саха (Якутия) выполняется большое количество реконструктивных пластик мочеточника, а также уретры, с наложением концевых анастомозов, островковых кожных пластик. С начала 2013 года начали выполнять позадилонную аденомэктомию по Миллину, в настоящее время подсчитывается 10 операций с отличным результатом.

С 2009-2014 гг за внедрение и оптимизацию оперативных методов лечения урологи Республики стали обладателями 4-х грантов попечительского совета, а также Правительства республики.

Таким образом, современная якутская урология старается не отставать от мирового прогресса оказания медицинской помощи, активно внедряя все новые и актуальные методы оперативного лечения.

III. Доклад Е.В. Ильинской «Люмбоскопическая нефропексия» из МБЛПУ ГКБ №1 г. Новокузнецка.

Как отметила докладчик, урологами очень много выявляется нефроптозов, особенно у худых женщин, но это совершенно не означает, что всех нужно оперировать. Для оперативного лечения данного состояния существуют четкие показания, к которым относятся стойкий болевой синдром, частые атаки острого пиелонефрита, гематурия, нарушение оттока мочи с образованием камней. В активе автора доклада за 10 лет (2004-2014 г) выполнено 87 операций, в 17 случаях операция сочеталась с пиелолитотомией или уретеролитотомией. В начале практики нефропексия сначала выполнялась лапароскопически, потом по мере накопления опыта она стала выполняться из ретроперитонеоскопического доступа.

Далее автор продемонстрировала видеофильм, демонстрирующий технику операции. Под эндотрахеальным наркозом вводится первый троакар по средне-подмышечной линии, создается полость движениями лапароскопа и нагнетанием CO_2, затем вводятся два

дополнительных троакара по переднеподмышечной линии в правом подреберье и правой подвздошной области. Освобождается участок поясничной мышцы, мобилизуется почка из паранефральной клетчатки, фиксируется сетка из полипропилена к мышце, перекидывается через нижний полюс почки и прикрепляется к передней поверхности почки, фиксация осуществляется скрепками.

Рентгенологическое обследование пациентки наглядно показывает отсутствие нефроптоза и нормальное положение почки.

IV. Доклад И.Л. Васильченко «Первый опыт применения высокодозной брахитерапии при местнораспространенном раке предстательной железы в Кузбассе».

Известно, что для терапии рака предстательной железы (РПЖ) применяют постоянную (низкодозную) и временную (высокодозную) брахитерапию. Введение постоянных зерен-имплантантов (I-125) является самой распространенной формой брахитерапии. При постоянной имплантации источники остаются в простате и обеспечивают радиацию в течение нескольких недель или месяцев. I-125 имеет период полураспада 60 дней и обычно рекомендованная минимальная периферическая доза составляет 160 Гр на объем, который включает капсулу простаты плюс 2 или 3 мм запаса. Эта методика имеет осложнения – лучевые проктиты и уретриты, острое нарушение мочеиспускания.

Автор доклада поделился опытом брахитерапии рака предстательной железы с использованием источника высокой мощности дозы (HDR) Ir-192, которая рекомендована к применению в случае неудачи или невозможности выполнения хирургического пособия, экстракорпоральной лучевой терапии и гормональной терапии. Высокодозную брахитерапию можно выполнять при стадии процесса T1b-T3b и N0-M0, любом показателе Глисона, уровне ПСА<100 нг/мл, в случае неудачи или невозможности выполнения хирургического пособия, экстракорпоральной лучевой терапии и гормональной терапии.

В качестве преимуществ такого метода лечения авторы доклада назвали однократность процедуры, результаты не уступают хирургическому лечению у больных с хорошим или промежуточным прогнозом, низкий риск развития недержания мочи (кроме больных с предшествующей трансуретральной резекцией), сохранение эректильной функции у большинства больных. При распространённости опухоли T1-T2 после курса брахитерапии 4х-летняя выживаемость составляет 70-80%. Однако при местно-распространённом раке брахитерапию проводят только в сочетании с дистанционным облучением.

V. Доклад, представленный кафедрой урологии Новосибирского Госу-

дарственного медицинского университета (зав. каф. проф. А.А. Еркович), **Лопатина А.С. «Качество жизни и социальная адаптация пациенток после операции по коррекции пола»**.

В последние годы термин «транссексуальность» стал привычным в урологии-андрологии и подразумевает состояние несоответствия между анатомическим полом индивида и его гендерной идентичностью (психологическим полом), код МКБ-10 F64.0.

Распространенность транссексуализма в мире колеблется от 1 на 100000 человек до 1 на 40000 человек и встречается практически во всех этнических группах, несмотря на значительные культурные различия, что может служить косвенным доказательством наличия его биологической основы. Исследования показали, что на 11900 биологических мужчин приходится 1 с иной половой дифференцировкой мозга, и 1 транссексуал – на 30400 биологических женщин, т.е. преобладает «мужской» ТС в соотношении приблизительно 3:1 к «женскому».

В клиническом отношении транссексуалы варьируют от относительной нормы до психотиков. Большинство из них не являются психотиками, если только отрицание значения их генитальной анатомии не достигает степени маниакальности.

По мнению большинства западных специалистов, единственным действенным, на сегодняшний день, методом лечения транссексуальности, дающим более или менее удовлетворительные результаты, является хирургическая и гормональная коррекция пола в соответствии с гендерной самоидентификацией, включая смену документов и социализацию в новой гендерной роли. Перед тем, как сделать операцию, человек проходит длительную подготовку в несколько этапов. Для установления диагноза проводится психиатрическая экспертиза.

Автор приводит показания для коррекции пола в России согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации № 311 от 6 августа 1999 г. «Об утверждении клинического руководства «Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств». Итак, показаниями для смены пола в России являются:

- невозможность психосоциальной адаптации пациента при сохранении биологического пола;
- наличие подтвержденного диагноза F 64 (Ядерный транссексуализм);
- отсутствие отрицания своей телесной половой принадлежности, но не приятие психологических ее последствий;
- эндокринологическая готовность к проведению операции;
- отсутствие медицинских противопоказаний (тяжелые сопутствующие заболевания).
- высокая суицидоопасность;
- отсутствие эндогенного психического заболевания;

• отсутствие гомосексуальности как ведущего мотива для перемены пола;
• отсутствие делинквентного поведения;
• формирование противоположного полового самосознания с 5-7 лет;
• окончание полового развития;
• достаточная социальная зрелость.

Противопоказаниями являются:
• отсутствие подтвержденного диагноза транссексуальности специалистами в области половой дисфории;
• тяжелые психические и системные заболевания;
• алкоголизм;
• гомосексуализм;
• пожилой или слишком юный (до 18 лет) возраст.

Хирургическая смена пола должна иметь серьезные юридические основания, которыми являются достижение юридического возраста половой зрелости, комиссионное заключение о наличии ядерного ТС МКБ – 10 F 64.0, информированное согласие с акцентом на необратимость последствий операции и лишение репродуктивной функции.

Хирургическая коррекция пола у MtF транссексуалок включает:
• феминизирующая маммопластика
• орхиэктомия
• пенэктомия
• феминизирующая вагинопластика
• феминизирующая лицевая хирургия

Используемые методики вагинопластики
• Кожно – фасциальная пенильная инверсия описанная Н.О. Милановым, Р.Т. Адамяном и Г.И. Козловым в книге «Коррекция пола при транссексуализме»
• Методика пеноскротальной вагинопластики университетской урологической клиники Неаполь «FEDERICO II»

Этапы операции
• Выкраивание скротального лоскута
• Скальпирование полового члена
• Билатеральная орхиэктомия (если не проводилась до)
• Мобилизация сосудисто-нервного пучка и уретры
• Удаление кавернозных тел
• Формирование «чехла» неовагины
• Формирование неоклитора
• Формирование промежностно-тазового канала для неовагины (между простатой, м/п и прямой кишкой)
• Инверсия пеноскротального «чехла» в сформированный канал
• Фиксация неоклитора и уретры в типичных местах
• Кожная пластика
• Установка силиконового вагинального стента с центральным отверстием для дренирования – залог отсутствия пролапса и стеноза неовагины.

Автор доклада отметила, что некоторые транссексуальные пациенты после коррекции пола сталкиваются с ещё большими проблемами, чем до неё. Кроме неопределённости их статуса в обществе, определённую роль может здесь играть и утрата репродуктивной функции. Нередко наблюдается и завышение ожиданий, когда люди полагают, что коррекция пола сама по себе радикально изменит их

жизнь в лучшую сторону или они сразу же приобретут все характерные признаки своего психологического пола. Наличие данной проблемы и отсутствие исследований в области психологической адаптации пациенток с перенесенной операцией по коррекции пола, подвело к необходимости исследования отдаленных результатов операций, настоящего психологического и социального статуса женщин, перенесших операцию.

Собственный опыт кафедры урологии НГМА в отношении операций по коррекции пола включает 12-летний опыт работы (первые операции были выполнены в 2003 году) и 21 пациента. Осложнения наблюдались у 42% пациентов (расхождение швов – 1 пациент, деградация неовлагалища – 1, гематома -1). 75% пациентов остались удовлетворены результатами, 67% пациентов были довольны своим новым телом и ни один (!) пациент не жалел о проведенной операции.

Большой заслугой урологов, стала оценка и анализ не только результатов хирургического лечения, но и сексуального и социального статуса этой группы пациентов. Вопросы, которые были заданы пациентам:

Изменились ли отношение друзей, в семье, и отношение лично к вам после проведенной операции	от 67% пациентов отказались родственники и друзья	
Возникли ли проблемы в трудовой деятельности	42% да 58% нет	Замена трудовой книжки, диплома о высшем образовании
Были ли сложности при переоформлении документов	75% да 25% нет	Замена паспорта
Стало ли вам психологически комфортнее после проведенной операции	100% да	
Есть ли у вас постоянный партнер	42% да 58% нет	Полная асексуальность - 3
Знает ли ваш партнер о проведенной операции	100% да	
Стали ли вы получать больше удовольствия от интимной жизни	50% да 25% затрудняюсь ответить	17% нет 8% без изменений
Возникают ли проблемы в интимной сфере	42% да 58% нет	Нарушения чувствительности, либидо, достижения оргазма, невыраженное возбуждение

Проведенная конференция еще раз подтвердила высокий профессиональный уровень урологии-андрологии в Сибирском регионе, огромный интерес урологов и андрологов к работе своих коллег и желание повышать свой уровень знаний.

Десять миллиардов за два неполных года

Новые данные о финансовых отношениях медиков и фармпроизводителей опубликованы в США. С августа 2013 года американские врачи получили от фармацевтических компаний и производителей медицинского оборудования порядка $10 млрд в рамках сотрудничества. Отчитываться о таких денежных взаимодействиях корпорации с недавних пор обязывает американское законодательство.

Данные предоставлены по средствам, перечисленным непосредственно докторам, а также в университетские клинические больницы. Большую их часть (около половины от общего объёма) составляют деньги, направленные на проведение исследовательских работ. Остальное – оплата транспортных расходов врачей, например, при посещении конференций, подарки и гонорары за выступления, сообщает U.S. News & World Report.

На 2014 год из указанной суммы приходится около $6,49 млрд. Их выплатили более 1,4 тыс. компаний, а получили — около 600 тыс. врачей и 1,1 тыс. университетских клиник. На 2013 год данные доступны только с августа до конца декабря. За это время 1,3 тыс. предприятий перечислили $3,43 млрд, которые достались около 470 тыс. врачей 1019 клиник.

Больше всех вкладывается в отношения с докторами корпорация Genetech. Она основана в 1976 году, сегодня входит в группу компаний Roche и является одним из мировых лидеров в области биотехнологий. В 2013 году Genetech перечислила врачам и клиникам $388 млн — почти в четыре раза больше, чем вторая по списку DePuy Synthes Products LLC., производитель ортопедических изделий.

Данные, озвученные в середине июля, предоставлены Центрами обеспечения услуг по программам Medicare и Medicaid. Обе они учреждены в 1965 году: первая из программ нацелена на страхование граждан старше 65 лет, а также инвалидов, а вторая – малообеспеченных слоев населения.

Отчитываться по финансовым вливаниям в отношения с медиками и клиниками фармпроизводителей обязывает закон, принятый в рамках реформы системы здравоохранения США, неофициально называемой «Obamacare» (буквально — «Обамаохранение»). Это первая попытка обновить американскую медицинскую систему со времен принятия Medicare и Medicaid. Главные цели реформы — увеличение процента застрахованных граждан (ориентировочно до 95% при существующих 84% по последним озвученным данным на 2011 год), снижение медицинских затрат и повышение качества услуг. Американцев, не обладающих страховкой, предлагается штрафовать наряду с компаниями, не предлагающими приобрести полис. Это, вкупе с другими причинами, вызывает ощутимое противодействие реформе в обществе: «Obamacare» не раз критиковалась за жесткость и увеличение доли государственного регулирования.

Помимо прочего, реформа подразумевает заметный рост налогов для фармацевтических компаний и производителей медицинской продукции. Повышенный уровень внимания к ним объясняется множеством нерешенных этических и экономических вопросов, относящихся, в том числе, к сфере взаимодействия с врачами.

В частности, как один из «побочных эффектов» PR-активности фармацевтических компаний часто называется общее удорожание медикаментов. Затраты фармацевтических компаний на маркетинг сегодня, как видно из представленных отчетов, исчисляются в миллиардах долларов. Эти суммы могут равняться объемам финансирования исследований и новых разработок, а местами и превышать их. Наглядные данные предоставляет соседняя Канада: если в середине 1970-х расходы канадцев на медикаменты составляли 8,4% от общегодовых затрат, то к началу 2000-х годов они достигли 14,9 %. Несмотря на огромные затраты на продвижение своей продукции, фармацевтические концерны год от года

заявляют о рекордной прибыли. Таким образом, по-видимому, все затраты покрывает повышение стоимости лекарств. Подобные тенденции отмечаются и российскими исследователями.

Кроме того, зачастую практикуемые способы заинтересовать врача – предложение разного рода бонусов, подарков или поездок — могут вести к назначению «нужных» препаратов, иногда излишнему и необоснованному. Договорные отношения с работниками аптек нередко ведут к тому же результату – повышению продаж отдельных лекарств без справедливого на то основания.

В России регламентирование взаимоотношений между врачом и фармацевтической отраслью формально относится к сфере ответственности Росздравнадзора, однако жесткой нормативной базы по этому вопросу нет.

Подробные инструкции по взаимодействию со специалистами здравоохранения содержатся в кодексе Ассоциации международных фармацевтических производителей (AIMP). Действующая редакция от 4 декабря 2013 года, к примеру, разрешает привлекать медицинских специалистов для оказания услуг научного и педагогического характера, а также при проведении клинических исследований лекарственных средств и выплачивать им вознаграждение за оказание данных услуг. При этом должен заключаться письменный договор о сотрудничестве. Возмещение расходов таких специалистов на проезд и проживание, когда они необходимы, разрешено, но при этом питание «допускается в разумных пределах», путешествия проходят только в эконом-классе, а расходы сопровождающих лиц не покрываются. В целом, гласит документ, «запрещается использовать гостиницы или объекты, которые в глазах общественности ассоциируются с роскошью или эксклюзивностью, независимо от их класса». На конференциях и прочих публичных мероприятиях возможно предоставление участникам канцелярской продукции для ведения записей. При этом предлагать и преподносить медикам подарки кодекс однозначно воспрещает.

Демонизировать отношения фармпроизводителей с докторами, однако, тоже не стоит. Как показывают данные, обнародованные американцами, большая часть отчислений все еще направляется на финансирование новых медицинских исследований. Кроме того, информация об актуальных разработках в фармацевтической сфере, которой обладают представители индустрии, может быть весьма полезна для практикующих докторов. Таким образом, успех и безопасность сотрудничества упираются в вопросы регулирования и надлежащей отчетности.

Материал подготовила
Ю.Г. Болдырева

Etta

Анализатор мочи персональный «АМП-01»

представляет собой переносной компактный прибор для in vitro

Экспресс-анализ мочи:

- В медицинских учреждениях
- Для проведения выездных исследований
- В домашних условиях

Портативный анализатор мочи «ЭТТА АМП-01» на тест-полосках это переносной компактный прибор. Используется при проведении экспресс-анализа проб мочи. Построен на современных фотоэлектрических и микропроцессорных технологиях.

Преимущества:

– Простота эксплуатации
– Быстрота исполнения анализа
– Надежность
– Точность результатов

Условия применения:

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

Исследование является качественным или полуколичественным. Преимущественной областью использования прибора в медицине является урология, гинекология, нефрология.

11 исследуемых параметров

ИССЛЕДУЕМЫЕ ПАРАМЕТРЫ

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

E-mail: **info@ettagroup.ru**

Ettagroup.ru

Снова в нашем зале нет пустого места!

Отчет по Школе детской урологии-андрологии

Т.Н. Гарманова
детский уролог, к.м.н.,
спец. корр. Uroweb.ru

2-3 апреля 2015 года в Москве состоялась IV Всероссийская школа по детской урологии-андрологии. Организаторам удалось привлечь к работе на Школе ведущих иностранных специалистов, подготовить к печати тезисы, постеры по детской урологии, памятки для родителей пациентов, клинические рекомендации по детской урологии-андрологии.

Школа стала уже регулярным и наиболее ожидаемым мероприятием в детской урологии, привлекающим к себе внимание не только детских, но и «взрослых» урологов, хирургов, нефрологов, педиатров, урологов и врачей других смежных специальностей. Такой междисциплинарный подход является очень важным, учитывая, что детская урология находится на стыке нескольких специальностей.

Организаторы Школы – МООУ «Интернет форум урологов», НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А.Лопаткина – филиал ФГБУ "НМИРЦ" Минздрава России, «Межрегиональная общественная организация детских урологов-андрологов» (МООДУА), Урологический информационный портал UroWeb.ru – уделяют особое внимание специализации приглашенных иностранных гостей. В 2015 году этой чести были удостоены французские коллеги – профессор **Франсуа Варлет** и доктор **Мануэль Лопес** – ведущие спе-

Франсуа Варлет

Мануэль Лопес

циалисты в области урологических лапароскопических операций, в том числе и у детей. Гость из Индии **Санжай Кулькарни** – общепризнанный в мире специалист по реконструкции уретры, разработавший метод буккальной уретропластики в сотрудничестве с профессором Барбали из Италии. Звездный состав иностранных гостей и блестящий состав российских детских урологов привлекли в этом году 210 участников из России и стран СНГ. Те участники, которые не смогли приехать лично, смотрели онлайн трансляцию на Uro.TV.

Санжай Кулькарни

Работу Школы открыли директор НИИ Урологии им. Н.А. Лопаткина – д.м.н., проф. **О.И. Аполихин** и председатель МООДУА д.м.н., проф. **И.В. Казанская.** В приветственной речи Олег Иванович обратил внимание на репродуктивное здоровье как взрослого, так и детского населения нашей страны, особо отметив, что более половины причин нарушения фертильности – родом из детства, что еще раз подчеркивает важность специальности детского уролога-андролога не только в лечении, но в профилактике возможных репродуктивных расстройств.

День первый

Научная и клиническая работа Школы была построена на представлении «живой хирургии» одновременно из двух операционных. Были выполнены следующие вмешательства – лапароскопический уретероцистоанастомоз у ребенка с мегауретером, лапароскопическое низведение яичка у ребенка с крипторхизмом и пластике заднего отдела уретры у подростка с травматическим повреждением уретры. Все операции проводились на базе НИИ Урологии им. Н.А. Лопаткина и транслировались в конференц-зал Школы и в интернет. Участники школы могли задать вопросы как непосредственно во время операции, так и после выступления приглашенных профессоров уже в аудитории. Иностранные лекторы представили именно **образовательные лекции**, в которых поэтапно описали выполнение оперативных вмешательств. Неоспоримым достоинством стали видеоматериалы, которые они продемонстрировали

И.В. Казанская, О.И. Аполихин

в своих сообщениях. Профессор **С. Кулькарни** прочел лекцию по особенностям реконструкции заднего отдела уретры, обратил внимание на технику выделения уретры, ее мобилизации, идентификации здорового и пораженного участков, которые требуют резекции, представил интересные способы укрытия вновь соз данной уретры, в том числе сальником, который мобилизировался из лапароскопического доступа. Нужно отметить, что уретроуретроанастомоз профессор Кулькарни выполнил всего лишь за 1,5 часа, чем вызвал восхищение аудитории.

В лекциях профессора **Ф. Варлет** была подробно описана техника выполнения лапароскопической резекции почки, начиная от установки портов и заканчивая моментом удаления части почки из брюшной полости. Вторая лекция французского хирурга была посвящена лечению опухоли Вильмса у детей, и в частности возможностям лапароскопических операций. Кроме особенностей техники выполнения операции, профессор рассказал о показаниях к резекции почки, нефрэктомии, остановился на роли химиотерапии до операции. Показаниями к выбору лапароскопического доступа при опухоли у ребенка является такой размер опухоли, при котором латеральный край позвонка не пересекает опухоль, это значительно упрощает доступ к почечной ножке. Профессор представил свой опыт выполнения данного метода оперативного лечения у 27 детей с опухолью Вильмса. Важно отметить, что у детей этой группы опухоль была либо небольшого размера, либо же им ранее проводилась неоадьювантная терапия. Доктор Варлет сообщил, что выполнение данного объема операции конверсия с лапароскопии на открытое вмешательство потребовалась в 4 случаях, среднее время операции составило 140 минут. У 1 ребенка вследствие перфорации подвздошной кишки развился перитонит, местный рецидив возник у 1 пациента через 9 месяцев после операции. В настоящее время профессор рекомендует лапароскопический доступ у пациентов при двусторонней опухоли Вильмса для почки, где требуется нефрэктомия и при опухоли Вильмса с небольшими метастазами в лимфатические узлы. Для минимизации возможных онкологических осложнений операции профессор рекомендует фиксировать троакары, предотвращать утечку газа, проводить операцию по принципу «не трогай опухоль», удалять ее в контейнере и без разрыва, делать достаточный надлобковый разрез для предотвращения разрыва опухоли.

В сообщении доктора **М. Лопеса** об операции экстравезикального уретероцистоанастомоза, автор остановился на показаниях к этой операции – наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса и мегауретера. Преимуществами этой операции он назвал ее эффективность при одно- и двустороннем процессе, меньшую травматизацию, вследствие интактности мочевого пузыря, минимального спазма мочевого пузыря, отсутствие гематурии,

отсутствие необходимости накладывать анастомоз, меньшую длительность госпитализации и быстрое восстановление, а главное воспроизводимость техники выполнения. Автор подробно описал методику выполнения операции и представил видеоматериалы, что значительно облегчило восприятие информации. В заключение доктор Лопес сообщил, что эффективность данного вмешательства составляет 96%, что сопоставимо с другими методиками.

Завершением работы первого дня Школы стало вручение иностранным специалистам почетных сертификатов об участии в Школе в качестве приглашенных лекторов.

День второй

Программа второго дня школы состояла из 3х сессий. В первой сессии были представлены видеодоклады, касающиеся эндовидеохирургии в детской урологии. Французские специалисты с большим удовольствием приняли участие в модерации данной сессии, отметив, что были приятно удивлены высоким уровнем докладов российских специалистов. Первым в данной сессии выступал **С.Г. Бондаренко** из Волгограда, представивший видеоролик по лапароскопическому выполнению уретероцистоанастомоза у 10 детей с обструкцией мочеточника и у одного пациента с пузырно-мочеточниковым рефлюксом. Результаты операции были расценены как хорошие у 8 из 10 детей.

Очень интересное видеосообщение было представлено детскими урологами из Сыктывкара под руководством **И.М. Каганцова** об удалении надпочечника при его опухоли у грудного ребенка.

С.Г. Врублевский представил две лекции о лапароскопической реимлантации мочеточников и лапароскопической пластике лоханочно-мочеточникового соустья. В обсуждении возникли классические вопросы по выбору внутри- или экстрапузырного доступа, в итоге урологи сошлись во мнении, что практически полностью это зависит от выбора хирурга. По мнению автора лапароскопическая пиелопластика является методом выбора при лечении гидронефроза у детей, т.к. позволяет осуществить малоинвазивный доступ к лоханочно-мочеточниковому сегменту, обеспечивает прекрасную визуализацию и возможность наложения прецизионного шва. Используемая методика имеет хороший клинический результат, при условии соблюдения всех этапов резекционной пиелопластики по Hynes-Anderson. В настоящее время технические возможности и накопленный опыт позволяют выполнять эндохирургическую пиелопластику без возрастных ограничений. Сергей Гранитович считает оптимальным методом дренирования коллекторной системы почки в послеоперационном периоде интраоперационную установку Doubel-J-стента, что сокращает сроки стационарного лечения и время реабилитации ребенка.

Несколькими докладами была представлена работа команды профессора **Акрамова Н.Р.**, которой были освещены

Н.Р. Акрамов

вопросы применения единого эндовидеохирургического доступа при удалении почки, хирургического лечения при синдроме непальпируемых яичек у мальчиков и при нарушениях формирования пола 46-XY. Работа Наиля Рамиловича и его коллег включала в себя данные о 15 мальчиках с крипторхизмом. На основании полученных данных было показано, что орхопексия с использованием однотроакарного лапароскопического доступа может являться операцией выбора у мальчиков с синдромом непальпируемых яичек. Данный вид хирургического доступа при лечении пациентов с абдоминальным крипторхизмом обладает значительными косметическими и реабилитационными преимуществами перед ранее выполняемыми открытыми и лапароскопическими операциями. На основании данных другого исследования, которое включало в себя 21 больного, авторы рекомендуют у детей с мультикистозной дисплазией почки, гипоплазией почки и терминальным гидронефрозом выполнять нефрэктомию по методике единого ретроперитонеоскопического доступа, а у пациентов с пузырно-мочеточниковым рефлюксом и терминальным уретерогидронефрозом – уретеронефрэктомию по методике единого лапароскопического доступа.

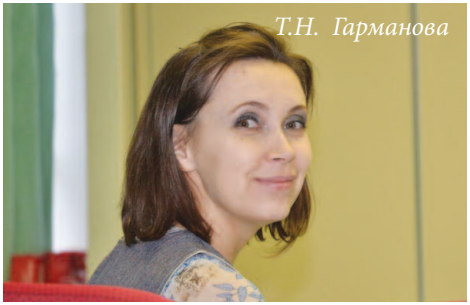
Каганцов И.М. представил клинический случай выполнения нефрэктомии у новорожденного ребенка по поводу опухоли почки. На основании собственного опыта и данных литературы, автор сделал вывод о том, что современный уровень развития эндоскопических технологий позволяет, соблюдая все абластические правила, выполнять оперативные вмешательства у детей менее травматично. Кроме того, растущее число публикаций о применении лапароскопического доступа при лечении онкологических заболеваний создаёт впечатление об их эффективности и безопасности, однако необходимы дальнейшие сравнительные исследования для оценки отдалённых результатов подобных операций у детей.

Первая сессия закончилась приятным событием – награждением детских урологов-андрологов за их преданность нашей специальности и вклад в ее развитие. Поздравительные грамоты и памятные подарки (электронные книги) получили Акрамов Наиль Рамилович, Каганцов Илья Маркович и Бондаренко Сергей Георгиевич.

Следующая сессия включала доклады

об инновациях в различных областях детской урологии. Интересным представляется сообщение из НЦЗД РАМН о возможностях выполнения ДЛТ у детей с мочекаменной болезнью, о важности предоперационной оценки плотности камня в прогнозировании результатов лечения. В другой работе из того же центра было проведено сравнение результатов эндоскопической коррекции ПМР в зависимости от типа вводимого препарата. Авторы показали, что при одноинъекционной технике Вантрис является более эффективным, чем Уродекс, а при двухинъекционной технике Уродекс и Вантрис по эффективности одинаковы. Кроме того, они считают, что двухинъекционная техника является предпочтительной для обоих объемообразующих веществ.

Сотрудник отдела детской урологии НИИ урологии им. Лопаткина **Т.Н. Гарманова** представила обзор литературных


Т.Н. Гарманова

данных за последний год, касающихся новшеств в диагностике и лечении энуреза. Она отметила возрастающую роль дистанционных технологий в контроле за состоянием пациента, отразила основные направления, по которым идет изучения этого заболевания – связь его со сном, качеством жизни, обструктивным апноэ во сне. Важно, что была представлена последняя доказанная и подтвержденная информация по тактике лечения этого заболевания.

Школа завершилась сессией по генитальной хирургии у детей. Первым выступал мэтр отечественной реконструктивно-пластической хирургии половых органов – **А.К. Файзуллин.** Он рассказал о том, что с 2004 г. они стали проводить этапное моделирование промежностно-мошоночного отдела уретры с использованием аутологичных кератиноцитов на биодеградирующем матриксе детям с проксимальными формами гипоспадии. В период с 2004 по 2014 г. выполнены 73 операции детям с применением технологий тканевой инженерии, из них с промежностной формой – 59 детей, что составило 81% и мошоночной формой 14 детей – 19%. Профессор считает, что принцип создания искусственной уретры с использованием данной технологии позволяет избежать роста волос в просвете мочеиспускательного канала в пубертатном периоде, что является профилактикой камнеобразования в просвете неоуретры и позволяет избежать рецидивирующей инфекции мочеполовой системы.

Также Айвар Кабирович представил уникальный доклад об оперативном лечении детей с полным удвоением полового члена. Ребенку была выполнена реконструктивная операция с объединением стволов половых членов и

гланулопластикой с формированием единой головки полового члена. При этом после операции обе уретры открываются на вершине головки самостоятельно, мочеиспускание через которые происходит попеременно. На основании собственного опыта Файзулин А.К. считает, что хирургическая тактика при данном пороке должна определяться индивидуально с учетом сопутствующей врожденной патологии и должна быть направлена на сохранение эректильной функции и достижения удовлетворительного косметического результата. Одним из способов хирургической коррекции полного удвоения полового члена является реконструктивная операция с формированием единого полового члена путем объединения стволов и гланулопластики.

Профессор **Акрамов Н.Р.** показал возможности применения операции TIP у пациентов с проксимальными формами гипоспадии. Из 27 оперированных пациентов с тяжелой формой гипоспадии осложнения получены у 7(25,9%). У 6 пациентов осложнения устранены одним повторным вмешательством. Одному пациенту повторное лечение проведено за пределами РФ в два этапа. На основании этого автор считает, что количество осложнений после операции TIP при тяжелых формах гипоспадии сопоставимо с другими методами хирургической коррекции.

Школа, длившаяся два дня, пролетела незаметно для участников. Большая часть урологов остались довольны как практической, так и научной составляющей мероприятия, о чем свидетельствовало анонимное анкетирование, проведенное организаторами в последний день. Некоторые вопросы вызвали бурное обсуждение в зале и очень важно, что во время сессий и дебатов присутствовало много молодых детских урологов, которые только начинают свою профессиональную деятельность. Единогласно было поддержано предложение о проведении следующих Школ по детской урологии-андрологии.

До встречи 7-9 апреля 2016 года!

"Приглашаем на юбилейную V Всероссийскую Школу по детской урологии-андрологии и Курс Европейской Ассоциации детских урологов (ESPU) по нейроурологии 7-9 апреля 2016 года

Уважаемые коллеги!

Мы рады представить вашему вниманию курс дистанционного обучения по детской урологии. Заболевания мочеполовой сферы - одни из наиболее часто встречаемых в детском возрасте и знания о них необходимы не только детским урологам, но и детских хирургам, педиатрам, «взрослым» урологам. Здоровье детей – это здоровье будущего поколения!

В этот курс включены лекции практически по всем разделам детской урологии. Он будет полезен врачам как первично оказывающим медицинскую помощь детям с заболеваниями мочеполовой системы, так и специалистам в данной области.

Курс разработан и реализуется благодаря совместным усилиями членов Межрегиональной общественной организации детских урологов-андрологов, членов правления Европейского общества детских урологов (ESPU), НИИ урологии и интервенционной радиологии им.Н.А.Лопаткина - филиал ФГБУ "НМИРЦ" Минздрава России и Межрегиональной общественной организации «Интернет форум урологов».

Для участия в курсе необходима регистрация на **UroEdu.ru**. По окончании каждой лекции курсант должен ответить на тестовые вопросы и получить доступ к следующей лекции.

Курс состоит из 11 учебных модулей, каждый из которых в своем составе имеет несколько лекций.

Курс будет проводится на интернет ресурсе **UroEdu.ru**
Начало курса 16 июня 2015 года!

План лекций представлен ниже.

РАБОЧИЕ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ МОДУЛЕЙ (УМ)

УМ 1. «Эмбриология, физиология и патофизиология мочеполовой системы»

1. Эмбриология и морфологическое развитие пузырно-мочеточникового соустья. C Radmayr
2. Развитие нижних мочевых путей у детей. R Nijman
3. Этиология, патогенез: ИМП, дисфункция нижних мочевых путей и ПМР. S Tekgül

УМ-2. «Диагностика заболеваний мочеполовой системы»

1. Уродинамические исследования у детей: нормативы и подводные камни R Nijman
2. Нюансы обследования детей с нарушениями мочеиспускания. Млычик Е.В.
3. Пренатальная диагностика заболеваний мочеполовой системы. Левитская Л.М.
4. Антенатальная урология. Дерюгина Л.А.
5. УЗИ диагностика заболеваний верхних мочевых путей. Гуревич А.И.
6. УЗИ диагностика заболеваний репродуктивной сферы. Пыков М.И.
7. Методы обследования в детской урологии. Коварский С.Л.

УМ-3. «Врожденные аномалии полового члена и их коррекция»

1. Дистальная гипоспадия. T Manzoni
2. Проксимальная гипоспадия и повторные операции. E Merlini
3. Экстрофия и эписпадия. T Manzoni
4. Урологические аспекты аноректальных аномалий и других хирургических детских заболеваний. E Merlini

УМ-4. «Пузырно-мочеточниковый рефлюкс, ИМП и нарушения мочеиспускания»

1. Инфекции мочеполовой системы у детей. Меновщикова Л.Б.
2. Диагностика ПМР. Николаев С.Н.
3. Эндоскопическое лечение ПМР G Lackgren
4. Лапароскопическое лечение ПМР. R. Gobet
5. Лечение ПМР. S Tekgül
6. Реимплантация мочеточников S Tekgiil
7. Стандарты лечения ненейрогенного нейрогенного мочевого пузыря у детей. R Nijman

8. Моносимптомный энурез: новое в диагностике и лечении. G Lackgren

9. Энурез: тактика ведения пациентов. Казанская И.В.

10. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря. R Nijman

11. Ранние и отдаленные результаты лечения клапанов задней уретры. S Tekgül

УМ-5. «Заболевания органов мошонки у детей»

1. Крипторхизм: современный подход. C Radmayr

2. Варикоцеле у детей и подростков. Коварский С.Л.

3. Неотложная андрология детского возраста. Тарусин Д.И.

УМ-6. «Врожденные заболевания верхних мочевых путей у детей»

1. Консервативное и хирургическое лечение пренатально выявленного гидронефроза. G Lackgren

2. Мегауретер. T Manzoni

3. Особенности ведения детей с мегауретером. Казанская И.В.

4. Аномалии строения почек. Мультикистоз, поликистоз почек. Врублевская Н.Е.

5. Удвоение ВМП и уретероцеле. E Merlini

6. Лапароскопия в детской урологии. Что мы уже сделали и что предстоит сделать R. Gobet

УМ-7. «Заболевания связанные с нарушением дифференцировки пола»

1. Эндокринологические аспекты заболеваний, связанных с нарушением формирования пола. Калинченко Н.Ю.

2. Хирургическое лечение. Морозов Д.А.

УМ-8. Почечная недостаточность у детей

1. Острая почечная недостаточность. Генералова Г.А.

2. Хроническая почечная недостаточность. Генералова Г.А.

УМ-9. Мочекаменная болезнь у детей. S Tekgul

УМ-10. Онкоурологические заболевания у детей.

УМ-11. Неотоложные состояния в детской урологии.

1. Неотоложные состояния у новорожденных. Дерюгина Л.А.

2. Травма мочеполовой системы. Врублевский С.Г.

Департамент столичного здравоохранения планирует освещение своей деятельности в социальных сетях

Департамент здравоохранения Москвы намерен проводить освещение своей деятельности в социальных сетях. На проект планируется затратить более 11 миллионов рублей. Как сообщается на сайте столичного Минздрава, в целях повышения эффективности и интенсивности информационного обмена в медицинской сфере в социальных медиаресурсах «ВКонтакте», «Facebook», «Twitter», «Instagram» будут зарегистрированы официальные представительства департамента.

Предполагается, что странички департамента здравоохранения в социальных сетях появятся уже к концу марта 2015 года. Кроме новостей, там также будут размещаться комментарии экспертов, текстовые онлайн-трансляции с ключевых мероприятий, фоторепортажи, видео- и инфографические материалы. Также в департаменте намерены наладить систему моментального реагирования на комментарии пользователей соцсетей. Ожидается, что ответы на вопросы и комментарии будут появляться на ресурсе в течение двух часов, при необходимости получения дополнительной информации — не позднее 24 часов.

Данной работой будет заниматься специальная редакционная группа в составе не менее пяти человек. Планируется, что к концу 2015 года совокупное число подписчиков всех официальных представительств департамента в социальных сетях составит не менее 10 тысяч пользователей.

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина –
филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России
Тел.: 8 (499) 367-64-64

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 целенеправленное 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.***

В России снизилось количество жалоб на качество медицинской помощи

В России впервые уменьшилось число жалоб на качество медпомощи. Об этом заявил временно исполняющий обязанности главы Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения Михаил Мурашко.

Он отметил, что в 2014 году впервые в структуре обращений граждан наблюдалась положительная динамика, однако подчеркнул, что еще предстоит изучить финальные цифры за прошлый год. По словам Михаила Мурашко, у россиян стало меньше нареканий к качеству лечения. На сегодняшний день в российском здравоохранении имеется масса проблем, но, поскольку Росздравнадзор контролирует все, он реально видит, что этих замечаний много и они часто обоснованны.

Исполняющий обязанности главы Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения также сообщил, что ведомство планирует удвоить количество проверок и расширить область их проведения. По его словам, сегодня у Росздравнадзора появились большие ресурсы — новые полномочия, собственная лабораторная база, штат. Это позволяет ведомству максимально охватить проверками рынок медицинских услуг, фармацевтические организации, организации, занимающиеся производством и импортом медицинской продукции и техники. Для Росздравнадзора принципиально важным является проверка всех сегментов рынка.

Михаил Мурашко также подчеркнул, что под контрольные мероприятия впервые попадут организации, оказывающие косметологические услуги с использованием сложного медицинского оборудования.

Минздрав планирует запустить интернет-портал о достижениях медицинской науки

Министерство здравоохранения к лету планирует разработать интернет-портал «Медицинская наука», популяризирующий отечественные научные достижения в области биомедицины и помогающий представителям научного сообщества обмениваться опытом. Об этом было заявлено в ходе заседания Научного общества данного ведомства.

Предполагается, что на этом ресурсе будут размещаться научные новости, статьи, доклады и учебные материалы. По словам директора Департамента инновационного развития и научного проектирования Минздрава России Андрея Васильева, уже создана техническая структура будущего портала и ведется его информационное наполнение.

Как сообщается на сайте Министерства здравоохранения, существующие информационные ресурсы по научной тематике в здравоохранении не отражают полную картину того, что происходит в биомедицине и во внедрении в медицинскую практику последних достижений естественно-биологических наук.

Так, по словам заместителя главы Минздрава Сергея Краевого, год назад министром здравоохранения была поставлена задача разработать «дорожную карту» по информатизации здравоохранения, в связи с чем и предусмотрено финансирование этого проекта. Он также подчеркнул, что портал должен отражать жизнь медицинской науки, рассказывать о направлениях ее развития в России.

Минздрав намерен улучшить качество и квалификацию управленческих кадров в здравоохранении

С февраля нынешнего года Министерство здравоохранения начинает подготовку менеджеров в области здравоохранения, в течение всего года планируется обучить более 3,5 тысяч специалистов в областях менеджмента качества, лекарственного обеспечения и финансово-экономического управления для медицинских учреждений.

В целом Минздрав намерен в ближайшие два года активно заняться повышением качества и квалификации управленцев в здравоохранении. Первый семинар для менеджеров с экономическим образованием прошел в начале февраля и был доступен в сети Интернет. В конце обучения слушателям предстоит защитить диплом по ведению финансово-экономических дел в конкретном медицинском учреждении — там, где они работают. Первый этап программы закончится в начале 2016 года. Через полгода начнется вторая программа — для главных врачей и их заместителей, управляющих качеством медицинской помощи в клиниках.

По словам министра здравоохранения Вероники Скворцовой, в прошлом году Минздрав достаточно серьезно готовился к запуску программы: было сформировано единое профессиональное сообщество управленцев, прошли совещания заведующих кафедрами медицинских и немедицинских вузов, конференция «Эффективное управление медорганизацией» и съезд Российского общества организаторов здравоохранения. Она также отметила, что подготовка проходила с учетом опыта и с помощью Международной организации по стандартизации.

Профессиональная образовательная программа «Андрология»

Межрегиональная общественная организация «Интернет форум урологов»

НИИ урологии им. Н.А.Лопаткина

Гиссенский университет имени Юстуса Либиха, Гиссен, Германия

Научные руководители курса

Олег Иванович Аполихин
д.м.н., профессор, директор Научно-исследовательского института урологии имени Н.А. Лопаткина, главный специалист по репродуктивному здоровью Минздрава России, г. Москва, Россия

Вольфганг Вайднер
(Wolfgang Weidner)
Глава департамента урологии детской урологии и андрологии Университета им. Юстуса Либиха, председатель ESAU, г. Гиссен, Германия.

Представляют совместную образовательную программу «Андрология»

- Адаптированная версия сертификационного цикла
- андрологов Германии
- Три независимых модуля по 144 часа
- Выдача документов установленного образца
- Дистанционное обучение без отрыва от работы
- В программе участвуют лекторы из Германии, Австрии

UroEdu.ru

Стань настоящим андрологом!

Минздрав пересмотрел типовые нормы времени приема пациентов врачами поликлиник

Министерство здравоохранения предлагает ввести новые нормы приема пациентов врачами–специалистами. Так, согласно им, участковый терапевт должен выделять на одного пациента 15 минут, а гинеколог — 22 минуты.

В Минздраве были пересмотрены типовые нормы времени приема пациентов, предложенные в проекте приказа, опубликованного весной 2014 года, «Отраслевые типовые нормы времени приема одного пациента врачом-педиатром участковым, врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом)». Новый проект приказа «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога» устанавливает нормы не только для участковых врачей, но для нескольких «узких» специалистов.

Так, в соответствии с ним время приема пациента у участкового терапевта увеличивается до 15 минут, первичный осмотр у участкового педиатра также должен составлять 15 минут, у врача общей практики (семейного врача) — 18 минут. На прием пациента врачом-неврологом предложено выделить 22 минуты, врачом-оториноларингологом — 16 минут, врачом-офтальмологом — 14 минут, акушером-гинекологом — 22 минуты. При этом на заполнение документов врачи должны тратить не более 35 % от общего времени, то есть у участкового терапевта на документацию должно уходить около 5 минут из 15.

Также Министерство здравоохранения предлагает сделать короче повторный прием врачей — 70–80% от указанных выше норм времени. Если участковые терапевты и педиатры выезжают к пациенту на дом, то на осмотр и дорогу они должны потратить 30 минут, врач общей практики — 33 минуты.

Минздрав России: нормы времени приема врачей адресованы организаторам здравоохранения

Практикующий специалист должен вести прием пациента столько, сколько необходимо с учетом состояния его здоровья. Об этом заявили в Министерстве здравоохранения, комментируя проект приказа об утверждении типовых норм времени приема пациента врачом.

Как сообщается на сайте Минздрава, типовые нормы служат ориентиром для работодателя, который в соответствии с законодательством самостоятельно определяет системы нормирования труда. При этом данные показатели могут различаться, в том числе у однотипных организаций, в зависимости от условий.

Также ведомство напоминает, что действующие на данный момент нормы приема основательно не пересматривались уже более 30 лет: последние фотохронометражные исследования деятельности врачей-специалистов проводились в нашей стране в конце 70-х годов. В прошлом году, по инициативе Минздрава России, НИИ организации и информатизации здравоохранения провел фотохронометражные исследования в 17 регионах. Именно итоги этих исследований и были положены в основу проекта приказа.

Как упоминается в комментариях, в Великобритании средняя продолжительность приема пациента у врача общей практики составляет 8 минут, в Испании – 10 минут, в Германии — 13 минут, Швейцарии и Австрии — 15 минут. В связи с этим рекомендованное время приема пациента в Российской Федерации в среднем находится в пределах времени, рекомендованного во многих других странах мира.

Предлагая расчетные типовые нормы, Министерство здравоохранения исходит из того, что «бумажная» нагрузка на врача должна быть существенно сокращена, чтобы освободить больше времени на непосредственное общение с пациентом.

Как показывает статистика, на сегодняшний день примерно 11 % обращений в медицинские учреждения взрослых и 30 % детей происходят для получения каких-либо медицинских документов: справок, выписок, форм. Таким образом, временные затраты на заполнение документации составляют более 30 % у врача-педиатра и более 40 % у врача общей практики. С целью сокращения времени, которое врач тратит на заполнение документов, ведомство планирует часть из них упразднить, заменить электронными формами или отдать на заполнение медсестрам.

Минздрав создаст единые требования к информационным системам медицинских учреждений

Министр здравоохранения Вероника Скворцова сообщила о планах ведомства России по созданию единых требований к информационным системам учрежденческого и регионального уровней.

Ранее в министерстве сообщали, что проблемы с организацией Единой государственной информационной системы здравоохранения возникают в том числе и из-за того, что информационные системы, установленные разными разработчиками, порой не способны взаимодействовать друг с другом. Вероника Скворцова подчеркнула приоритет развития информационных технологий — их необходимо применять в том числе и для контроля качества медицинской помощи.

Ранее Счетная палата РФ раскритиковала проводимую Минздравом РФ информатизацию в связи с тем, что отставание работ составляет более 1,5 лет. Так, по словам аудитора Счетной палаты Александра Филипенко, при 100%-м освоении выделенных средств, обязательства Министерства здравоохранения по внедрению компонентов единого информационного пространства в здравоохранении не выполнены. В нарушение Концепции информатизации здравоохранения единая государственная информационная система полностью в эксплуатацию Минздравом так и не введена.

По информации Счетной палаты, на информатизацию здравоохранения уже были потрачены немалые бюджетные средства — более 31 миллиарда рублей. Был заключен очередной контракт, который, согласно информации сайта, исполнен менее чем за месяц, уже 19 декабря 2014 года. В Счетной палате не понимают, как за 21 день можно выполнить, то, что не могли сделать за два предшествующих года, поэтому от Минздрава потребовали подробный отчет о результатах исполнения данного контракта и особенно об успехах внедрения систем ведения электронных медицинских карт, с которыми по плану уже должны работать 85 % врачей. ■

Сокращенным медикам будут присылать СМС-сообщения с информацией о вакансиях

Врачам, которые попали под сокращение в рамках оптимизации столичной системы здравоохранения, будут присылать СМС-сообщения с информацией о вакансиях. Об этом заявил координатор центра «Содействие» Константин Царанов.

По словам пресс-секретаря Департамента информационных технологий Министерства здравоохранения Елены Новиковой, информирование врачей о вакансиях может быть организовано на базе единой мобильной платформы департамента. Однако для принятия решения об участии в проекте департаменту необходимо оценить трафик сообщений. Как пояснила глава департамента, такие СМС необходимо рассылать адресно, чтобы для каждого специалиста были вакансии по его специальности, в связи с чем это будет полезно для медиков, а трафик сообщений не будет превышать 30–50 SMS в день, что вполне приемлемо.

Тем не менее заместитель председателя профсоюза работников здравоохранения Сергей Ремизов подчеркнул, что на данный момент отсутствует официальная статистика по трудоустройству медиков после сокращения. По его словам, многие врачи получают компенсации и после консультаций по трудоустройству берут время, чтобы подумать. Поскольку им выплачивают неплохие суммы, они имеют возможность не спешить с выбором нового места работы.

В 2015 году переподготовку пройдут более четырех тысяч столичных врачей

По заявлению Московского департамента здравоохранения, в нынешнем году после переподготовки выйдут на работу более четырех тысяч медиков, сокращенных в Москве в рамках оптимизации системы здравоохранения и прошедших переподготовку на врачей общей практики. Прежде всего это те терапевты и педиатры, которые направлены департаментом на переподготовку и проходят ее в настоящее время. Трудоустройство для всех этих специалистов гарантировано, причем с учетом их места жительства и пожеланий.

В настоящее время переподготовка врачей проводится в Первом МГМУ им. И.М. Сеченова, РНИМУ им. Н.И. Пирогова, МГМСУ им. А.И. Евдокимова и Российской академии последипломного образования. По информации столичного горздрава, повышение врачебной квалификации займет 140–500 часов, а обучение рассчитано на 4–4,5 месяца.

Напомним, что в ноябре прошлого года президиумом правительства Москвы было принято постановление, согласно которому, столичные врачи, попавшие под сокращение и желающие переобучиться на дефицитные в Москве специальности, смогут претендовать на получение ежемесячной выплаты в размере 30 тысяч рублей в качестве денежного содержания. Кроме того, само обучение также оплачивается из бюджета города.

Издательский дом «УроМедиа»

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.

© ECUro.ru — официальный сайт журнала "Экспериментальная и клиническая урология", 2009-2015 г
105425 Москва, ул. 3-я Парковая, д. 41, стр. 8

Министерство труда планирует поэтапное повышение стажа для назначения пенсии врачам

Министерство труда заявляет об инициативе поэтапного повышения стажа для назначения пенсии врачам. Так, на первом этапе — с 2016 года до 2019 года — предлагается повышать его на три месяца ежегодно.

По словам министра труда Максима Топилина, решение о повышении стажа работникам медицины Правительством пока не принято — эта инициатива будет проходить общественное обсуждение. Он отметил, что в данном случае речь идет «о повышении стажа шагом на три месяца», начиная с 2016 года, поскольку Минтруд считает такую позицию на сегодняшний день комфортной.

По расчетам Минтруда, изменения на первом этапе затронут порядка 20 тысяч человек. С января 2020 года по 31 декабря 2022 года предлагается повышать стаж на шесть месяцев ежегодно.

Между тем медики, проработавшие не менее 25 лет в сельской местности и не менее 30 лет в городах, могут получить трудовую пенсию досрочно. Такое право им дает п. 20 ст. 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях». Следовательно, пенсия медработникам назначается вне зависимости от возраста. Кто-то может выработать требуемый стаж к 52 годам, кто-то только к 58. С постепенным повышением этого стажа время выхода медика на пенсию должно совпасть с наступлением пенсионного возраста. Но произойдет это не сразу: так, для сельских врачей право на досрочную пенсию отодвинется с 25 лет трудового стажа в 2015 году до 27,5 лет — в 2020 году.

Министерство труда заявляет об инициативе поэтапного повышения стажа для назначения пенсии врачам. Так, на первом этапе — с 2016 года до 2019 года — предлагается повышать его на три месяца ежегодно.

По словам министра труда Максима Топилина, решение о повышении стажа работникам медицины Правительством пока не принято — эта инициатива будет проходить общественное обсуждение. Он отметил, что в данном случае речь идет «о повышении стажа шагом на три месяца», начиная с 2016

года, поскольку Минтруд считает такую позицию на сегодняшний день комфортной.

По расчетам Минтруда, изменения на первом этапе затронут порядка 20 тысяч человек. С января 2020 года по 31 декабря 2022 года предлагается повышать стаж на шесть месяцев ежегодно.

Между тем медики, проработавшие не менее 25 лет в сельской местности и не менее 30 лет в городах, могут получить трудовую пенсию досрочно. Такое право им дает п. 20 ст. 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях». Следовательно, пенсия медработникам назначается вне зависимости от возраста. Кто-то может выработать требуемый стаж к 52 годам, кто-то только к 58. С постепенным повышением этого стажа время выхода медика на пенсию должно совпасть с наступлением пенсионного возраста. Но произойдет это не сразу: так, для сельских врачей право на досрочную пенсию отодвинется с 25 лет трудового стажа в 2015 году до 27,5 лет — в 2020 году.

Рейтинг столичных медицинских учреждений будет открытым

Московской городской думой предложено сделать открытым для столичных жителей рейтинг больниц и поликлиник, составляемый с 2013 года департаментом московского здравоохранения на основе электронной системы записи к врачу. Об этом заявила депутат столичного парламента, главврач городской клинической больницы № 64 Ольга Шарапова.

В январе 2015 года мэр столицы Сергей Собянин поставил задачу сократить время ожидания записи к врачам в поликлиниках Москвы. Для этого при Мосгорздраве был создан ситуационный центр, специалисты которого ежедневно осуществляли мониторинг доступности самостоятельной записи на прием к врачу в столичных поликлиниках.

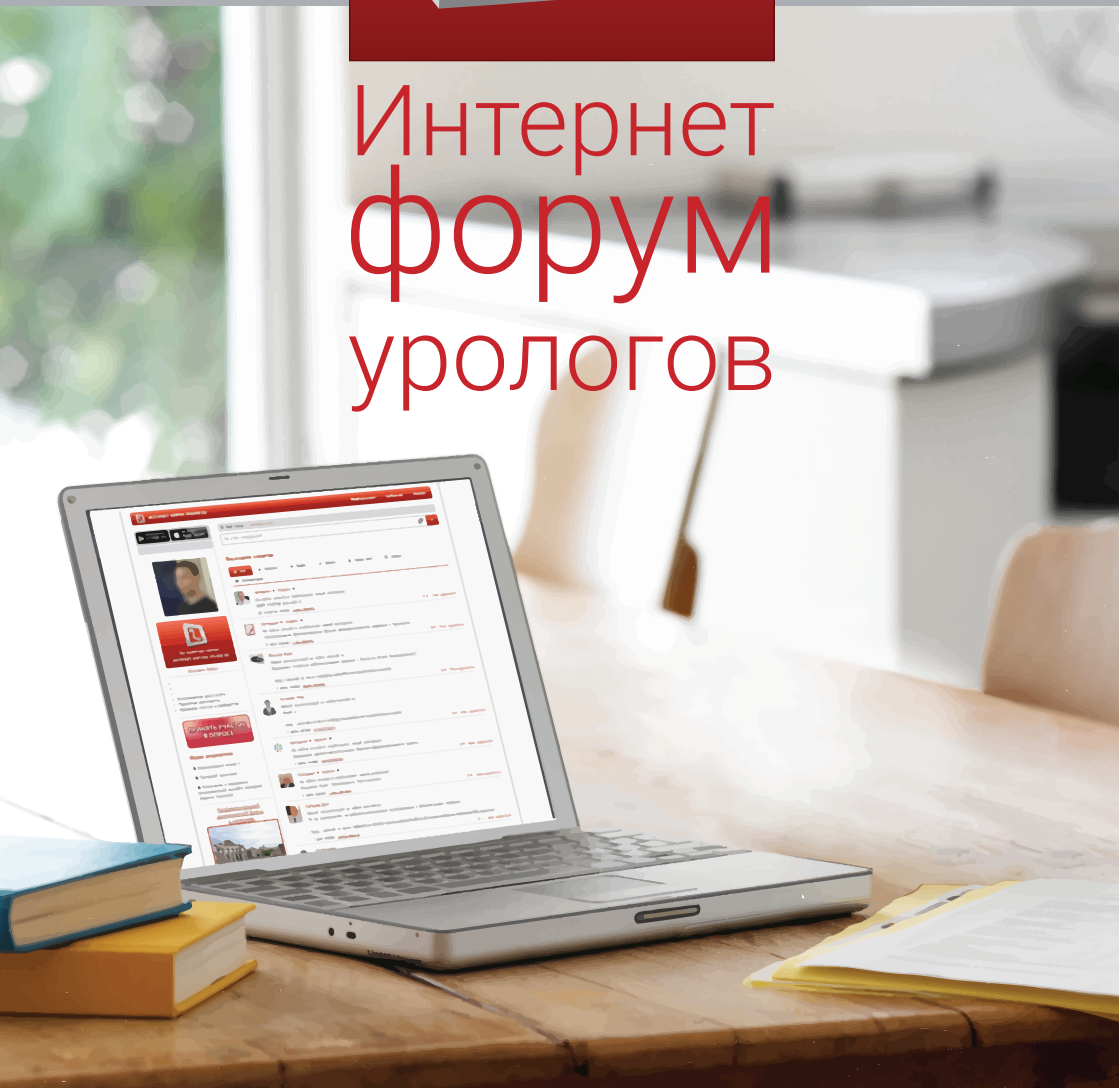
По мнению авторов инициативы об открытости рейтинга, информация о качестве работы поликлиник будет интересна и полезна москвичам. Заместитель мэра по вопросам социальной политики Москвы Леонид Печатников также подчеркнул важность открытости департамента столичного здравоохранения.

По словам Ольги Шараповой, специалистами департамента также ведется внутренний рейтинг больниц, по данным которого ежегодно выбираются лучшие и худшие лечебные учреждения. Она отметила, что подобный рейтинг учитывает мнение пациентов — их жалобы и благодарности врачам. Говоря о предложении открыть результаты рейтинга, она отметила, что, с одной стороны, пациентам будет интересна такая информация, а с другой — это создаст конкурентную среду для медицинских учреждений столицы.

Межрегиональная общественная организация

www.forumurology.ru

Интернет форум урологов



Правительство РФ: расходы на диспансеризацию населения не уменьшатся

Премьер-министр Дмитрий Медведев не поддержал предложение некоторых губернаторов регионов о вводе ограничений для желающих пройти диспансеризацию. Он отметил, что профилактический осмотр является залогом здоровья населения страны.

По словам главы Правительства, после внедрения программы диспансеризации жители страны стали внимательнее относиться к своему здоровью и чаще посещать медицинские учреждения, в связи с этим данное направление должно быть продолжено, поэтому необходимо обеспечить доступность бесплатной диспансеризации для каждого гражданина России.

Вице-премьер Ольга Голодец сообщила, что в прошлом году диспансеризацией было охвачено 22 миллиона взрослого населения и более 18 миллионов детского населения. На данный момент Правительством готовятся отдельные нововведения, например, вводится система опросов в виде специальных опросных листов, которые пациент должен заполнить до того, как придет на диспансеризацию.

По словам Ольги Голодец, это позволит сфокусировать исследование на тех точках риска, которые зависят от образа жизни данного человека, от режима его труда и отдыха и так далее. Она также выразила надежду, что в 2015 году не только не снизятся масштабы диспансеризации, но и будут достигнуты совершенно иные результаты в выявлении заболеваний на ранних стадиях. Так, если на сегодняшний день выявляется онкологическое заболевание на первой стадии, то вероятность его излечения составляет 90 % – это фактически спасенные жизни.

Еще одной особенностью диспансеризации этого года станет назначение исследований в зависимости от возраста пациента. В том возрасте, в котором риск заболевания является наиболее высоким, предусмотрено углубленное исследование по онкологии, системе кровообращения и другим заболеваниям.

Премьер-министр особенно подчеркнул, что работу в рамках диспансеризации останавливать нельзя, даже несмотря на то, что, это требует финансовой мобилизации.

Десять московских больниц перешли на модель «университетской клиники»

Десять московских поликлиник и больниц перешли на модель «университетской клиники». Об этом заявил мэр Москвы Сергей Собянин.

По словам столичного градоначальника, еще совсем недавно профессора, которые преподавали в университетах и руководили кафедрами, фактически не были допущены до больных. Но подобная практика недопустима — нельзя не использовать тот колоссальный потенциал, который есть на университетских кафедрах.

Мэр Москвы также отметил, что за последние несколько лет качество работы ведущих медицинских вузов столицы начало изменяться в лучшую сторону. По его мнению, наблюдается улучшение материально-технической базы. Помимо этого, меняется и стандарт обучения. Так, столичные вузы стремятся максимально приблизить стандарты обучения к международным, заимствуя оттуда самые лучшие практики, самые лучшие методики.

Напомним, что проект «Университетские клиники» реализуется с прошлого года. Основная задача проекта — повышение качества и доступности медицинской помощи жителям Москвы за счет привлечения профессоров, докторов медицинских наук и других высококвалифицированных сотрудников Первого МГМУ им. И.М. Сеченова к лечебной работе в городских больницах и поликлиниках. Одновременно наиболее опытные врачи-практики принимаются в штат кафедр данного вуза, что позволяет им принимать участие в научной и образовательной деятельности. ■

Силденафил

ДИНАМИКО

ГОЛУБАЯ ТАБЛЕТКА С МОДИФИЦИРОВАННЫМ СОСТАВОМ

ПОЖАЛУЙ, ЕДИНСТВЕННЫЙ «ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ» — ЭТО РЕМОНТ КВАРТИРЫ. И НИКАКОГО ПРИВЫКАНИЯ!*

Таблетка силденафила с модифицированным составом:[1]

- дает качественную эрекцию;[1, 2]
- обеспечивает минимум побочных эффектов;[2]
- *не вызывает привыкания.[3]

1. Возможны побочные действия. Более подробная информация содержится в инструкции по медицинскому применению препарата Динамико.
2. Камалов А.А., Охоботов Д.А., Осмоловский Б.Е., Тахиризде А.М., Геворкян А.Р. / Комбинированная терапия больных с симптомами нижних мочевых путей и эректильной дисфункцией. // Естественные и технические науки. – 2013. – № 1. 3. Giuliano F., Jackson G., Montorsi F., Martin-Morales A., Raillard P. Safety of sildenafil citrate: review of 67 double-blind placebo-controlled trials and the postmarketing safety database. The International Journal of Clinical Practice. Blackwell Publishing Ltd. Jan 2010, 64, 2, 240–255. ООО «Тева». 115054, г. Москва, ул. Валовая, д. 35.

Тел.: +7 (495) 644-22-34, факс: +7 (495) 644-22-35/36. FIRE-DYN-AD-070415-EL-1414-060416. Реклама.

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 7000 экземпляров
Подписка на сайте urodigest.ru
Распространение бесплатное – Россия, страны СНГ
Периодичность 1 раз в 2 месяца
Аудитория – урологи, онкоурологи, урогинекологи, андрологи, детские урологи-андрологи, фтизиоурологи, врачи смежных специальностей

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

Свидетельство о регистрации средства массовой информации
ПИ № ФС77-54663 от 09.07.2013
e-mail: info@urodigest.ru
www. urodigest.ru

При полной или частичной перепечатке материалов ссылка на Дайджест обязательна!

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

UroMedia

Издательский дом «УроМедиа»