

Дайджест УРОЛОГИИ

Выпуск № 4 август 2018

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ:

Будущее здравоохранения – общие тренды

ПААР – андрологическая гвардия

Инфекции, передающиеся половым путем у мужчин: стандарты диагностики

Юридические аспекты телемедицины: кто и как будет нести ответственность?



ТЕМА НОМЕРА:

СЛОЖНОСТИ НУЖНО ПРЕОДОЛЕВАТЬ



Мобильное приложение для урологов

Всегда в курсе всех урологических новостей!



Тема номера:

· 》	Сложности можно и нужно преодолевать	2
· 》	Будущее здравоохранения — общие тренды	8
· 》	ПААР - андрологическая гвардия	.18
· 》	Мужские победы: тестостерон или характер?	. 22
· 》	Новые нормы содержания тестостерона в крови	
	здоровых мужчин	. 24
· 》	Коррекция мужской фертильности	. 26
· 》	Комплексное лечение камней мочеточника	. 32
· 》	Технические средства реабилитации при нарушении	
	функции выделения	. 40
· 》	Стентирование у беременных: спорная тема	. 46
·»	Инфекции, передающиеся половым путем у мужчин:	
	стандарты диагностики	. 54
· 》	Общие положения о применении телемедицинских	
	технологий	. 64
·»	Юридические аспекты телемедицины: кто и как будет нести	
	ответственность?	. 66

...

Тема номера

Сложности можно и нужно преодолевать



В.Н. Павлов Член-корр. РАН, д.м.н., профессор, Председатель ученого совета, ректор Башкирского государственного медицинского университета

Урология давно считается одной из наиболее развивающихся специальностей, причем не только в крупных горо-

дах РФ, но и в регионах. Позитивным является тот факт, что урологическая специальность востребована и престижна среди студентов медицинских ВУЗов. Как не хотеть стать урологом, если ректор твоего университета уролог, и являет собой яркий пример успеха и профессионализма?

Валентин Николаевич Павлов – член-корр. РАН, доктор медицинских наук, профессор, возглавляет башкирскую урологию с 1999 года, а Башкирский государственный медицинский университет – с 2011 года. Под руководством Валентина Николаевича урология Башкортостана по праву стала одной из ведущих урологических школ России, имеющей свои уникальные наработки, громаднейший опыт, непревзойденное мастерство и исключительных специалистов.

Редакция «Дайджеста урологии» обсудила с профессором В.Н. Павловым особенности современной урологии, пути ее развития и совершенствования.

Валентин Николаевич, как Вы оцениваете состояние российской урологии на современном этапе?

В.Н. Павлов: Современная урология в России, если говорить о ведущих клиниках, соответствует мировым стандартам. За последние 10 лет мы совершили скачок как в технологическом плане, так и в уровне профессиональной подготовки урологов ведущих российских центров. Сегодня практически нет разницы в оказании урологической помощи в крупных российских и ведущих мировых урологических клиниках. Возьмите только роботическую систему Да Винчи, мы только недавно о ней говорили, как о чуде техники, а теперь эта система внедрена у нас в городе Уфа, и за полгода мы выполнили более 100 операций. Еще один важный аспект современной российской урологии – это взаимодействие с коллегами из других стран. На примере Башкортостанского отделения Российского общества урологов, мы только за текущий год выступили на двух международных конференциях по урологии: на Европейской Ассоциации урологов, Конгрессе урологов в Харбине (КНР), в планах – участие в ноябре в работе Арабской Ассоциации урологов, проводимой совместно с Европейской Ассоциацией урологов и Американской Ассоциацией урологов в Дубае. В процессе находится подписание соглашения с Китайской ассоциацией урологов. Все эти формальности позволяют нашим урологам обучаться за пределами России, совершенствовать свои знания и проводить научные совместные исследования с зарубежными коллегами.

Как Вы считаете, каковы ключевые характеристики нашей урологии? В чем ее сильные и слабые стороны?

В.Н. Павлов: Ключевым отличием российской урологии от мировой является большие различия в техническом оснащении и уровне подготовки урологов, работающих в центральных и периферических учреждениях системы здравоохранения. Будучи главным урологом Приволжского федерального округа, хочу отметить, что в четырнадцати его субъектах нет единообразия структуры урологической службы, разные источники финансирования.

Как развивается урология Башкортостана? Какие достижения Вам хотелось бы отметить особо?

В.Н. Павлов: Урология Башкортостана развивается в тренде современных мировых урологических клиник. Внедрены в повседневную практику малоинвазивные методы лечения урологических и онкоурологических заболеваний (эндоскопия, лапароскопия, роботические технологи, фаст-трек хирургия). На данном этапе пациентам Башкортостана и, в целом, Российской Федерации доступны все высокотехнологичные методы лечения онкоурологических и урологических заболеваний (перкутанные вмешательства, операции с использованием ультразвука, гольмиевого лазера, крио-, радиочастотная аблация, стереотаксическая радиотерапия и др). Особо можно отметить внедрение в повседневную практику роботассистированных операций, стереотаксической лучевой терапии, брахитерапии, криобляции. ■

•

Тема номера

Благодаря открытию в республике ПЭТ-центра, наши пациенты и соседних регионов получают терапию новым методом радиолечения на системе Кибер-нож.

Есть ли сложности и преодолимы ли они?

В.Н. Павлов: Сложности всегда есть, но их можно и нужно преодолевать. Один из аспектов, над которыми мы работаем, это внедрение междисциплинарного взаимодействия с генетиками, сексологами, эндокринологами, гинекологами и другими узкими специалистами. Буквально год назад мультидисциплинарной бригадой провели первую операцию по применению торако-дорзального лоскута в пластике дефектов передней брюшной стенки после радикального лечения рака мочевого пузыря. Пластический этап операции выполняли специалисты из Санкт-Петербурга, профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова – Калакуцкий Николай Викторович; профессор кафедры факультативной хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Вавилов Валерий Николаевич. Сейчас наши башкирские хирурги внедрили этот опыт, который уже известен за пределами России: к нам на лечение приезжают из Ближнего зарубежья.

Важное значение имеет широкое внедрение телемедицины для консультаций больных с нестандартными случаями, требующих внимания не только наших российских специалистов, но и зарубежных. Для внедрения телемедицины необходимо преодолеть множество юридических и технологических проблем, но они все решаемы, и мы справимся во благо удобства и здоровья пациента.



Тема номера

Изменился ли российский уролог за последние 10-15 лет?

В.Н. Павлов: Однозначно изменился. Сегодня любая медицинская специальность развивается со скоростью технологичного прогресса, урология не является исключением. Каждый день ученые изобретают новые технические возможности для диагностики и выполнения манипуляций. Каждый уролог должен владеть этими навыками новых достижений науки и техники. Если мы раньше говорили о навыках УЗ-диагностики, то теперь о fusion-биопсии: следить за новостями мировой науки и учиться внедрять их в практику.

Как Вы оцениваете уровень подготовленности молодых специалистовурологов? Достаточен ли уровень их образования, ориентированности в специальности?

В.Н. Павлов: Для начала хороший специалист – тот, кто осознано выбрал свое направление работы. В Башгосмедуниверситете мы развиваем молодежное научное ■



·->>>

•

Тема номера

сообщество, и студент уже сам выбирает интересную ему специализацию. После окончания 2х-летней ординатуры для того, чтобы сформировался специалист, необходимо дополнительное время. У нас уролог, как специалист, «дозревает» на рабочем месте.

Каков портрет «идеального» современного уролога, на Ваш взгляд?

В.Н. Павлов: Человек прекрасно владеет иностранными языками, хирургической техникой, с хорошим и крепким багажом профессиональных знаний и навыков, занимающийся лечебной, научной работой и преподавательской деятельностью. Еще один нюанс, на мой взгляд, идеального портрета специалиста – это наличие опыта работы с зарубежными коллегами и зарубежные стажировки. В этом году Башкирский государственный медицинский университет выиграл грант на обучение двух специалистов, в том числе одного уролога, в клинике Сычуаньского университета. Мы не один год участвуем в программе двойных дипломов с Университетом Регенсбурга и Харбинским медицинским университетом.

Изменились ли урологические пациенты? В чем эти изменения?

В.Н. Павлов: За последние 10 лет изменились и медицинские работники, и сами пациенты. С одной стороны, радует, что пациенты стали информированнее, благодаря интернету, знают свои права. Однако, несмотря на предостережения специалистов, отсутствие времени препятствует посещению врача, люди занимаются



Тема номера

самолечением, и в итоге приходят к специалисту с запущенным заболеванием. Мы с вами говорили уже о развитии телемедицинских технологий, благодаря которым пациентам будет проще и быстрее пройти консультацию у специалиста. Кстати, развитие телемедицины возможно, только благодаря таким активным пациентам. Приведу последний пример активного пациента: молодая женщина, двухсторонний рак почки: пришла на прием с распечатанной 3D моделью пораженного раком органа, что позволило нам успешно провести резекцию почки по навигационному шаблону.

Как врачу, в том числе урологу, оправдать надежды пациентов?

В.Н. Павлов: В первую очередь надо быть грамотным и порядочным. К сожалению, наша система здравоохранения, которую мы сейчас модернизируем, не совершенна. Пациенты раздражены от невозможности попасть к узким специалистам, много времени занимает у врача заполнение документации, множество факторов, не зависящих от врача, поэтому я еще выделяю такое качество, как спокойствие и рассудительность. Любой врач должен быть человечным, под горой бумаг, суеты, мы забываем, что простое человеческое отношение к пациенту дает половину успеха его лечения.

Какие направления развития урологии нас ожидают в ближайшем будущем?

В.Н. Павлов: Если взглянуть на уровень медицины сто лет назад и сравнить с современными разработками, то заявления о пересадке головы больше не кажутся чем-то из области фантастики. Уже сейчас человек довольно успешно создает при помощи 3D-принтеров органы, умные протезы. Дальнейшее будущее урологии связано с персонализированной медициной, генетическими аспектами заболеваний и коррекцией их на уровне генома.

Что бы Вы хотели пожелать российским урологам?

В.Н. *Павлов*: Стремиться быть лучше, грамотнее и подкованнее во всех отношениях, непрерывно совершенствовать свои знания и опыт. ■

Беседовала В.А. Шадеркина

Будущее здравоохранения - общие тренды

По материалам конференции в США «HLTH - The future of Healthcare»



И.А. Шадеркин Уролог, основатель Uroweb.ru

С 6 по 9 мая 2018 года в американском Лас-Вегасе проходила масштабная конференция «HLTH – The future of Healthcare», где обсуждались новейшие достижения и

перспективы применения «умных» технологий на благо здравоохранения. Об озвученных на ней тезисах и общих перспективах внедрения искусственного интеллекта (ИИ) в медицину рассказал на 1134-м заседании Московского общества урологов врач уролог, основатель Uroweb.ru Игорь Аркадьевич Шадеркин.



Особенности системы здравоохранения США

Согласно текущей статистике, США – страна с наибольшей тратой денежных средств на душу населения в здравоохранении. В 2016 году расходы на здравоохранение там достигли \$3,3 трлн, или \$10348 в расчете на человека, что составляет 17% национального ВВП [1]. Таким образом, на нужды граждан Америки, составляющих менее 5% мировой популяции, приходится 50% мировых медицинских расходов. При этом в США остается высокая распространенность социально

значимых заболеваний: к примеру, почти половина американцев страдает сахарным диабетом или находится в предиабетическом состоянии, и этот показатель продолжает расти. Также, по примерным подсчетам, 60% американцев имеет избыточную массу тела, а порядка 30% жителей Соединенных Штатов страдает тяжелыми формами ожирения. В 2016 году количество смертей от передозировки препаратов превысило уровень потерь США во Вьетнамской войне, длившейся 20 лет. Одна из причин – тот факт, что в Америке выписывается 80% от общемирового числа рецептов на опиоиды. Около \$600 млрд выделяется ежегодно на нужды 100 млн американцев, страдающих различными формами хронической боли. Также каждые 66 секунд в США появляется новый пациент с болезнью Альцгеймера, что является большой проблемой национальной системы здравоохранения.

По совокупности этих причин США выступили вполне логичным местом для проведения конференции. На нее съехались более 3500 участников, среди которых 375 выступающих, а также 550 глав и основателей различных учреждений, внедряющих инновации в сфере охраны здоровья. Порядка 20% прибывших составили инвесторы, готовые вкладывать деньги в развитие медицины. ■



«Health» и «Healthcare»

В ходе конференции был сделан акцент на разделении понятий «health» – предотвращение заболевания и сохранение здоровья человека – и «healthcare» – медицина в более традиционном понимании, диагностика и лечение.

Так, подход со стороны «health» подразумевает под собой воздействие на факторы риска, включающие гиподинамию, стресс, питание, вредные привычки, а также факторы окружающей среды и социальное окружение. Подход в «health-care» объединяет влияние на состояния, симптомы, синдромы, заболевания и их осложнения.

Сегодня американская система здравоохранения тяготеет ко второму подходу, однако сами специалисты признают ее крайнюю неэффективность. Кроме того, многие из них жалуются на крайнюю бюрократизацию и обилие законодательных регулировок, снижающих мобильность системы. Тут возникает дилемма: с одной стороны, необходимо защитить пациента от непроверенных методов воздействия, а с другой, такая инертность мешает развитию здравоохранения.

Позиция инвесторов

Удивительно, что немалую долю участников форума составили представители известных компаний, казалось бы, крайне далеких от медицины: Uber, Samsung, Facebook, Microsoft и так далее. Многие из них входят в список 100 крупнейших мировых предприятий. В большинстве их представители нацелены именно на сотрудничество в направлении «health». Векторами развития этого направления сегодня выступают:

- Генетика
- Фитнес
- Здоровое питание, включая пищевые добавки
- Телемедицина
- Интернет вещей в области медицины
- Робототехника
- Искусственный интеллект и развитие больших данных

При этом подходе сам пациент становится полноценным участником сохранения своего здоровья.



Интересна позиция инвесторов, посетивших саммит. Так, к примеру, часть из них готова вкладывать деньги лишь в те проекты, которые будут изменять систему здравоохранения, а не отягощать ее далее. Один из гостей мероприятия, бизнесмен Vinod Khosla также заявил, что, по его прогнозу, в скором будущем искусственный интеллект заменит всех врачей, кроме тех, кто занят оказанием хирургической, экстренной и реанимационной помощи.

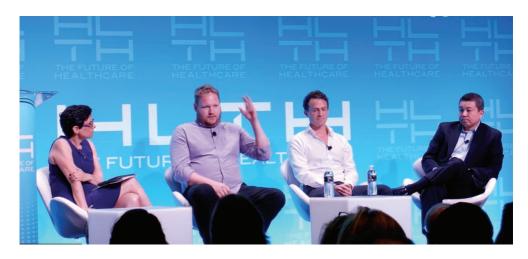
Потребительская генетика

Заметным фактом было присутствие большого количества IT-специалистов на конференции, а также достаточно доступную, местами оригинальную форму подачи материала. Участники обсудили обширную тему потребительской генетики. По их мнению, стоимость полного секвенирования скоро будет составлять порядка \$50, поскольку «люди имеют право знать о своих генах». Как заявила представитель генетического стартапа 23andme Anne Wojcicki, клиенты компании даже делятся информацией о своих генах в соцсетях. За право пациентов на прямое получение своих генетических данных пришлось долго бороться в США: там на раскрытие такого рода данных долгое время действовал запрет.

••>>>

Эра искусственного интеллекта

Большое внимание также уделялось носимым фитнес-устройствам и мониторингу качества продуктов питания. Отдельным большим блоком преподносилась телемедицина. На американском рынке сегодня действует несколько крупных компаний-игроков в этой сфере. Еще одно интересное направление – проекты для записи на прием к врачу, к примеру, известный Zocdoc. Помимо прочего, был представлен проект Babylonhealth – приложение, собирающее данные о здоровье пользователя на естественном языке с постановкой предварительного диагноза и последующей записью к врачу поблизости.



Сегодня человечество стоит на пороге нового периода развития, не менее важного, чем, скажем, аграрный или индустриальный, - эры искусственного интеллекта. Сейчас важно отметить существование так называемых disruptive прорывных, или разрушительных технологий. Примерами таковых могут послужить мобильный интернет и облачные сервисы [2]. К такого рода технологиям можно с полным правом отнести и искусственный интеллект. Его дальнейшее развитие обещает повлиять на все области жизни человека, и сфера здравоохранения занимает здесь не последнее место [3].

Искусственный интеллект, в свою очередь, базируется на технологиях обработки так называемых больших данных (Big Data). Важно отметить, что сейчас

второе место в мире по объемам процессинга занимают медицинские данные: ожидается, что к 2025 году их количество достигнет 1 зетабайта – это триллион гигабайт [4].

Не последнее место в генерации данных занимает Интернет вещей. К этой области относятся, например, носимые устройства, среди которых «продвинутые» часы, и бытовые приборы – компоненты «умного дома». Также к категории смело можно причислить портативные медицинские приборы. Это не только отдельные устройства: вещи, привычные в быту, от браслетов до кружек и предметов одежды, также начинают оснащаться различными опциями наблюдения за состоянием здоровья пользователя, не говоря уже о приложениях, устанавливаемых на смартфоны.

Географическая информационная система человека

В перспективе, по оценке американского эксперта Эрика Тополя, будет создаваться так называемая географическая информационная система человека, включающая в себя цифровые данные по геному, транскриптому, протеому, метаболому, микробиому, эпигеному и экспосому пользователя, а также данные, полученные с помощью разнообразных методов визуализации, информацию, полученную с биосенсоров и через социальные графы [5, 6].

Своего рода цифровые копии человека создаются уже сейчас. К примеру, французская компания Dassault Systemes конструирует для реальных пациентов полноценные модели сердца, на которых возможно эмулировать множество клинических ситуаций.

Феномен, ярко проявившийся на американской конференции, – своего рода «бой за данные» между крупными ІТ-компаниями – обладателями новейших технологий обработки информации – и клиниками – законными владельцами, собственно, медицинских данных, которые они далеко не всегда готовы раскрывать. С точки зрения представителей сферы информационных технологий, такой подход ущемляет права пациента, имеющего право на доступ к информации о собственном здоровье. Кроме того, в базе развития технологий искусственного интеллекта лежат как раз большие объемы данных, необходимые для его обучения, а значит, их распространение необходимо для дальнейшего движения вперед. ■

Машины с собственным интеллектом

Отдельный большой вопрос – нужны ли человечеству вообще машины с собственным интеллектом, способные, к примеру, проходить известный тест Тьюринга? Со своей стороны необходимо отметить плюсы работы ИИ, среди которых: предсказуемость по времени и результатам, масштабируемость данных, способность управляться с очень большими объемами информации и общее повышение качества результатов. При этом на сегодня главным направлением работы с ИИ является автоматизация рутинных задач в здравоохранении. Тут нужно отметить, что специалисты в сфере искусственного интеллекта разделяют «сильный» и «слабый» ИИ. Первый по своим характеристикам не уступает человеческому, способен испытывать эмоции и решать творческие задачи, и до его реального создания пока еще далеко. Второй – направлен на решение прикладных задач, и его примером может служить голосовой помощник в любом современном смартфоне, для применения в медицине еще долгое время будет достаточно именно его.

Сама идея искусственного интеллекта пережила второе рождение вместе с развитием многослойных нейронных сетей, применяемых для «обучения» машины и созданных по аналогии с человеческим мозгом. Примером хорошо обученной машины может служить Deep Blue, победивший в 1997 году чемпиона мира по шахматам Гарри Каспарова. В 2011 году IBM Watson стал победителем в телевикторине Jeopardy! – американском прародителе «Своей игры», а уже в 2015 программа AlphaGo поразила научное сообщество, выиграв в го у профессионала высшего ранга Ли Седоля. Это особенно впечатляет, учитывая, что древняя игра в го требует хороших навыков абстрактного мышления.

Современный человек ежедневно сталкивается со «слабым» ИИ, когда ищет информацию в интернете, пользуется голосовым помощником в телефоне, а также функциями распознавания визуальных образов и речи.

Искусственный интеллект против интеллекта врача

Вопрос, который волнует многих, – заменит ли в будущем ИИ врача? Сейчас, как никогда, медицина нуждается в искусственном интеллекте, в первую очередь, для автоматизации сугубо рутинных задач, и в ней сегодня применяется исключительно «слабый» ИИ. Юридическая ответственность за принятие решений и

результаты лечения по-прежнему лежат на клинике и живом враче. Кроме того, полноценной коммуникации машины с пациентом может помешать языковой барьер вместе с необходимостью четкой формулировки запросов. То же мнение разделяет ряд крупных инвесторов, к примеру, Google и IBM. Вместе с тем, прямого и однозначного ответа на этот вопрос сегодня не существует.

Области, в которых ИИ помогает уже сегодня, это:

- обработка первичной документации и доступ к экспертным системам для врача;
 - самодиагностика,
 - системы помощи в принятии решений,
 - коммуникация и поддержка для пациента;
 - поиск лекарств и проведение клинических исследований для фармкомпаний;
- экспертная оценка оказанных клиниками услуг, финансовый аудит и планирование для страховых компаний.

Большинство из этих систем сейчас, однако, работают на английском языке. Также можно перечислить ряд перспективных векторов применения ИИ:

- Диагностика анализ данных, включая визуальную информацию и данные на естественном языке (пока только английском)
 - Экспертные системы помощь в выборе клинических решений
 - Предиктивная аналитика предсказание событий



- Предупреждение событий помощь в выборе метода для предотвращения негативных происшествий
 - Робототехника коллабораторные роботы и т. д.

Искусственный интеллект в урологии: собственный опыт

В данное время ведется проект по обучению глубокой нейронной сети распознаванию мочевого пузыря в ходе УЗИ с помощью портативного прибора. Для этого собраны изображения 4 тысяч мочевых пузырей, произведена их разметка, после чего информация загружена в систему. В ходе работы программой оцениваются контуры и размеры мочевого пузыря, толщина его стенки, объем и однородность содержимого. Уже этих данных достаточно для помощи врачу в постановке диагноза при ряде заболеваний и состояний, среди которых микроцист, интерстициальный цистит, острая и хроническая задержка мочи, острый и хронический цистит, камни мочевого пузыря, дивертикулы и травмы. Также можно стадировать доброкачественную гиперплазию предстательной железы (ДГПЖ), проводить оценку количества остаточной мочи при выполнении урофлоуметрии, отслеживать наполнение мочевого пузыря и степень его опорожнения у пациентов с нарушением функции тазовых органов. Это, несомненно, является хорошим примером использования возможностей ИИ в здравоохранении.

Специалисты, заинтересованные в применении новых технологий, могут ознакомиться с ними в Журнале Международного общества телемедицины и электронного здравоохранения и на сайте jTelemed.ru. ■

Источники:

- $1. \ https://www.cms.gov/research-statistics-data-and-systems/statistic-trends-and-reports/national health expend-data/nhe-fact-sheet.html$
- 2. McKinsey and Company, Disruptive technologies: Advances that will transform life, business, and the global economy, May 2013
- 3. McKinsey global institute, Notes from the AI frontier: Applications and value of deep learning. Discussion paper, April 2018
- 4. IDC, Data age 2025: The Evolution of Data to Life-Critical. Don't Focus on Big Data; Focus on the Data that's Big, April 2017
- 5. Eric Topol, The patient will see you now. The Future of Medicine Is in Your Hands. Basic Books, 2015
- 6. Эрик Тополь, будущее медицины. Ваше здоровье в ваших руках. Альпина нон-фикин, 2016.



Мобильные технологии здоровья!

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

www.evercare.ru

ПААР - андрологическая гвардия

Дагомыс – это уже «намоленное» место для российских андрологов. Мы здесь собрались уже в 13-й раз.

Традиционно Конгрессы ПААР являются единением силы духа и воли. Мы ни с кем не меряемся кворумами. На конгрессы ПААР всегда приезжает андрологическая гвардия.

ормирование научной программы конгресса ПААР имеет определенные принципы. Мы не идем по пути комбинации докладов и докладчиков, расфасованных по темам и сателлитам. Программа Конгресса ПААР всегда представляет собой единое целое. При этом каждый конгресс по форме и содержанию не должен быть похож на предыдущий. Формирование научной программы иногда напоминает работу режиссера над новым спектаклем. Нужно заранее зрительно себе представить каждого докладчика, понять, насколько он в теме, что и как он будет говорить, а также прогнозировать вопросы и дискуссию. Важно предвидеть, насколько органично модераторы будут управлять этим научным «спектаклем».





Особенностью состоявшегося конгресса ПААР явилось то, что мы вышли за формальные границы андрологии. Андрология – это не специальность, а медицинская наука, что позволяет нам развиваться разнонаправлено.

Наибольший интерес вызвали следующие тематики.

В частности, при обсуждении трансгендерных проблем делегаты Конгресса пришли к выводу, о целесообразности написания методических рекомендаций МЗ РФ по гендерным проблемам с участием сексологов, пластических хирургов и андрологов. Ключевыми моментами в планируемых рекомендациях должно являться обоснование нежелательности депатологизации транссексуализма, трансгендерности, т.е. необходимо оставление этих нозологий в МКБ. Социальная либерализация, подразумевающая снятие этих диагнозов, может иметь нежелательные последствия в первую очередь для самих трансгендеров, которым легально уже будет невозможен гендерный переход. В результате чего трансгендерная хирургия может уйти в теневую медицину, что по степени опасности и ущерба для здоровья можно сравнить с подпольными абортами.

Тема трансплантации полового члена признана очень перспективной в качестве альтернативы фаллопластике.

Современные хирургические технологии и достижения в трансплантологии позволяют реализовать этот проект в нашей стране совместно с американскими и китайскими хирургами, имеющими такой опыт.

Восточная медицина, в частности, фитотерапия, сейчас переживает ренессанс. Ранее наиболее уязвимым местом фитотерапии являлось отсутствие стандартизации.

•>>> 19

События



Однако сейчас найден консенсус восточной и традиционной медицины. В странах Юго-Восточной Азии уже существует специальность «китайский врач» (7 лет обучения, 3 года практика). Лицензированный «китайский врач» может заниматься и общей медицинской практикой. На конгрессе ПААР признана целесообразность внедрения обучения восточной медицине в медицинских университетах РФ с получением диплома «китайский врач».

По материалам мастер-лекции «ИППП у подростков» запланировано написание методических рекомендаций МЗ РФ, учитывая медицинскую и социальную значимость этой проблемы.

Статистика Конгресса ПААР выглядит следующим образом:

- За 2 дня (24-25 мая) было проведено 6 сессий (41 доклад).
- Зарегистрировано 320 делегатов (согласно заполненным и обработанным анкетам).
- В заключительный день 25 мая были подведены итоги Конгресса. Проведено открытое голосование на пост президента ПААР. Профессор П.А. Щеплев единогласно избран президентом ПААР на следующие 5 лет.

ПААР выражает благодарность всем делегатам Конгресса, модераторам и докладчикам и фармкомпаниям.

Особую признательность хочется выразить профессорам Адамяну Р.Т., Брагиной Е.Е., Гомбергу М.А., Жукову О.Б., Капто А.А. , Кибрику Н.Д.

Гала-ужин прошел в формате клубной вечеринки без псевдохвалебных тостов.

До встречи опять в Дагомысе в мае 2019 года.

Президент ПААР, профессор Петр Андреевич Щеплев



Что такое сервис медицинских услуг



Nethealth



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









Мы в социальных сетях







Андрология

Мужские победы: тестостерон или характер?

Представители многих социальных видов в природе адаптивно подстраивают свое конкурентное поведение в ответ на предыдущий опыт социального взаимодействия: люди, которые одерживали победы в прошлом, преимущественно успешно конкурировали и в будущем, тогда как те, кто потерпел поражение, склонны уступать и подчиняться.

Растущее количество данных свидетельствует о том, что тестостерон функционирует как «гормон конкуренции», который координирует эту поведенческую пластичность, благодаря характерному подъему до и снижению его уровня после победы или поражения. Особенно это хорошо это демонстрируют соревнования, основанные на доминировании, в которых присутствует страх, полученный от преимущества в силе и/или запугивании. В статусных соревнованиях, лишенных страха и антагонизма, в которых победа зависит исключительно от успеха, навыков и знаний в различных областях, колебания уровня тестостерона не отмечено.

Группа ученых из США изучила последствия предыдущего опыта оценки престижа, используя общедоступные конкурсы талантов и данные об изменении уровня тестостерона среди членов крупномасштабного естественного сообщества. Результаты показали, что мужчины, достигшие высокого уровня в групповой иерархии престижа, в первые недели формирования группы, показывают рост тестостерона в течение последующих 2 месяцев, тогда как мужчины с низким уровнем престижа демонстрируют снижение или небольшое изменение тестостерона. У женщин не было выявлено подобных ассоциаций.

Эти результаты могут свидетельствовать о том, что повышение или понижение уровня тестостерона обеспечивают механизм, благодаря которому испытанный ранее опыт престижа калибрует психологические системы и ориентирует мужчину на будущие усилия по поиску и поддержанию уровня этого престижа.

Источник: J Pers Soc Psychol. 2018 Jun;114(6):924-944. doi: 10.1037/pspi0000126.

Материал подготовлен при поддержке компании SH PHARMA



На фоне курсового приема комплекса «Альфа» наблюдалось:

- ✓ Повышение уровня общего тестостерона у 74,7% обследованных мужчин
- ✓ Уменьшение симптомов андрогенного дефицита у 95,4% мужчин!
- ✓ Повышение либидо отметили 36,7%, а улучшение качества эрекции 88,5% мужчин

В ходе лечения, у пациентов не было зарегистрировано каких-либо нежелательных или побочных эффектов.

«Результаты проведённого исследования, позволяют рекомендовать «Альфа» в комплексной терапии пациентов с умеренными и особенно начальными проявлениями андрогенодефицита.»

Ефремов Е.А., Коршунов М.Н., Золотухин О.В., Мадыкин Ю.Ю., Красняк С.С. Оценка эффективности и безопасности применения комбинированного препарата «Альфа» в условиях рутинной клинической практики у мужчин с симптомами гипогонадизма: 3-месячное наблюдательное исследование.



Свидетельство о государственной регистрации № RU.77.99.88.003.E.001916.05.18 от 07.05.2018

BAIL HE ABARETCA AEKAPCTBEHHUM CPEIICTBOM

Андрология

Новые нормы содержания тестостерона в крови здоровых мужчин

Референсные значения содержания общего тестостерона (ОТ), принятые профессиональными ассоциациями для определения возрастного андрогенного дефицита, часто не учитывают существующие различия между различными аналитическими платформами и не принимают во внимание индекс массы тела (ИМТ) и возраст человека.

еждународная группа ученых из Швейцарии, Италии и Лихтенштейна про-

вели исследование с целью определения нормальных значений для уровня ОТ у европейских здоровых мужчин с учетом методов анализа, возраста и ИМТ. Для этого ученые обследовали 351 здоровых эугонадных мужчин, у которых был определен уровень общего тестостерона с помощью четырех иммунометрических анализаторов (ИМА): ARCHITECT i1000SR (Abbot), UniCel DxI800 (Beckman Coulter), Cobas e601 (Roche), IMMULITE 2000 (Siemens) и при помощи жидкостной хроматографии-тандемной масс-спектрометрии (ЖХ-ТМС). Для каждого метода были определены референсные значения.

Регрессионный анализ по Пассингу-Беблоку и график анализа разностей по методу Бланда-Альтмана показали приемлемое согласие между анализатором Abbot и ЖХ-ТМС, но плохое между ЖХ-ТМС и другими ИМА.

Возраст-специфические концентрации ОТ в группах, не страдающих ожирением (ИМТ <29,9 кг/м2), были выше, чем у всех мужчин.

Общий нормальный диапазон тестостерона у людей без ожирения в возрасте 18-39 лет, измеренный с помощью ЖХ-ТМС, составлял 9,038-41,310 нмоль/л. Референсные значения, рассчитанные с использованием ЖХ-ТМС, статистически отличались от значений, рассчитанных отдельно для каждого ИМА, за исключением Abbot, и среди всех ИМА между собой. Также были отмечены статистически значимые различия как для верхних, так и для нижних эталонных значений между теми, что были получены в ходе исследования, и теми, которые были предоставлены производителями.

Исследователи сделали вывод, что метод-специфические референсные значения могут повысить точность диагностики возрастного андрогенного дефицита и должны использоваться в рутинной практике.

Источник: Clin Chem Lab Med. 2018 May 10 doi: 10.1515/cclm-2017-1201. Материал подготовлен при поддержке компании SH PHARMA



Секреты природы и научные знания

позволяют нам добиваться

поистине выдающихся результатов,

помогая каждому человеку

получить его собственный

ИСТОЧНИК ИСЦЕЛЕНИЯ



Андрология

Коррекция мужской фертильности



О.Х. Тажетдинов к.м.н., врач-уролог высшей категории главный врач ООО «Краснодарский медико-биологический центр»

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) 8-12% семейных пар в мире в течение репродуктивного периода сталкиваются с проблемой бесплодия [1].

Проблема бесплодия - мировая проблема

Более, чем в половине случаев, бесплодие обусловлено мужским фактором изолированно или в сочетании с женским фактором. В последние годы уточнены этиология и патогенез, разработаны эффективные методы лечения многих заболеваний и патологических состояний, приводящих к мужскому бесплодию.

Несмотря на это, примерно в 30% случаев причина снижения показателей эякулята остается неизвестной (идиопатическое снижение фертильности или идиопатическая патозооспермия) [2]. Лечение этой группы пациентов производится, главным образом, эмпирически, для чего применяются лекарственные средства различных групп (антиэстрогены, препараты хорионического и менопаузального гонадотропинов, гонадотропин-рилизинг гормон (ГнРГ), антиоксиданты, биологически активные добавки к пище и др.).

Влияние пищевых продуктов и нутрициентов на эякулят: данные клинических исследований

В последние годы возрос интерес к нутрициологии и влиянию пищевых продуктов на различные характеристики эякулята и сперматозоидов.

Недавно под редакцией Salas-Huetos A., Bulló M. и Salas-Salvadó J. опубликован обзор влияния пищевых факторов на мужскую фертильность [3].

Большинство мужчин волнует вопрос влияния алкоголя на их репродуктивную функцию. По литературным данным, влияние алкоголя на параметры эякулята противоречивы. Так, Goverde и др. показали, что у мужчин, употреблявших

алкоголь ежедневно, отмечаются более низкие показатели морфологически нормальных форм сперматозоидов [4]. В тоже время, deJong и др. не нашли связи между употреблением алкоголя и показателями эякулята (объем, количество сперматозоидов, подвижность и морфология) [5].

Eslamian и др. обнаружили обратную и дозозависимую связь между употреблением омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) и риском астенозооспермии [6]. В другом исследовании, те же авторы указывают на снижение риска астенозооспермии при употреблении витаминов (E, D и C), цинка, фолатов, селена и ПНЖК [7].

Eskenazi и др. выявили положительное влияние витамина С на концентрацию, общее количество и прогрессивную подвижность сперматозоидов; положительное влияние витамина Е на прогрессивную подвижность и количество прогрессивно-подвижных сперматозоидов; положительное влияние β-каротина на концентрацию и прогрессивную подвижность сперматозоидов [8]. Однако при употреблении в пищу фолатов и цинка не было обнаружено их достоверного влияния на параметры эякулята.

Только одно исследование было направлено на изучение фрагментации ДНК сперматозоидов. Было обнаружено положительное влияние витамина С, витамина Е, фолатов и цинка, но это влияние было отмеченоу мужчин старше 44 лет.

Аfeiche и др. подтвердили положительное влияние нежирного молока на концентрацию и прогрессивную подвижность сперматозоидов [9]. В то же время прием в пищу сыра отрицательно сказывался на концентрации сперматозоидов, но только среди курильщиков и/или тех, кто курили в прошлом. Кроме того, прием в пищу рыбы положительно сказывался на общем количестве сперматозоидов и их морфологии, а прием мяса, подвергшегося термической обработке, отрицательно влиял на морфологию сперматозоидов.

Мínguez-Alarcón и др. было обнаружено положительное влияние антиоксидантов (криптоксантина, витамина С, ликопина и β-каротина) на общее количество сперматозоидов [10]. Кроме того, увеличился объем эякулята у тех, кто принимал в пищу большое количество витамина С, ликопина и β-каротина.

Cutillas-Tolin и др. показали, что средиземноморская диета (высокое содержание овощей, фруктов и морепродуктов) положительно влияет на общее количество сперматозоидов, хотя «западная» диета с высоким содержанием мяса, зерновых продуктов, высокоэнергетических напитков и сладостей, приводит

•

Андрология

к увеличению количества морфологически нормальных форм сперматозоидов. Однако у мужчин-приверженцев западного типа питания, имеющих избыточный вес или ожирение, было отмечена отрицательная корреляция с общей концентрацией сперматозоидов [11].

Ramlau-Hansen и др. не выявили отрицательного влияния приема кофе на параметры спермограммы [12]. Но высокое потребление кофе вело к повышению уровня тестостерона плазмы крови.

Авторы указывают на малое количество исследований с правильным дизайном в этой области и необходимости более масштабных исследований для выявления «положительных» и «отрицательных» в отношении фертильности продуктов питания.

Собственное исследование

В настоящее время в нашей стране и за ее пределами растет применение биологически активных добавок к пище, благодаря их эффективности и малому количеству побочных явлений.

В связи с многокомпонентностью состава представляет интерес отечественный препарат «Андрокомплекс СВ» научно-производственной компании «Оптисалт» (г. Москва). Его состав включает: L-карнитин, L-аргинин, L-карнозин, экстракт травы ярутки полевой, экстракт корневища дикого ямса, экстракт корня маки перуанской, экстракт коры дуба, экстракт травы хвоща полевого, коэнзим Q10, ретинол (витамин А), витамин Е (α-токоферол), витамин D (холекальциферол), витамин B2 (рибофлавин), витамин B6 (пиридоксин), фолиевая кислота (витамин В9), марганец, цинк, селен.

Целью нашего открытого исследования, выполненного в ООО «Краснодарский медико-биологический центр», стала оценка клинической эффективности и безопасности препарата «Андрокомплекс СВ» в лечении пациентов с идиопатическим снижением фертильности.

Материалы и методы. В исследование включались мужчины, обратившиеся к врачу-урологу с жалобами на бесплодие в браке и имеющие сниженные показатели спермограммы (олиго-, астено-, тератозооспермия или их сочетания), при этом нарушения в спермограмме носили идиопатический характер.

Всем пациентам проводили клиническое обследование, включавшее анамнес-

тические данные (длительность бесплодия, вторичное или первичное, предыдущие заболевания, операции, травмы, возраст супруги и состояние ее репродуктивной системы, профессиональные и другие вредности); данные общего осмотра и физикального обследования; лабораторные исследования (гормоны – фолликулостимулирующий, лютеинизирующий, тестостерон общий и свободный, пролактин, эстрадиол, ингибин В); спермограмма + посев эякулята на условнопатогенную микрофлору + MAR-тест; УЗИ органов мошонки; ПЦР-диагностика инфекций, передающихся половым путем (гонорея, хламидия, уреаплазма, микоплазма, трихомониаз), серологический анализ крови (сифилис, ВИЧ, гепатиты).

Непосредственно в исследование было включено 30 пациентов с идиопатической патозооспермией, которые получали препарат «Андрокомплекс СВ» в дозировке по 1 капсуле 2 раза в день в течение 3 месяцев.

Оценка эффективности терапии проводилась через 1,5 и 3 месяца (динамика изменений параметров эякулята), одновременно с этим оценивалась безопасность применения препаратов (наличие побочных реакций, их тяжесть).

Результаты исследования.

На фоне проведения лекарственной терапии было выявлено, что объем эякулята увеличился в с 2,8 мл до начала терапии до 3,0 мл через 1,5 месяца терапии и до 3,3 мл через 3 месяца терапии (p<0,05).

Средняя концентрация сперматозоидов в эякуляте до начала терапии была 32,6 млн/мл, после 1,5 месяцев терапии – 38,4 млн/мл, через 3 месяца терапии – 45,3 млн/мл (p<0,05 исходно и через 3 месяца).

Аналогичные результаты были получены при сравнении показателей подвижности сперматозоидов до и после терапии. Так, прогрессивная подвижность сперматозоидов увеличилась с 13,4% до 21,3% через 1,5 месяца и до 28,5% через 3 месяца терапии (p<0,05).

При сравнении непрогрессивной подвижности сперматозоидов были получены следующие результаты: увеличилось с 11.8% до начала терапии до 15.4% через 1.5 месяца и до 18.3% через 3 месяца терапии (p>0.05).

Что касается изменения количества морфологически дефектных форм сперматозоидов, то достоверных отличий показателей до и после лечения выявлено не было (морфологически нормальных форм сперматозоидов до лечения 2,3%, через 1,5 месяца лечения 2,5% и через 3 месяца лечения 2,8%. ■

Андрология

Переносимость и безопасность терапии оценена как «хорошая». За время исследования было зафиксировано 2 случая умеренных болей в эпигастрии и 2 случая диспепсических явлений, которые купировались самостоятельно. Какого-либо отрицательного влияния на течение сопутствующих заболеваний и необходимость изменения терапии этих состояний также не наблюдалось.

Таким образом, настоящим исследованием была подтверждена важность применения препарата «Андрокомплекс СВ» в лечении пациентов с идиопатической патозооспермией. Вследствие того, что наиболее значимые различия были отмечены через три месяца терапии, следует рекомендовать прием «Андрокомплекс СВ» не менее трех месяцев. ■

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1. WHO manual for the standardized investigation and diagnosis of the infertile couple. WHO, 3-th ed.: Cambridge university press, 2000.
- 2. Nieschlag E, Behre H.M. and Nieschlag S. Male reproductive health and dysfunction. 2010, Springer Verlag: Berlin.
- 3. Salas-HuetosA., BullóM. u Salas-Salvadó J. Dietary patterns, foods and nutrients in male fertility parameters and fecundability: a systematic review of observational studies. Human Reproduction Update, Vol.23, No.4 pp. 371–389, 2017
- 4. Goverde H.J. et al. Semen quality and frequency of smoking and alcohol consumption—an explorative study. Int J Fertil Menopausal Stud 1995;40:135–138
- 5. de Jong A.M.E. et al. Effect of alcohol intake and cigarette smoking on sperm parameters and pregnancy. Andrologia 2014;46:112–117
- 6. Eslamian G. et al. Dietary fatty acid intakes and asthenozoospermia: A casecontrol study. Fertil-Steril 2015;103:190–198
- 7. Eslamian G. et al. Nutrient patterns and asthenozoospermia: a case-control study. Andrologia 2017 Apr;49(3). doi: 10.1111/and.12624. Epub 2016 Jun 1.
- 8. Eskenazi B. et al. Antioxidant intake is associated with semen quality in healthy men. Hum Reprod 2005;20: 1006–1012.
- 9. Afeiche M. et al. Dairy intake and semen quality among men attending a fertility clinic. FertilSteril 2014a;101:1280–1287.
- 10. Mínguez-Alarcón L. et al. Dietary intake of antioxidant nutrients is associated with semen quality in young university students. Hum Reprod 2012;27:2807–2814
- 11. Cutillas-Tolin A. et al. Mediterranean and western dietary patterns are related to markers of testicular function among healthy men. Hum Reprod 2015;30:2945–2955.
- 12. Ramlau-Hansen C.H. et al. Semen quality according to prenatal coffee and present caffeine exposure: two decades of follow-up of a pregnancy cohort. Hum Reprod2008;23:2799–2805.

АНДРОКОМПЛЕКС СВ®

МНОГОКОМПОНЕНТНЫЙ КОМПЛЕКС ДЛЯ РОЖДЕНИЯ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ



<mark>КОНТАКТНЫЙ ТЕЛ.:</mark> 8(800) 555 <mark>07 17</mark> ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ: OPTISALT.SU / COMPLEXSW.RU





СВИДЕТЕЛЬСТВО О ГОСУДАРСТВЕННОЙ РЕГИСТРАЦИИ RU.77.99.88.003.E.002484.06.17 ОТ 01.06.2017 Г.

ПРОИЗВОДСТВО РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ. БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ. ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ С ВРАЧОМ.

Интервью с экспертом

Комплексное лечение камней мочеточника



В.В. Дутов Д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»

Консервативное лечение мочекаменной болезни (МКБ) в целом и камней мочеточника в частности является таким же перспективным методом, как и постоянно

совершенствующиеся хирургические методики. Методы медикаментозной поддержки пациентов с МКБ редакция «Дайджеста урологии» обсудила с доктором медицинских наук, профессором, заведующим кафедрой урологии ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского» Валерием Викторовичем Дутовым.

Валерий Викторович, как Вы считаете, можно ли в современной медицине, имея различные высокотехнологичные методы лечения, совершенное оборудование и высокую профессиональную подготовку, обойтись без дополнительного консервативного лечения мочекаменной болезни?

В.В. Дутов: Мочекаменная болезнь – одно из немногих состояний, в котором роль консервативного лечения неоспорима как на этапе подготовки к оперативному лечению, так и в послеоперационном периоде, на этапе реабилитации пациента, а также в плане метафилактики МКБ. Последние три-четыре десятилетия ознаменовались в урологии грандиозным технологическим прорывом в лечении самых сложных клинических форм МКБ. Повсеместное внедрение в клиническую практику методов дистанционной ударно-волновой, а также контактной чрескожной и трансуретральной литотрипсии существенно изменило подходы к лечению пациентов с уролитиазом. Вместе с тем, как это ни покажется парадоксальным, они же поставили вопрос о месте и роли различных неоперативных методов лечения, направленных на отхождение одиночных конкрементов и фрагментов камня, оставшегося в мочевыводящих путях после блестяще выполненной операции литотрипсии.

Интервью с экспертом

Какая роль возлагается на медикаментозные средства при камнях мочеточника?

В.В. Дутов: Должен заметить, что, по данным мета-анализов, конкременты мочеточника в зависимости от их исходных размеров, длительности нахождения, состояния уродинамики верхних мочевыводящих путей, наличия сопутствующего пиелонефрита имеют тенденцию к самостоятельному отхождению в мочевой пузырь в пределах от 30% до 75% случаев. Самое главное действие, которое мы ожидаем от медикаментозных средств, применяемых при камнях мочеточника, – это ускорение миграции самого камня. В более отдаленном периоде препараты могут снижать частоту повторных болевых приступов, облегчая отхождение камней, снижать интенсивность сопутствующего воспалительного процесса. В целом, когда избираются консервативные методы лечения камней мочеточника, врач должен решить двуединую задачу - с одной стороны, устранить факторы, препятствующие миграции конкремента в дистальном направлении (отек стенки мочеточника, спазм и инфекция мочевых путей), а с другой уменьшить выраженность болевого синдрома (почечной колики) во время прохождения камня по мочевыводящим путям. К факторам, которые могут препятствовать миграции конкремента, но в то же время доступны для медикаментозного воздействия, относятся: отек, спазм мочеточника, мочевая инфекция. Нарушение распространения перистальтической волны - ведущее звено в нарушении миграции камня. Обструкция характеризуется спазмом гладкой мускулатуры мочеточника вокруг камня и повышением сократительной активности и тонуса мочеточника выше камня, тогда как ниже уровня обструкции сократительная активность мочеточника не меняется, несмотря на снижение тонуса его стенки. Перед урологом стоит дилемма: что предпринять? Если избрать стимуляцию перистальтики, то ее результатом будет увеличение числа ретроградных сокращений и как следствие, - ухудшение условий для самостоятельного отхождения и развитие возможных осложнений. Альтернативный вариант ингибирование перистальтики и в результате, редукция спазма стенки мочеточника, снижение числа некоординированных ретроградных сокращений, снижение базального и перистальтического давления и, наконец, увеличение болюсного объема мочи и градиента давления вокруг камня, что в совокупности способствует его отхождению.

Интервью с экспертом

Какие препараты, которые Вы применяете в своей практике, прошли исследования в вашей клинике и обладают достаточной доказательной базой?

В.В. Дутов: Поиск фармакологических средств, которые могут быть использованы с целью самостоятельного отхождения камней и их фрагментов из мочеточника, явился объектом пристальных исследований в урологии в течение последних двух десятилетий. В мировой литературе укоренился термин «медикаментозная экспульсивная терапия (МЭТ)» – лечебное воздействие, применяемое на протяжении обсервационного периода, а также после проведения ДУВЛ, нефроуретеролитотрипсии и открытых оперативных вмешательств, направленное на отхождение камней и их фрагментов.

Предложены разнообразные препараты для улучшения отхождения камней мочеточника: НПВС (за счет противовоспалительного и миорелаксирующего действия, а также снижения гломерулярной фильтрации), ингибиторы медленных кальциевых каналов (верапамил, нифедипин), ингибиторы фосфодиэстеразы (иФДЭ IV) за счет нарушения каскада цАМФ-цГМФ – неселективные (папаверин) и селективные (дротаверин, но-шпа), кортикостероиды (ингибирование метаболизма арахидоновой кислоты), прогестерон, селективные и суперселективные альфа-1-адреноблокаторы.

В последние годы повсеместный интерес вызывают результаты применения медикаментозных схем лечения на основе субстанций растительного происхождения.

Мы располагаем опытом применения препарата Пролит септо. В 2010-2011 годах на базе МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского и МУ «ГКБ г. Жуковский» было проведено сравнительное проспективное плацебо-неконтролируемое нерандомизированное исследование эффективности и безопасности применения Пролит септо в двух группах пациентов. Параллельно были проведены исследования и в других урологических клиниках страны, результаты которых были эффективны, репрезентативны, воспроизводимы и подтвердили обоснованность включения данного растительного комплекса в схемы МЭТ при различных видах МКБ.

В чем заключалось исследование, которое проводилось в стенах МОНИКИ?

В.В. Дутов: В задачи исследования входила оценка эффективности и сроков применения препарата при конкрементах мочеточника в сравнении со стандартно

используемыми спазмолитиками, а также вероятность самостоятельного отхождения камней в зависимости от их размера и локализации и определение выраженности влияния на возможность отхождения конкремента таких предикторов, как размер камня, его локализация и характер проведенного лечения.

В нашем исследовании участвовали пациенты с единичным камнем мочеточника, которым назначалась консервативная терапия с максимальной длительностью – 28 дней. Условно локализация конкрементов делилась на проксимальную (верхняя и средняя трети мочеточника) и дистальную (нижняя треть) по отношению к терминальной линии таза. Все пациенты были разделены на 2 группы – основного лечения – 68 человек (дротаверин 40 мг 3 раза, Пролит септо 2 капсулы 3 раза в сутки) и контрольного лечения – 65 человек (дротаверин 40 мг 3 раза). Необходимо отметить, что все пациенты были ранжированы по локализации конкрементов, возрасту, полу, стороне локализации и размерам конкремента.

Какие были критерии исключения?

В.В. Дутов: Мы изначально не включали в исследование беременных и лактирующих женщин, пациентов с аллергическими реакциями в анамнезе, а также пациентов с обструкцией единственно функционирующей почки, с аномалиями мочеточника, пациентов после ранее перенесенных операций на верхних мочевыводящих путях, при некупирующейся почечной колике. То есть исключили тех пациентов, у которых можно было предположить сложности с отхождением конкрементов.

Какие результаты этого исследования Вам хотелось бы отметить особо?

В.В. Дутов: Как мы и предполагали, отхождение камней из дистальной части мочеточника было достоверно выше в группе пациентов, которые принимали Пролит септо (85% пациентов по сравнению с 66% пациентов контрольной группы). Мы также отметили, что, даже если камень не отходил, степень выраженности болевого синдрома у пациентов основной группы была ниже по сравнению с группой контроля.

При проксимальной локализации камня у пациентов основной группы медиана миграции в дистальную часть мочеточника составила в среднем 6 суток. В контрольной группе продвижения конкрементов не отмечено вовсе. ■

Интервью с экспертом

Проведенное нами исследование продемонстрировало, что включение Пролит септо в схему лечения существенно повышало вероятность отхождения или миграции конкремента по мочеточнику. Эффект от назначения препарата был отмечен только в течение первых двух недель. При дальнейшем наблюдении отхождения конкрементов не отмечалось, что не отличалось от использования только обычных спазмолитиков. Полученные данные свидетельствуют о том, что характер применяемой терапии напрямую влиял на риск отхождения конкрементов, повышая вероятность более раннего наступления этого события. Включение в схему лечения препарата в 4 раза увеличивало вероятность отхождения конкремента.

На фармацевтическом рынке существует несколько препаратов группы Пролит – Пролит, Пролит-супер капсулы, Пролит Супер Септо, которые близки по своему составу и действию, но каждый из них обладает уникальными свойствами. Основным растворяющим камни веществом является экстракт листьев кеджибелинга в сочетании с экстрактами листьев почечного чая, травы филлантуса нирури и листьев осота огородного. Благодаря включению дополнительных компонентов в различных препаратах группы Пролит усилены отдельные свойства. Пролит Супер Септо обладает усиленным антисептическим, антибактериальным, противовоспалительным действием. Пролит-супер капсулы отличаются литолитическими свойствами в отношении камней в мочевых и желчных путях.

Валерий Викторович, есть ли другие исследования линейки препаратов Пролит при камнях мочеточника, подтверждающие его эффективность?

В.В. Дутов: Значительное число российских исследований подтвердило положительный эффект Пролита при камнях мочеточника различных размеров. Два

исследования при конкрементах мочеточника 0,6-0,7 см были проведены под руководством профессора Ткачука В.Н. в Санкт-Петербургском государственном медицинском университете им. акад. И.П. Павлова (2009, 2011 годы). Назначение Пролита по общепринятой схеме привело к полной элиминации камней мочеточника, при этом полное освобождение от камней произошло у 90-95% пациентов, тогда как в контрольной группе – только у трети исследуемых.

Также действие препарата Пролит Супер Септо изучалось под руководством профессора Мартова А.Г. на кафедре урологии ИПК ФМБА и ГБУЗ ГКБ им. Д.Д. Плетнева у пациентов после трансуретральных и чрескожных вмешательств. Сравнивали уровень лейкоцитурии, суточный диурез, степень дизурии и качество жизни пациентов. Было отмечено, что в группе пациентов, получавших Пролит Супер Септо, качество жизни пациентов было значительно выше, чем в контрольной, в основном за счет уменьшения дизурических явлений и связанной с ними ирритативной симптоматики. Дополнительными плюсами авторы считают быстрое купирование воспалительных явлений, стимуляцию диуреза и улучшение отхождения резидуальных фрагментов камней. Особо отмечена хорошая переносимость препарата, благодаря чему ни один пациент не прекратил его приема.

Вспоминается еще одно интересное исследование, которое было проведено в 2015 году в урологической клинике РУДН, ГКБ №29 им. Н.Э. Баумана под руководством профессора Андрюхина М.И. Была оценена эффективность Пролита Супер Септо в реабилитационных мероприятиях после ДУВЛ у пациентов с уратным и смешанным уролитиазом. Авторы пришли к выводу: добавление препарата Пролит Супер Септо к стандартным схемам терапии МКБ очень эффективно и значительно улучшает качество жизни пациентов.

Как я уже отмечал, препараты растительного происхождения весьма привлекательны ввиду явного их преимущества в силу минимального уровня развития нежелательных явлений при сопоставимом уровне эффективности применения синтезированных лекарственных средств.

Слабым звеном до настоящего времени остается отсутствие проводимых мультицентровых исследований по специально разработанным протоколам, а также изменение статуса препаратов. Компания «Гринвуд», отталкиваясь от полученных первых обнадеживающих результатов применения растительной субстанции препаратов группы Пролит при уретеролитиазе и хронических воспалительных заболеваниях мочевыводящих путей, вплотную подошла к старту российского

Интервью с экспертом

мультицентрового исследования по применению препарата. Думаю, что со временем мы сможем довести его результаты до всех коллег и читателей вашего журнала.

Все эти исследования вполне подтверждают серьезность доказательной базы Пролита. А какие проводятся исследования сейчас?

В.В. Дутов: На сегодняшний момент препарат Пролит успешно прошел доклинические испытания по модели острого бактериального пиелонефрита на крысах и мышах. Результаты исследования позволили прийти к выводу, что Пролит может активно использоваться в лечении пациентов с МКБ и сопутствующим хроническим воспалительным процессом в почках. Противовоспалительный эффект по эффективности сравним с действием известного растительного лекарственного препарата. Эти данные внесены в регистрацию препарата Пролит как лекарственного средства. В настоящее время идет процесс перерегистрации Пролита из категории БАД в категорию растительного лекарственного препарата. Московская область и МОНИКИ являются одними из медицинских соисполнителей по проведению многоцентрового простого слепого плацебо-контролируемого рандомизированного в параллельных группах исследования.

Надеемся, что такой серьезный подход откроет новые перспективы для линейки препаратов Пролит.

Спасибо за интересную и содержательную беседу! Надеюсь, мы оправдали ожидания читателей.

Беседовала В.А. Шадеркина

В настоящее время идет регистрация Пролита как лекарственного средства.



ДЛЯ ЗАЩИТЫ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ



ПРОХОДИТ РЕГИСТРАЦИЮ КАК ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО группа растительных препаратов



Технические средства реабилитации при нарушении функции выделения



Г.Е. Тищенко нейроуролог Реабилитационного центра для инвалидов «Преодоление» и консультант ФГБУ ЦКБ восстановительного лечения ФМБА России

В рамках курса дистанционного образования «Мануальные навыки уролога – советы экспертов» Галина Евгеньевна Тищенко, нейроуролог Реабилитационного центра для

инвалидов «Преодоление» и консультант ФГБУ ЦКБ восстановительного лечения ФМБА России, подробно раскрыла тему подбора технических средств реабилитации для людей, страдающих нарушениями выделительных функций.

Общие сведения о ТСР

Выписка технических средств реабилитации (TCP) зависит одновременно от двух ведомств: Департаментов здравоохранения и Министерства социальной защиты и труда. Следовательно, некоторые аспекты выписки TCP связаны с особенностями государственного обеспечения такими средствами граждан с инвалидностью, а также с оформлением медицинской документации.

Технические средства реабилитации – это мероприятия или услуги, которые позволяют инвалиду восстановить или компенсировать утраченные функции организма. Главная цель – позволить пациенту вернуться к бытовой, общественной и профессиональной деятельности в соответствии со структурой его потребностей, кругом интересов, притязаниями, социальным статусом и с учетом реальных возможностей социальной инфраструктуры.

К нарушениям функций выделения относятся нарушения функции выделения мочи – несостоятельность фазы накопления и/или опорожнения мочевого пузыря, а также недержание кала (энкопрез). Как уролог, Галина Евгеньевна подробнее остановилась на первой проблеме.

Большинство лиц с инвалидностью рассматриваемого типа имеет смешанную форму расстройства мочеиспускания, когда страдают как функция наполнения мочевого пузыря, так и функция его опорожнения. В результате у пациента присутствуют и недержание, и хроническая задержка мочи. Таким образом, подбирать средства реабилитации нужно с учетом обоих нарушений:

- Для коррекции задержки мочи применяются урологические катетеры: лубрицированные, длительного и постоянного пользования, катетеры для эпицистостомы, а также наборы-мочеприемники для самокатетеризации.
- При недержании мочи пациенту необходимо абсорбирующее белье: впитывающие пеленки и подгузники для взрослых. Также применяются уропрезервативы: самоклеящиеся или с пластырем.
- Среди средств для сбора мочи применяются мешки-мочеприемники и ремешки для крепления к ноге.

Перечисленные средства по закону предоставляются гражданам с инвалидностью бесплатно: за счет Министерства социальной защиты или – для москвичей – Департамента здравоохранения города Москвы.

Виды ТСР для опорожнения мочевого пузыря

Прежде чем рассматривать технические средства реабилитации, применяемые при нарушении функции опорожнения мочевого пузыря, нужно упомянуть, что существуют методы компенсации без применения дополнительного оборудования, доступные для пациентов: это рефлекторное мочеиспускание с мануальным пособием: раздражение триггерных зон, приемы Креде и Вальсальвы.

Среди методов с применением TCP в первую очередь рассматривается постоянное дренирование мочевого пузыря, для чего применяются уретральные и супрапубикальные катетеры. Наконец, может применяться периодическая катетеризация: через мочеиспускательный канал или «сухую стому».

Для постоянной катетеризации, согласно действующему законодательству, применяются следующие виды катетеров:

- катетер уретральный длительного пользования (срок пользования не менее 1 недели),
 - катетер уретральный постоянного пользования (не менее 1 месяца)
 - катетер для эпицистостомы (не менее 1 недели).

Общая урология

По этой причине врачу следует точно указывать тип катетера, выписывая его пациенту, чтобы тот в дальнейшем мог получить именно то, что необходимо.

По типу фиксации в мочевом пузыре выделяются:

- катетеры с раздуваемым баллоном (Фолея)
- катетеры с разными наконечниками (Нелатона, Тиммана)
- катетеры, изготовленные из разных материалов изготовления (силикон, латекс, поливинилхлорид и композитные материалы).

При выписке ТСР пациенту эти моменты тоже лучше указывать. Пациент в результате должен хорошо понимать, что именно ему нужно, чтобы перечислить все тонкости при заполнении заявки на обеспечение техсредствами. Также необходимо объяснить, что жесткие катетеры не могут назначаться пациенту для самостоятельного использования — такая катетеризация — разовая процедура, выполняемая исключительно врачом в стенах медицинского учреждения.

Периодическая катетеризация выполняется пациентом 4–6 раз в сутки, поэтому крайне важно, чтобы все средства были подобраны правильно, а сама процедура была для человека максимально комфортной.

Согласно классификации ICS (International Continence Society, Международное общество по удержанию мочи), катетеры бывают:

- без покрытия главным образом катетеры из ПВХ с наконечниками по типу Нелатона и Тиммана. При их использовании можно применять отдельно наносимый лубрикант (вазелин, глицерин или гель-смазку с анестетиком). У женщин в связи с короткой протяженностью уретры возможно использование и без дополнительного нанесения лубриканта.
- прелубрицированные содержат водорастворимый лубрикант внутри упаковки (глицерин), за счет чего не требуется дополнительное нанесение гель-смазки.
- с покрытием или лубрицированные в них применяется специально нанесенное гидрофильное покрытие на всей поверхности катетера. Катетеры с гидрофильным покрытием могут требовать активации лубриканта водой непосредственно перед использованием или продаваться уже активированными, готовыми к использованию после вскрытия упаковки.

Катетеры из последней группы, по словам Галины Евгеньевны, сегодня признаны наиболее безопасными. Согласно результатам множества международных исследований, они сопряжены с наименьшим риском развития таких осложнений, как микро- и макрогематурия, повреждения слизистой мочеиспускательного канала, развитие сужений и структур уретры. Кроме того, с ними за счет сниженного

трения меньше вероятность обострения хронических инфекций нижних мочевых путей, которые в той или иной степени присутствуют у всех пациентов с нарушениями функции мочеиспускания. Наиболее распространенный лубрикант для катетеров такого типа – поливинилпирролидон, абсолютно инертный к человеческому организму и широко применяемый во многих отраслях промышленности. При контакте с водой этот материал становится еще более скользким, следовательно, катетер с покрытием из него – менее травматичным для уротелия.

У пациентов, ведущих активный образ жизни, в законодательной базе прописано к применению еще одно техническое средство – набор-мочеприемник для самокатетеризации. В него входят мешок-мочеприемник, встроенный в него лубрицированный катетер и емкость с физраствором для активации лубриканта. Срок использования такого набора составляет 4 часа, соответственно пациенту необходимо порядка 180 штук на месяц.

Виды ТСР при недержании мочи

Что касается средств, предлагаемых для бесплатного обеспечения при недержании мочи, сегодня из их числа исключены урологические прокладки – их пациентам приходится приобретать на собственные средства. По-прежнему можно получить бесплатно впитывающие пеленки, подгузники и уропрезервативы. О существовании последних, однако, знают далеко не все пациенты, поэтому лечащий врач должен информировать об этом пациентов.

При недержании мочи у мужчин уропрезервативы имеют ряд преимуществ перед подгузниками. В частности, легко надеваются и снимаются без посторонней помощи, в то время как пользователям подгузников часто нужен помощник для надевания и замены. Кроме того, в отличие от подгузников, уропрезервативы не требуют замены в течение 24 часов, защищают кожу от раздражающего действия мочи, не шуршат при движении и незаметны под одеждой, а также не пропускают запах. Таким образом, уропрезервативы способны заметно улучшить качество жизни пациента. Они выпускаются с двумя видами крепления: с пластырем и самоклеящиеся. Кроме того, различаются материалы изготовления: уропрезервативы могут латексными, безлатексными или же с низким содержанием латекса. Здесь требуется индивидуальный подход с учетом индивидуальной переносимости у пациента, а также его личных предпочтений. Иногда мужчине можно рекомендовать

использование вместе с уропрезервативами специальных адгезивных салфеток, благодаря которым изделие держится прочнее и меньше травмирует кожу. Также при подборе уропрезерватива необходимо учитывать вероятность спонтанной эрекции. На рынке представлены изделия со свойствами «памяти» и с уплотненными сливными портами, защищающими от перегиба. Помимо этого, необходимо знать, что уропрезервативы имеют размерный ряд и должны подбираться в соответствии с окружностью полового члена пациента. Иногда размеры не соответствуют друг другу у разных производителей, о чем мужчине также нужно помнить, оформляя заявку на получение изделий.

Уропрезервативы крепятся к мешкам-мочеприемникам, которые также выпускаются разного объема: ночные – более вместительные, чем ножные, предназначенные для использования в течение дня и фиксируемые на ноге пациента с помощью ремешков. Эти ремешки также включены в нормативные акты и выдаются бесплатно по две штуки на месяц.

ТСР при недержании кала

Помимо этого, в перечень TCP, применяемых при нарушении функций выделения входят анальные тампоны, используемые при недержании кала. По сути, они представляют собой механическое препятствие непроизвольному отхождению каловых масс. В неактивном состоянии имеют форму анальной свечи, а при контакте с влагой в прямой кишке их водорастворимая оболочка раскрывается, в результате чего тампон приобретает куполообразную форму. Такие тампоны состоят из вспененного полиуретана, потому легко пропускают газы и не провоцируют вздутие кишечника. Также в них всегда запаян шнур для легкого самостоятельного извлечения. Выпускаются в двух размерах: большом, который предпочтителен при массе тела пациента более 80 кг, и малом – применяемом, в соответствии, у людей весом менее 80 кг. Особо актуальным может быть применение тампонов, когда непроизвольное отделение кала мешает прохождению терапевтических процедур – к примеру, получению гидромассажа.

Некоторые врачи, особенно участковые, семейные, о существовании такого средства не знают и не говорят о нем своим пациентам. Распространение грамотной медицинской информации на этот счет способно существенно повысить качество жизни многих людей и улучшить их социальную адаптацию. ■



www: invencardio.ru

E-mail: urotech.russia@gmail.com

эксклюзивный поставщик эндоурологической продукции фирмы «UROTECH GmbH", Германия

основной разработкой фирмы является PC-покрытие (фосфорилхолин) высокобиосовестимое и биостабильное: - эти свойства практически к нулю сводят риск возникновения инфекции, снижают возможность образования камней при длительном нахождении в организме

- стенты мочеточниковые
- стенты мочеточниковые с РС покрытием
- стенты мочеточниковые с магнитом
- стенты мочеточниковые после литотрипсии
- нефростомические дренажи
- набор для надлобковой пункции
- баллонные катетеры Фолея
- диагностические катетеры
- проводники
- экстрактор камней
- педиатрическая продукция
- уродинамические катетеры
- баллонные дилятационные катетеры



Боли в почке у беременных: стентировать или нет



К.Л. Локшин Д. м. н., Руководитель урологической службы GMS Clinic

Почечная колика у беременных – это ситуация, требующая осторожного и вдумчивого терапевтического подхода. О причинах почечных болей у беременных

пациенток и вариантах их лечения подробно рассказал в программе «Час с ведущим урологом» руководитель урологической службы GMS Clinic, доктор медицинских наук Константин Леонидович Локшин.

Обструкция мочеточника камнем при беременности

Боль в почке у беременных является показанием к стентированию в трех случаях: при обструкции камнем, пиелонефрите и сдавливании мочеточника маткой.

Первый вариант – обструкциям камнем – является наиболее понятным и изученным состоянием, которое упоминается как в европейских, так и в американских клинических рекомендациях. В 2014 году опубликованы результаты мета-анализа «Современное состояние уретероскопических вмешательств по поводу МКБ при беременности» [1]. Чуть ранее стал доступен систематический обзор «Исходы уретероскопии по поводу МКБ при беременности» [2].

По данным исследований, опубликованных за последние несколько лет, инфекции мочевых путей и мочекаменная болезнь (МКБ) представляют собой самые частые причины абдоминальной боли у беременных, при этом МКБ является наиболее распространенным неакушерским показанием для госпитализации. Мочекаменная болезнь может осложнять течение беременности с частотой 1 на 200 случаев [3; 4; 5]. Также есть сведения о том, что к 3 триместру физиологический гидронефроз развивается у 90% беременных – это говорит о том, что он может рассматриваться как физиологический процесс [6].

При этом с почечной коликой ассоциированы такие факторы риска для бере-

менной и плода, как преждевременные роды, преждевременный разрыв оболочек, привычное невынашивание и преэклампсия [7]. Кроме того, чем дольше длится колика, тем выше риски для беременности, что подтверждается результатами исследования 2016 года с участием 117 женщин [8]. В первой группе пациенток колика продолжалась менее 12 часов, во второй – от 12 до 24 часов и в третьей – более 24 часов. Угроза прерывания беременности возникла всего у 12 (10,3 %) женщин: 8,3% в первой группе, 6,5% во второй и 29,4% в третьей.

Диагностика причин почечной колики у беременных осложняется узостью выбора диагностических средств. В частности, согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов (ЕАУ), применяются УЗИ (выявление около 60% камней, при этом физиологическая дилатация может мимикрировать обструкцию), MP-урография (НАSTE, дефект наполнения) и низкодозная КТ.

Схемы лечения МКБ у беременных EAU и AUA

При лечении МКБ у беременных пациенток терапия подбирается совместно с акушером. Схемы консервативной терапии не приводятся в европейских и американских рекомендациях, однако при камнях мочеточника и купированной боли рекомендуется консервативное ведение женщины. Спонтанное отхождение камня наблюдается при этом у 70–80% пациенток [2; 9].

Если самостоятельного отхождения камня не происходит или возникают осложнения (некупирующаяся боль, преждевременная родовая деятельность и так далее), согласно рекомендациям ЕАУ, необходима установка стента или нефростомы, поскольку их эффективность в отношении боли выше, чем у консервативного лечения (LE 1b). Также в качестве обоснованной альтернативы длительному стентированию и дренированию приводится уретерореноскопия (LE 1a).

В свою очередь, рекомендации Американской урологической ассоциации (АУА) говорят о том, что в случае, когда консервативное лечение на дает результата, пациентке должна быть предложена уретерореноскопия. Установка мочеточникового стента и нефростомия рассматриваются как альтернативные варианты, требующие, однако, частой смены дренажей (LE C).

Систематический обзор 2014 года рассматривал 6 исследований, проходивших с 2010 по 2012 гг. с проведением 155 операций [1]. ■

Общая урология

Авторы обзора подчеркивают, что нынешние возможности уретеронефроскопических вмешательств у беременных – миниатюризация, улучшение визуализации, расширение спектра инструментария и применение лазеров – стали актуальными только в последние 10–12 лет.

Как указано в обзоре, стентирование и чрескожная нефрэктомия у беременных показаны:

- при лихорадке и инфекциях мочевых путей (ИМП),
- множественных камнях,
- двусторонних камнях,
- осложненной беременности,
- в первом триместре,
- при неадекватной оснащенности для УРС,
- сложной анатомии,
- трансплантированной почке
- в позднем третьем триместре.

В исследованиях, результаты которых вошли в мета-анализ, 63,9 % вмешательств производились под общей, а еще 31 % – под спинальной/эпидуральной анестезией. Использовалось 36 ригидных УРС, 94 полуригидных, 8 гибких, и в 17 случаях применялась комбинация (ригидные + гибкие), всего 113 процедур закончены стентированием.

Индекс SFR (Stone-free rate) составил 84,65% – уровень, сопоставимый с показателями для небеременных женщин. Те или иные осложнения возникли у 16,1% пациенток. Чаще они наблюдались при использовании пневматической литотрипсии, чем лазерной. У 4 пациенток зарегистрированы акушерские осложнения. У 7 – перфорация мочеточника, еще у 7 – ИМП, у 3 – боли из-за стента, у 2 – дизурия, у 1 – сепсис и у 1 – миграция стента. Смертность равнялась нулю.

В другой обзор, результаты которого обнародованы в 2012 году, вошли 15 исследований, реализованных с 1990 по 2011 год с проведением 116 операций [2]. Общая анестезия применялась в 37,9% уретеронефроскопических исследований, а спинальная/эпидуральная – в 39,6%. Использовалось 62 (53,4%) ригидных УРС, 47 (40,5%) полуригидных и 3 (2,6%) гибких, 64 (55%) процедур закончены стентированием. Индекс SFR составил 86%. Среди осложнений у 1 пациентки случились преждевременные схватки, еще у 1 – перфорация мочеточника,

у 5 – ИМП, у 2 госпитализация была продлена из-за болей. Смертность матери и ребенка также равнялась нулю.

С почечной коликой ассоциированы такие факторы риска для беременной и плода, как преждевременные роды, преждевременный разрыв оболочек, привычное невынашивание и преэклампсия. Кроме того, чем дольше длится колика, тем выше риски для беременности.

Уретерореноскопия или стентирование/нефростомия?

Спорным является вопрос выбора между уретерореноскопией и стентированием/нефростомией. В рандомизированном исследовании 2014 года сравнивались КУЛТ/уретеролитоэкстракция и длительное стентирование у 43 пациенток. Из них в группу УРС вошла 21 женщина, а в группу стентирования – 22. Периоперационных осложнений не наблюдалось – у всех пациенток роды произошли своевременно. Среди осложнений зарегистрированы ИМП: 9,5% в группе УРС и 18% в группе стентирования (наблюдались после родов). Также во второй группе в 31% случаев потребовались замены стендов до родов [10].

Другая работа на ту же тему вышла в 2015 году. В исследовании приняли участие 70 женщин: 41 в группе УРС и 29 в группе стентирования – вмешательства выполнялись в двух разных центрах. В группе УРС наблюдалась меньшая частота повторных вмешательств (97% против 31% в группе стентирования), кроме того, реже встречались умеренная или выраженная дизурия и боль в пояснице (14% против 55%). Не выявлено значимых отличий между группами по частоте преждевременных родов: УРС – 36%, стентирование – 24%. Помимо этого, отмечено, что в группе УРС реже возникала потребность в кесаревых сечениях: 7% против 27% в группе стентирования [11].

Американскими исследователями была составлена аналитическая модель на основании доступных данных литературы с оценкой экономической эффективности обоих методов. Замена стентов подразумевалась каждые четыре недели.

Общая урология

По итогам УРС выглядит более экономически оправданной, чем длительное стентирование с регулярной заменой стентов [12].

Сегодня европейские и американские клинические рекомендации сходятся во мнении, что у беременных стентирование или чрескожная нефростомия связаны с повышенным риском инкрустации, заменой каждые 4–6 недель, плохой переносимостью и возникновением очагов инфекции. Эти явления возникают, однако, не сразу, а через какое-то время после вмешательства.

Таким образом, современные данные говорят о том, что уретерореноскопическое разрушение и удаление камней является более эффективной, безопасной и экономически выгодной операцией при МКБ, чем длительное стентирование.

Пиелонефрит у беременных: нужен ли стент?

Далее Константин Леонидович рассмотрел боли в почке у беременных, связанные с пиелонефритом. По его словам, ни в европейских, ни в американских клинических рекомендациях нет ни слова о показаниях, сроках и осложнениях дренирования почек при пиелонефрите у беременных. Количество публикаций в базе PubMed на эту тему тоже крайне невелико. Среди российских публикаций доктор отметил диссертацию М. А. Франка (Екатеринбург), где рассматривалась, в основном, установка мочеточникового катетера при лечении пиелонефрита у беременных пациенток.

Стандартной тактикой является стентирование или установка нефростомы до послеродового периода. Однако, как отметил Константин Леонидович, эта рекомендация не имеет нужной доказательной базы.

Последний случай – сдавление мочеточника маткой – и на эту тему, по словам доктора, не удалось найти ни одной доступной публикации.

Собственный опыт дренирования мочевых путей у беременных

В своем выступлении К.Л. Локшин привел собственные данные относительно вопроса (К. Л. Локшин, А. С. Попко, В. Н. Ширшов).

С 2013 по 2018 гг. наблюдалось 29 беременных с болью в почке в среднем возрасте 30 лет (от 21 до 41 года). Средний срок беременности на момент обращения

к урологу составлял 22 недели (10-36 недель). У 14 пациенток (48,3%) причиной боли являлась обструкция камнем. Уретеролитоэкстракция/КУЛТ и/или нейролитотрипсия проводилась 11 пациенткам (78,6%), а у 3 женщин (21,4%) после удаления стента камень отошел самостоятельно, без колики. Стентирование после операции производилось у 7 из 11 пациенток (63,6%). Средняя продолжительность стентирования после операции составила 4,7 дней. У 4 из 7 пациенток (57%) наблюдалась очень плохая переносимость стента после операции, в связи с чем производилось удаление на 2-4 сутки, однако ни одна из женщин не переносила стент достаточно хорошо. Общая средняя продолжительность стентирования составила 2,5 недели – часть пациенток обратилась за помощью уже со стентами. Что касается осложнений, у 1 женщины отмечена перфорация мочеточника, у 2 - почечная колика. Острый пиелонефрит не наблюдался, повторного вмешательства никому из пациенток не потребовалась. Преждевременные роды с рождением недоношенных детей случились у 2 пациенток с длительным анамнезом рецидивирующей почечной колики. Уровень материнской и детской смертности равен нулю.

Пиелонефрит являлся причиной боли у 10 пациенток (34,4%), при этом часть из них также вошла в группу МКБ. Продолжительность антибиотикотерапии составляла 10–14 дней. Удаление стента производилось на 7–10 сутки антибактериальной терапии, а средняя продолжительность стентирования равнялась 3,9 недель. У 5 пациенток (50%) наблюдалась очень плохая переносимость стента, у 1 женщины (10%) – хорошая. У 1 пациентки (10%) после удаления стента случился рецидив пиелонефрита. Повторное вмешательство не потребовалось никому. У 1 пациентки с длительным анамнезом рецидивирующей почечной колики произошли преждевременные роды с рождением недоношенного ребенка. Материнской и детской смертности нет.

Наконец, у 7 женщин (24,1%) причиной боли стало сдавление мочеточника маткой. У всех в этой группе показанием к стентированию являлась неэффективность консервативной терапии. Средняя продолжительность стентирования составила 2,1 недели. Очень плохая переносимость стента зафиксирована у 4 пациенток (57%), хорошо его не переносила ни одна. Не наблюдалось острого пиелонефрита или рецидивов боли после удаления стента. Также ни одной женщине не потребовалось повторного вмешательства, не зафиксировано случаев преждевременных родов и смертности. ■

Общая урология

Выводы

По итогам этих данных Константин Леонидович представил следующие выводы:

- плохая переносимость стента у беременных встречается часто: в 50–57% случаев;
- уретерореноскопическое удаление/разрушение камней у беременных эффективная и безопасная процедура;
- краткосрочное стентирование эффективно и безопасно вне зависимости показания, потребовавшего дренирования почки (камень, пиелонефрит или сдавление маткой).

Источники:

- 1. Hiro Ishii et al., 2014
- 2. K. A. Laing, S. McClinton, N. P. Cohen, O. Traxer, B. K. Somani et al., 2012
- 3. Gorton E., Whitefield H., Br J Urol, 1997; 80 (suppl. 1): 4-9
- 4. Rodriguez P. N., Klein A. S., Surg Gynecol ob, 1983: 103-106
- 5. Drago J. R. et al., Urology, 1982: 576-581
- 6. Kroovand R. L., Kidney stones: medical and surgical management, 1996: 1059-1064
- 7. Semins M. J., Matlaga B. R., 2013
- 8. Zhang S., Lju G., Wang J., Li J., Li C., PloS One, Jan 2016
- 9. Lu Z. et al., Urol Int, 2012: 107-115
- 10. Teleb M.et al., Arab J Urol, Dec 2014: 299-303
- 11. Bayar G. et al., Arch Esp Urol, May 2015: 435-440
- 12. Wymer K., Plunkett B. A., Park S, Am J Obstet Gynecol, Nov 2015

Материал подготовила В.А. Шадеркина



• уникальное современное решение в терапии оксалатного нефролитиаза

Для специалистов

- активные компоненты комплекса ОКСАЛИТ способствуют растворению и профилактике образования оксалатных камней в органах мочевыводящей системы
- аналогов на рынке нет

OKCAAIT B ПОЧКАХ СТАЛАКТИТЫ РАСТВОРИТ



Свидетельство о государственной регистрации № RU.77.99.88.003.E.001471.04.18

BAD HE ABARETCA AEKAPCTBEHHUM CPEDCTBOM

Инфекции, передающиеся половым путем, у мужчин: стандарты диагностики



Д.Г. Почерников уролог, к.м.н., доцент кафедры урологии и факультетской хирургии ИвГМА

По данным Всемирной Организации здравоохранения (ВОЗ) ежегодно более 1 млн человек приобретают инфекцию, передаваемую половым путем. Ежегодно

357 млн человек инфицируются одной из 4х ИППП – хламидиоз, гонорея, сифилис, трихомониаз. Большинство ИППП протекают бессимптомно или с незначительными симптомами, вследствие чего ИППП может оставаться нераспознанной и в некоторых случаях иметь серьезные последствия для репродуктивного здоровья – помимо непосредственного воздействия самой инфекции (например, бесплодие или передача инфекции от матери ребенку). Все это вызывает большую озабоченность среди врачей, особенно урологов и андрологов. Поэтому диагностика в настоящее время является ключевым моментом для пациентов с ИППП. Редакция «Дайджеста урологии» обсудила современные диагностические возможности при ИППП у мужчин с урологом, к.м.н., доцентом кафедры урологии и факультетской хирургии ИвГМА Денисом Геннадьевичем Почерниковым.

«Дайджест урологии»: Денис Геннадьевич, как Вы считаете, почему тема ИППП остается актуальной во многих специальностях – урологии, гинекологии, дерматовенерологии?

Д.Г. Почерников: Актуальность данной темы обусловлена высокой распространенностью инфекций среди населения нашей страны. Особенно это касается молодых людей до 30 лет, у которых в последнее десятилетие отмечается рост числа половых партнеров. Официальная статистика явно занижает цифры, и ее

неадекватность, как мне кажется, является результатом игнорирования ведения документации по этим заболеваниям в связи с большим количеством частных приемов среди гинекологов, урологов и дерматовенерологов.

Кроме того, часто инфекции носят невыраженный и даже скрытый характер, протекают без яркой клиники, что приводит позднему обращению к специалистам уже на стадии осложнений, увеличению риска бесплодия, снижению качества жизни. К хронизации воспалительного процесса приводит также высокая распространенность среди населения самодиагностики и самолечения.

Социальные причины (низкая культура населения, бедность, алкоголизм, наркомания, раннее вступление в половые связи и частая смена половых партнеров) также играют немаловажную роль и тормозят эффективную профилактику ИППП в нашей стране.

«Дайджест урологии»: Какую роль ИППП играют в развитии заболеваний мужских половых органов – баланита, уретрита, простатита, эпидидимита? Какие возбудители встречаются чаще всего при этих заболеваниях?

Д.Г. Почерников: ИППП, пожалуй, занимают ведущую роль в развитии подавляющего большинства воспалительных заболеваний половой системы у мужчин. Заражение ИППП и переход воспаления в хроническую форму легче происходит на фоне дисбиотических нарушений, вызванных условно-патогенными микроорганизмами, такими как аэробные и анаэробные грамотрицательные и грамположительные бактерии, которые могут себя не проявлять до поры до времени. Протекающие на таком фоне ИППП часто дают серьезные осложнения в виде хронического простатита, эпидидимита и нарушения репродуктивной функции. Зачастую только случайное обследование выявляет дисбиотические нарушения, вызванные условно-патогенной микрофлорой, мужчина и не знает, что он уже болеет. И, только уступив настоятельным просьбам женщины, партнер идет на обследование, как правило, в связи с планированием беременности.

«Дайджест урологии»: Какие методы диагностики в настоящее время считаются наиболее точными? Можно ли проследить эволюцию развития диагностических методов? Существует ли «золотой стандарт» в

Интервью с экспертом

диагностике ИППП? По данным руководств, как отечественных, так и зарубежных авторов, только ДНК диагностика является приемлемым методом диагностики инфекций, передающихся половым путем.

Д.Г. Почерников: Эволюция развития методов диагностики претерпела за последние годы разительные перемены. Раньше обследование начинали с банальных мазков по Граму, затем появились методы иммуноферментного анализа, прямой иммунофлюоресценции и, наконец, в последнее десятилетие стали использовать метод ПЦР, основанный на обнаружении ДНК и РНК микроорганизмов. Несомненно, наиболее объективным и точным методом диагностики инфекций, передающихся половым путем, считаются ДНК-исследования, на сегодняшний день во всем мире именно ПЦР считается «золотым стандартом» обнаружения микроорганизмов.

В последние годы появился еще более точный диагностикум, основанный на методе ПЦР в реальном времени. В отличие от классической ПЦР (ПЦР по конечной точке), которая устанавливает факт наличия или отсутствия возбудителя в исследуемом материале, ПЦР в реальном времени (тесты Фемофлор®, Андрофлор®) отвечает на вопрос о количестве бактерий и позволяет устанавливать соотношения микроорганизмов. В рамках современной парадигмы диагностики, существенное значение имеет не только выявление патогенов, но и установление относительных количеств (титров) нормофлоры и условно-патогенных микроорганизмов, ведь дисбиотические процессы могут быть причиной жалоб и клиники. По моему мнению, практическое применение ПЦР в реальном времени открывает широкие возможности для улучшения объективности диагностики и контроля лечения пациентов.

«Дайджест урологии»: Есть ли специальные показания и противопоказания к использованию метода?

Д.Г. Почерников: Как любой метод диагностики, ПЦР в реальном времени имеет определенные показания и ограничения. Разработанные для клинической практики тесты Андрофлор[®], могут быть назначены пациентам с наличием жалоб и/или симптомов воспаления нижних и верхних отделов мочеполовой системы,

а также для профилактического обследования, даже в отсутствии жалоб. На приеме я рекомендую сдать материал на Андрофлор® пациентам с острым и хроническим уретритом, баланопоститом, простатитом, эпидидимитом, а также пациентам, обратившимся с проблемой неэффективного лечения, бесплодия, невынашиванием беременности у супруги, для прегравидарный подготовки, перед ЭКО.

На анализ можно направлять разный материал – соскоб и отделяемое из уретры, секрет простаты или эякулят. Важно помнить, что ПЦР – прямой метод диагностики инфекций, поэтому материал нужно брать из локализаций, наиболее приближенных к предполагаемому очагу воспаления.

Как и любой другой метод диагностики (микроскопия, микробиология и т.д.), ПЦР в реальном времени требует соблюдения правил подготовки пациентов, условий взятия и хранения материала. Они стандартные и хорошо всем нам известны:

- половой покой или барьерная контрацепция в течение минимум 3-х дней (для минимизации риска контаминации материала микрофлорой полового партнера),
- исключение использования антибиотиков или антисептиков (в том числе, например, антибактериальное мыло),
 - воздержание от мочеиспускания в течение 3-х часов перед взятием соскоба,
- рекомендация помочиться и провести туалет половых органов перед взятием секрета простаты или эякулята и т.п.

Я считаю удобным для пациента возможность выполнения исследования Андрофлор® по эякуляту, его пациент может собрать дома путем ручной мастурбации. Весь взятый материал необходимо хранить в холодильнике не более суток или заморозить.

Особенно хочу остановиться на исследовании такого материала, как моча. К сожалению, она не всегда подходит для диагностики инфекций, передающихся половым путем, и оценки микрофлоры методом ПЦР в реальном времени. Дело в том, что в отсутствии острого воспаления в моче может содержаться недостаточное количество клеток, которые являются одним из маркеров адекватности биоматериала. Наверное, это единственное противопоказание к использованию Андрофлора[®].

«Дайджест урологии»: В чем различие между Андрофлором и Андрофлор-Скрином?

Д.Г. Почерников: В состав каждого исследования входит обнаружение основных патогенов (*Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium, Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis*) и количественная оценка представителей нормальной и условно-патогенной микрофлоры (бактерии, дрожжевые грибы рода *Candida*). Основная разница между этими тестами – в наборе определяемых возбудителей и, следовательно, показаниях к назначению. Андрофлор *Скрин – более короткий профиль, его я рекомендую назначать, в основном, для диагностики острых форм заболеваний или при профилактических обследованиях.

Андрофлор® – это расширенное исследование, спектр бактерий дополнен, в основном, облигатно-анаэробными микроорганизмами, его целесообразно использовать в более сложных клинических случаях: при хронических формах заболеваний, для определения возможного влияния инфекций на бесплодие, при подготовке к ЭКО, для обследования пациентов с жалобами на неэффективное лечение.

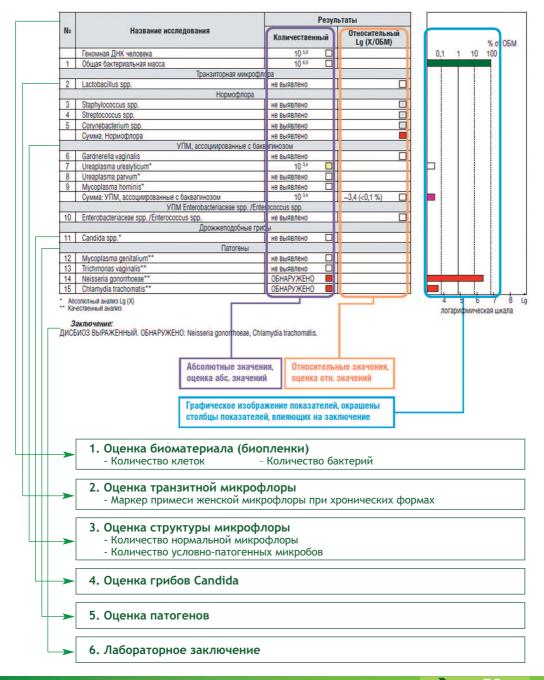
«Дайджест урологии»: Можете ли описать непосредственно саму методику исследования – какой материал необходим для исследования, у кого его брать?

Д.Г. Почерников: Очень правильный вопрос, спасибо! По статистике, именно на этапе взятия материала происходит до 80% ошибок. Мы уже говорили, что для любого прямого метода диагностики инфекций важно правильно определиться с локализацией. При хроническом уретрите, баланопостите необходимо брать соскоб из уретры – это наиболее информативный материал для диагностики данных заболеваний.

Если врач заподозрил эпидидимит или простатит, тогда я рекомендую взять секрет предстательной железы или эякулят.

С целью дифференциальной диагностики уретрита от простатита необходимо брать два образца – и соскоб из уретры, и секрет простаты (или эякулят).

У пациентов с асимптоматическим течением инфекций, передающихся



Интервью с экспертом

половым путем, или у пациентов, которых направил гинеколог в связи с обследованием женщины относительно невынашивания беременности, бесплодия или прегравидарной подготовки, на мой взгляд, лучше выполнять анализ эякулята.

«Дайджест урологии»: Как грамотно интерпретировать результаты?

Д.Г. Почерников: Прочесть бланк анализа можно очень быстро, поскольку использована интуитивно понятная каждому из нас цветовая кодировка – показатели, соответствующие критериям нормы, маркируются зеленым. Показатели с отклонением от критериев нормы – желтыми (умеренное отклонение) и красными (выраженное отклонение) маркерами. Кроме того, внизу на бланке приводится лабораторное заключение.

Для удобства показатели тестов Андрофлор Скрин и Андрофлор можно объединить в группы. Сначала обращаем внимание на верхние строчки – это показатели, которые оценивают адекватность представленного на исследование материала – геномная ДНК человека (показывает количество клеток, их должно быть достаточно для прохождения анализа), общая бактериальная масса (общая обсемененность биотопа) и количество транзиторной микрофлоры (определяется количество лактобактерий). Тот материал, который удовлетворяет всем критериям, признается адекватным, а результат исследования действительно описывает состояние микрофлоры. При несоответствии критериям нормы рекомендуется повторное взятие биоматериала с соблюдением правил подготовки пациента и взятия образца (указывается в заключении на бланке анализа), о которых мы уже говорили.

Далее нужно смотреть на колонку относительных результатов, там приведены количества (доли) микроорганизмов по отношению к общей бактериальной массе. Именно эти величины оцениваются при формировании заключения о состоянии микрофлоры. Дрожжевые грибы Candida трактуем по абсолютному значению, для патогенов клинически интерпретируем факт обнаружения. Как альтернатива табличной форме, результаты представлены в виде графика. Здесь клинически значимые количества микроорганизмов также выделены цветом.

Наш опыт использования Андрофлора® демонстрирует, что у большинства пациентов соотношение микроорганизмов, описывающих состояние микрофлоры, является уникальным, особенно у пациентов с асимптоматическим воспалительным процессом.

«Дайджест урологии»: Как Вы считаете – нужно лечить только пациента или его партнера тоже?

Д.Г. Почерников: Относительно назначения лечения хочется отметить несколько принципиальных моментов. Конечно, патогенные микроорганизмы (Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium, Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis), требуют антибактериального лечения обоих партнеров. А вот с условно-патогенными микроорганизмами, например, уреаплазмами, все обстоит не так однозначно. Антибактериальное лечение требуется во всех случаях, когда уреаплазма выявлена у обоих половых партнеров, и в анамнезе было невынашивание беременности или бесплодие. В остальных случаях назначение антибактериальных препаратов строго индивидуально и зависит от степени выраженности клинических симптомов, количества (титра) выявленного микроорганизма.

Наш опыт использования Андрофлора® демонстрирует, что у большинства пациентов соотношение микроорганизмов, описывающих состояние микрофлоры, является уникальным, особенно у пациентов с асимптоматическим воспалительным процессом.

«Дайджест урологии»: Есть ли у метода осложнения? Как их избежать/ предотвратить?

Д.Г. Почерников: В своей повседневной практике я ни разу не наблюдал какихлибо осложнений при проведении данной методики. Иногда пациенты испытывают объективно дискомфорт после взятия соскоба из уретры в течении не более суток. Несомненно, получение секрета простаты сопряжено с неприятными ощущениями, вызванными массажем предстательной железы, но это касается взятия биоматериала на любой анализ. В большинстве случаев неприятных ощущений можно избежать, предложив пациенту собрать эякулят в домашних условиях. ■

Общая урология

«Дайджест урологии»: Проводились ли клинические исследования теста Андрофлор® Каковы результаты?

Д.Г. Почерников: Все тесты Андрофлор® зарегистрированы в МЗ РФ как медицинский диагностикум (регистрационное удостоверение РЗН №2016./4490). Это означает, что методика прошла серьезную клиническую валидацию, сравнение с референсными методами (микробиологический посев, секвенирование) и доказала высокую точность и воспроизводимость результатов (около 99%). В исследованиях приняли участие врачи из самых разных регионов России, были проанализированы несколько тысяч образцов биоматериала, проведена статистическая обработка результатов. К слову, наша кафедра принимала участие в апробации Андрофлор®, мы знакомы с этими тестами уже более 5 лет. Научно-клинические проекты продолжаются и сейчас, их результаты частично опубликованы и подготовлены к печати.

«Дайджест урологии»: В чем Вы видите принципиальные преимущества тестов Андрофлор[®] и АндрофлорСкрин[®] перед другими методиками?

Д.Г. Почерников: Клинические рекомендации по урологии, гинекологии, дерматовенерологии последних лет считают категорически недопустимым использовать для диагностики инфекций, передающихся половым путем, методики ПИФ или ИФА. На первый план во всем мире выходят молекулярно-генетические методы, и технология ПЦР в реальном времени действительно лидирует в практике. По сравнению с классическим вариантом ПЦР, Андрофлор® значительно более информативен, давая комплекс качественно-количественных результатов. Трудно или некультивируемые при микробиологическом посеве облигатно-анаэробные бактерии определяются в Андрофлоре® точно и быстро, предоставляя новые возможности в современной диагностике и эффективном лечении урологических заболеваний. ■

«Дайджест урологии»: Спасибо за очень информативную беседу! Беседовала В.А. Шадеркина



Любовь — это энергия жизни. Роберт Браунинг

Инновационные разработки для клинической практики

Андрофлор®

количественный ПЦР-анализ репродуктивно значимых инфекций

Генетические исследования

выявление наследственных факторов нарушения репродукции

Фемофлор®

диагностикум микрофлоры, победитель премий «Призвание» и Prix Galien Russia

ИммуноКвантэкс®

оценка локального воспаления

Квант

количественный тест на 21 тип ВПЧ

Пол плода/Резус-фактор плода

неинвазивное определение по крови матери



Общие положения о применении телемедицинских технологий

Нормативно-правовое регулирование телемедицины установлено:

- Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 N 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)»,
- Приказом Минздрава России от 30.11.2017 N 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».

елемедицинские технологии – информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и (или) их законными представителями, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента.

В качестве целей применения телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи во взаимодействии медицинский работник – пациент названы:

- 1. Профилактика, сбор, анализ жалоб пациента и данных анамнеза, оценка эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента, назначение дополнительного обследования;
- 2. Принятие решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации);
- 3. Мониторинг: консультирование по коррекции назначенного лечения или дистанционное наблюдение за состояние здоровья пациента назначается лечащим врачом после очного приема.

Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий не является отдельным видом медицинской деятельности, а сами технологии исполь-

зуются как технологическая составляющая при реализации медицинской деятельности.

Целями применения телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи во взаимодействии медицинских работников между собой являются:

- 1. получение заключения медицинского работника сторонней медицинской организации, привлекаемого для проведения консультации, участия в консилиуме;
 - 2. получение протокола консилиума врачей.

Вопросы, по которым могут быть получены заключение или протокол:

- оценка состояния здоровья пациента,
- уточнение диагноза,
- определение прогноза и тактики медицинского обследования и лечения,
- целесообразность перевода в специализированное отделение медицинской организации либо медицинской эвакуации.

При этом обязанность обеспечить необходимое помещение, средства связи и оборудование для проведения консультаций или консилиумов врачей для осуществления дистанционного взаимодействия лежит на организации, медицинский работник которой осуществляет оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

Кроме этого, предусматривается обязанность консультирующей медицинской организации, а также организации, являющейся оператором иных информационных систем, предоставлять пациенту в доступной форме (включая сеть "Интернет") информацию о порядке идентификации и аутентификации пациента с использованием единой системы идентификации и аутентификации.

Однако такая обязанность возложена только в случае получения консультаций в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В связи с этим, получение анонимной консультации с применением телемедицинских технологий возможно исключительно после определения совместно с Минкомсвязью России порядка использования единой системы идентификации и аутентификации при ее получении, а также случаев, которых такая консультация может проводиться.

Т.О. Шилюк, кандидат юридических наук,

старший преподаватель кафедры административного права и процесса ФГБОУ ВО «Московский государственный юридический университет им. О.Е. Кутафина»

Юридические аспекты применения телемедицины

Интенсивность обсуждения вопросов практического применения телемедицины несколько снизилась после принятия Закона, регулирующего этот новый раздел медицины. Однако обширность различных источников и разнообразие специалистов, участвующих в обсуждении вопросов телемедицины, не позволяют рядовым врачам определиться – нужны ли лично им на практике телемедицинские технологии, кто будет платить за их применение, будет ли это дополнительной нагрузкой, а самое главное, кто будет нести ответственность за здоровье и жизнь пациента?

Команда Uroweb.ru пригласила для обсуждения этой злободневной темы Татьяну Олеговну Шилюк, кандидата юридических наук, старшего преподавателя административного права и процесса Университета им. О.Е. Кутафина, и Игоря Аркадьевича Шадеркина, врача-уролога, научного редактора портала Evercare.ru.



Что дает закон о телемедицине практическим врачам?

М. Зеленская: Какие документы на данный момент регламентируют оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий?

Т.О. Шилюк: Документов по данному вопросу сейчас немного, но в первую очередь это – главный Федеральный Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», определяющий понятие телемедицины как таковое, а также – приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации, утверждающий порядок организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий. В нем указано, как выстраивать отношения между врачами и между врачом и пациентом, а также другие вопросы, формы ответственности и оказания этой помощи. Также существует письмо Министерства здравоохранения с разъяснениями по некоторым пунктам о телемедицине. К примеру, в нем указаны некоторые разъяснения по вопросам анонимного оказания помощи, по идентификации и прочим подобным вопросам. Остальное находится в разработке.

И.А. Шадеркин: Хотел бы добавить, что для меня, как для человека, давно занимающегося телемедициной, важно, что само понятие телемедицины до объяснения в данном федеральном законе звучало шире. Сейчас оно сузилось до клинической медицинской помощи, а ранее для меня и моих коллег телемедицина подразумевала еще и дистанционное образование, проведение и организацию клинических исследований и т.д.. Закон же оставил лишь ту часть, где врачи общаются друг с другом или со своими пациентами по клиническим вопросам. При этом аспект образования в нем отсутствует.

Мария Зеленская: Какие документы необходимо еще разработать?

Т.О. Шилюк: Если посмотреть на порядок, который сейчас имеется, то у меня возникает ряд вопросов. Если это оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, то должны быть стандарты оказания такой помощи либо нужны изменения с указанием возможностей применения телемедицинских технологий при оказании какого-либо вида медицинской помощи. Вопрос финансирования тоже неясен, поскольку в самом порядке

Медицина и право

неоднократно упоминается формулировка «в рамках реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи». Вопрос: как это будет регулироваться? Получается, нужны тарифы и изменения в действующие нормативно-правовые акты. Кроме того, могут быть необходимы ГОСТы. Также надо решать технический вопрос: требуется определить ответственность провайдеров информационных сетей, которые этим занимаются и предоставляют возможность оказания телемедицинских услуг. Таким я вижу пакет документов или, как минимум, правовых норм, регулирующих этот вопрос.

И.А. Шадеркин: Проблема в том, что закон слабо коснулся проблемы «врач – врач». Она и ранее была относительно урегулирована: мы оказывали профессиональную помощь друг другу, проводили телемедицинские консилиумы. Для меня остается открытым вопрос финансирования. Сколько телемедицинских консультаций и консилиумов мы проводили в НИИ урологии – все оставались неоплаченными. Это было основной проблемой и основным сдерживающим механизмом, который не позволял масштабировать наш опыт. В итоге мы оставались в консультативном поле «врач – врач» между людьми, которые высоко мотивированы и просто занимаются этим вопросом в отделе телемедицины, и теми, кто нуждается в этой помощи.

Вторая сторона вопроса лежит за пределами закона. Речь идет о степени заинтересованности врача, который просит оказать консультативную помощь другого врача. Как правило, когда мы рассматриваем взаимоотношения между врачами одной специальности, возникает конфликт интересов. В таком случае отсутствие административного ресурса или каких-то регламентов сдерживает развитие консультаций. По нашему опыту приходилось включать административный ресурс, чтобы врачи из регионов консультировали пациентов. Конечно, если мы говорим не о социально отягощенном пациенте, которому надо получить помощь в Москве: здесь врачи с удовольствием врачи консультируют таких пациентов дистанционно.

Эту проблему мы обсуждали ранее, когда закон проходил слушания на различных уровнях. Моя точка зрения была основана на следующем – почему, в общем-то, в закон и попал пункт, где мы можем, первый раз дистанционно общаясь с пациентом, что-то назначить в целях диагностики. Ситуация в России связана с тем, что у нас специфическое территориальное прикрепление. Есть участок, где к терапевту прикреплены, допустим, 1200 человек. Есть часть

региона – например, в Северском районе, где я работал – 110 тысяч человек населения, и я там был единственным урологом. В итоге, пациенты оказывались в безвыходной ситуации, что в любом случае приходили ко мне. Чтобы получить направление в Краснодар, в Краевую больницу, они также проходили через меня. А я, допустим, если считал, что пациенту это не требуется, что это лишь прихоть пациента, и он получит в районной больнице тот же объем специализированной помощи, что и в краевом учреждении, то мог направление и не дать. Такая проблема в российской системе оказания медицинской помощи существует в целом, когда пациенты прикреплены к конкретной территории. Когда мы дискутировали с людьми, принимавшими решение о внесении данного аспекта в закон, это и стало аргументом за «второе мнение» (second opinion) в пользу пациентов, нуждающихся в такой помощи. Увы, сами врачи не пытаются проконсультировать своего пациента с использованием взаимоотношений «врач – врач».

Финансирование взаимоотношений «врач-врач»

Мария Зеленская: Как сейчас регламентируется финансовая составляющая отношений «врач – врач»?

Т.О. Шилюк: Если речь идет о программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, то возможно проведение аналогий при оказании медицинской помощи без применения телемедицинских технологий и с применением. Один из главных вопросов: не повлечет ли это для врача, направляющего к другому специалисту, финансовых последствий; не снимет ли страховая служба с него соответствующую сумму; как это будет регулироваться. Скорее всего, как в ситуации с обычным оказанием медицинской помощи будет существовать соответствующее направление, запрос в медицинскую организацию на консультирование, и далее уже страховая организация будет решать самостоятельно вопрос, снимать ли деньги при условии, куда отправили, какой это специалист и т.д.

И.А. Шадеркин: Полностью поддерживаю данную позицию, вопрос лежит за пределами телемедицины. Это, скорее, общероссийский вопрос. Есть ФОМС и территориальные фонды. То, что поступает в территориальные фонды, регион пытается использовать на свое благо. Как только возникает вопрос, что

пациента надо куда-то отправлять, создается проблема. Аналогично с высокотехнологичной медицинской помощью. Существует такое понятие, как квота, она привязана к финансированию. Есть квота федеральная, где затраты покрываются из федеральных денег, и такого пациента легко отдают из территории. Но едва встает вопрос о том, чтобы отправить пациента на консультацию, возникает необходимость, чтобы эти деньги перевели из территориального фонда в федеральный или между территориями. Аналогична ситуация на уровне районных больниц. Все это, увы, будет и в телемедицине. Врач просто не будет заинтересован в муниципальных учреждениях.

Однако тут есть момент, связанный с оказанием доходной деятельностью, и уже может возникнуть интерес продать находящемуся в территориальной близости пациенту некую дистанционную услугу, когда речь идет о частных клиниках. Но для федеральных или муниципальных учреждений это абсолютно невозможно. Таково мое мнение, как клинициста.

Т.О. Шилюк: Поддерживаю полностью и считаю, что законодатель по этому пути и пойдет, потому как ничего нового не надо изобретать, система отработанная и действует. Собственно говоря, сама телемедицина не новый вид медицинской помощи, а обеспечивающие медицинскую помощь технологические средства. Выдумывать что-то новое вряд ли станут.

Взаимоотношения «врач-пациент»

Мария Зеленская: Как сейчас регламентируются взаимоотношения «врачпациент»?

Т.О. Шилюк: Они регламентируется все тем же порядком: организация и оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, плюс с некоторыми отсылочными нормами к законодательству Российской Федерации. При этом основное законодательство — это федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан». В этом порядке прописано, что если пациенту нужна консультация с применением телемедицины, и она оказывается в рамках программы государственных гарантий, тогда она и осуществляется в установленном законодательством порядке о возможности выбора врача, о выдаче лечащим врачом направления к лечащему врачу в другое учреждение. В этом порядке уже

установлено, что участниками таких отношений являются врач, пациент и, если нужна дополнительная диагностика, диагност. В порядке прописано, какая информация должна быть предоставлена пациенту: данные о медицинской организации, куда его направляют, о враче, о назначаемой медицинской помощи. Все это прописано в порядке, утвержденном Минздравом, с отсылками на федеральный закон.

И.А. Шадеркин: От себя хочу выделить основные пункты, которые являются предметом дискуссии. Первое – это то, что консультация первична, и она не должна заканчиваться постановкой диагноза и назначением лечения. Есть интересные допущения о том, что можно оказывать профилактическую помощь, что предполагает достаточно большой диапазон пациентов. К примеру, у нас в урологии – это молодые ребята, подростки, которые начинают половую жизнь, и у них есть вопросы по физиологии своего юношеского организма. Им можно рассказать о некоторых гигиенических процедурах, как относиться к тому или иному состоянию, и этого достаточно.

Следующий второй момент заключается в том, что мы предоставляем second opinion, оценивая медицинскую документацию и результаты дальнейшего обследования или лечения, которые человек проходил ранее, после чего можем назначить дополнительное диагностическое обследование. В последующем мы можем корректировать лечение, когда станем его лечащим врачом.

Здесь возникает обилие конструкций. Это та самая часть айсберга телемедицины, которая находится за пределами первичной консультации. Это взаимоотношения, мониторинг, коррекция назначений, что представляет собой интересный и полезный пласт.

Проблема в том, что те, кто владеет этой информационной системой, хотят убрать с себя ответственность, связанную с получением лицензии. При принятии закона многие игроки лоббировали интересы, чтобы можно было и ставить диагнозы, и назначать лечение. Тому, несомненно, есть обоснование: в ряде случаев мы можем это делать. Но регулятор в лице Минздрава понимал, какой груз ответственности это влечет. Если такая форма консультирования станет доступной, то может привести к злоупотреблению, как минимум, данными возможностями. Хотя, повторюсь, мы можем оказывать медицинскую помощь. Это огромный пласт, когда пациенту можно рекомендовать дополнительное обследование, и закон этого не запрещает. ■

•

Медицина и право

Т.О. Шилюк: Согласна. Думаю, что мы пока к этому не готовы как финансово, так и юридически, поскольку это влечет определенную степень ответственности не только со стороны Минздрава, но и со стороны медицинского работника, который будет заниматься лечением, постановкой диагноза онлайн, не видя перед собой пациента и получая только какие-то документы и результаты обследования. Я обращалась с этим вопросом к врачам, и многие недоумевали, как можно сказать что-то конкретное без осмотра. Но пациенты, возможно, стали бы активно пользоваться такой услугой, поскольку мы любим лечиться быстро и, в идеале, бесплатно. Поэтому риск заключается и в том, как бы со стороны пациентов это не вылилось в некое злоупотребление, ведь если каким-то образом лечение не подействовало или еще что-то сложилось не так, этот человек пойдет с жалобой к главному врачу, в Департамент, потом в Минздрав, и врачи окажутся в этой степени незащищенными.

И.А. Шадеркин: Здесь есть важный момент: ни врач, ни пациент в России не являются субъектами права. Причем с врачами этот вопрос еще в некоторой степени урегулирован, с чем, кстати, связаны многие уголовные дела, которые заводятся против врачей. Чтобы органы могли напрямую обратиться к врачу не через владельца лицензии как субъекта права, сразу заводится уголовное дело на врача и предъявляются к нему гражданские претензии. Здесь он уже выступает как гражданин и, соответственно, субъект права. Намного сложнее ситуация, связанная с тем, что пациент, не являющийся субъектом права, не несет ответственности за то, что не выполнял корректных назначений врача или регулярно злоупотреблял какими-то токсическими веществами, как часто бывает. Таким образом, данная глубоко лежащая проблема связана с тем, что пациент не несет ответственность за свое здоровье, поскольку не является в такой роли субъектом права.

Ответственность врача за оказание медицинской помощи

Мария Зеленская: Мы знаем, что врач может оказывать медицинскую помощь или телемедицинские услуги, находясь в учреждении с соответствующей лицензией. В то же время врач ответственен за оказание помощи при какомто ЧП, к примеру. Как коррелируют эти порядки? И действительно ли врач обязан оказывать необходимую помощь, к примеру, в общественном месте?

Т.О. Шилюк: Вопрос по поводу лицензий я задавала врачам, мне было интересно узнать их мнение по этому поводу. Еще раз повторюсь, что оказание медицинской помощи с применением телемедицинских информационных технологий – это не отдельный вид медицинской помощи, и телемедицинскую помощь по нормативно-правовым актам оказывает, собственно говоря, не врач, а медицинское учреждение, которое обладает лицензией на осуществление ряда медицинских услуг.

С юридической стороны мне интересно: как будет распространяться действие этой лицензии? То ли это та же лицензия, что есть у медицинского учреждения, которая дает право оказывать те же самые медицинские услуги с применением телемедицинских технологий, то ли это некое приложение к лицензии. Или же это должна быть отдельная лицензия об оказании телемедицинских услуг?

Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских информационных технологий – это не отдельный вид медицинской помощи, и телемедицинскую помощь по нормативно-правовым актам оказывает, собственно говоря, не врач, а медицинское учреждение, которое обладает лицензией на осуществление ряда медицинских услуг.

Услугу оказывает медицинское учреждение, а в самом порядке прописано, что медицинская помощь с применением телемедицинской услуги может оказываться и вне медицинского учреждения, и порядок ее оказания определяется местонахождением пациента. Этот вопрос должен быть юридически урегулирован.

Что касается оказания помощи врачом, то мы знаем, что сейчас в России у врача как у физического лица нет лицензии. Он всегда привязан к медицинскому учреждению. Если хочешь – регистрируйся, открывай что-то свое, получай лицензию и оказывай помощь.

Что же касается оказания помощи при ЧП или при каких-либо других обстоятельствах, по закону «Об основах охраны здоровья граждан» имеются ■

принципы оказания медицинской помощи. Это и доступность медицинской помощи, и невозможность отказа врача при оказании медицинской помощи. Единственное, что там прописано – это возможность отказаться от пациента при стечении определенных условий. Конкретные условия в законе не указаны, но мы можем предположить, что речь идет о случаях, когда пациент ведет себя агрессивно или систематически не соблюдает требования врача по лечению. Тогда врач может написать заявление руководителю о том, что он больше не может совладать с пациентом, и ему назначат другого лечащего врача.

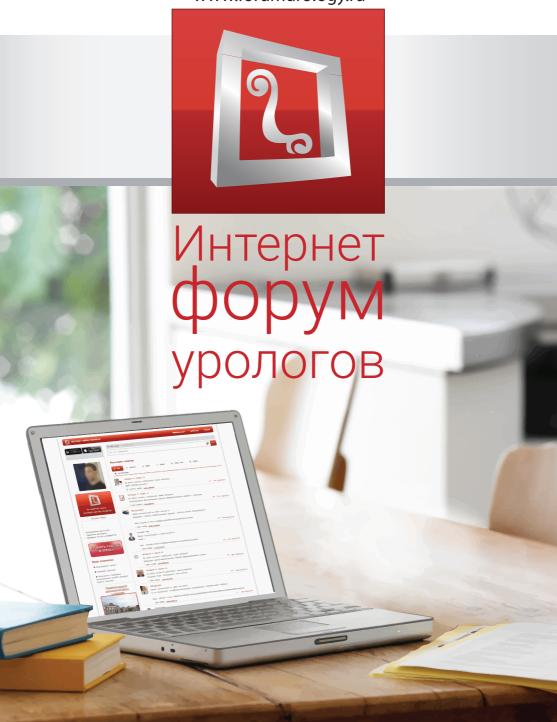
Что касается ответственности, в Уголовном кодексе есть статья о неоказании помощи больному. Там отмечено, при каких условиях врач будет привлечен к ответственности. В данном случае это всегда неосторожная форма вины, никогда не умысел.

Если мы затрагиваем уголовное право, то врач несет ответственность и за бездействие. К этому бездействию относится и сокрытие профессии, что распространяется на любую ситуацию, где бы ни находился врач, даже если он в этот момент находится вне медицинского учреждения, поехал в отпуск, вышел погулять. Уголовное право придерживается такой точки зрения.

- *И.А. Шадеркин*: Вы знаете, мы с коллегами часто летаем в командировки, и однажды нашей соседке в самолете стало плохо. Я еле добился того, чтобы принесли тонометр, измерил ей пульс при помощи браслета никаких условий для оказания медицинской помощи в самолете не было. Надо сказать, что, во-первых, для самого врача это большая проблема, ведь впоследствии всю ситуацию могут развернуть против него. Но с точки зрения телемедицины все еще сложнее. Если человек находится в удаленном месте и позвонит врачу, ему эту помощь не окажут. Как с точки зрения юриста это можно прокомментировать?
- **Т.О. Шилюк:** С позиции юриста, если все будет в рамках установленного порядка, врач не может поставить диагноз и назначить лечение, которое бы этому диагнозу сопутствовало. Поэтому, если он будет действовать в правовом поле, то ответственности не наступит. Есть еще форс-мажоры и определенные обстоятельства, которые исключают ответственность, а также непредвиденные обстоятельства, которые могут помешать оказать помощь в той или иной ситуации: не оказалось под рукой медицинских приспособлений или это происходит в сложных метеорологических условиях. Все это будет снимать ответственность. Так и

Межрегиональная общественная организация

www.forumurology.ru



•

Медицина и право

с телемедицинскими технологиями: если Вы сделали все возможное как врач, сориентировали и направили, то с правовой точки зрения защищены.

Спорные аспекты оказания телемедицинской помощи

И.А. Шадеркин: В порядке прописано, что необходима лицензия на оказание медицинской помощи, например, по урологии, и в рамках этой лицензии мы можем оказывать медицинскую помощь. Соответственно, мы ориентируемся на оказание медицинской помощи по профилям. Когда у нас есть клиника и нам нужна лицензия на оказание урологической помощи, нам говорят: «Ты должен соответствовать порядкам». Открываем порядки, и здесь возникает вопрос. В урологической помощи есть перечень необходимого оборудования, чтобы оказывать: 1) амбулаторную помощь, т.е. поликлинический прием, 2) стационарную помощь; 3) урологический центр. При этом для каждого существует свой набор требований: например, у поликлиники должны быть четыре цистоскопа, урофлоуметр. Владелец клиники получает лицензию, по которой оцениваются порядки оказания медицинской помощи. Но там достаточно оборудования для того, чтобы оказывать телемедицинскую помощь.

С другой стороны, мы должны ее оказывать лишь в том месте, которое лицензировано под оказание этой медицинской помощи, т.е. в клинике. Получается, когда я работаю в обычном кабинете и консультирую пациента дистанционно, то я нарушаю закон. Когда я спускаюсь в поликлинику – нет.

Т.О. Шилюк: По сути так и есть. В самом порядке этот момент не до конца продуман. Здесь действительно встает вопрос о каких-то дополнениях, во-первых, лицензионных требований, и, возможно, в получении некоего приложения к лицензии. Мы прекрасно понимаем, что телемедицина для того и нужна, чтобы не привязываться к конкретному местоположению, а иметь возможность мобильно оказать помощь. Этот вопрос должен быть продуман и решен на уровне юристов и законодателей. С одной стороны, пишут, что медицинская помощь с применением телемедицинских технологий оказывается в учреждении с лицензией, с другой – есть строчка, что мы ориентируемся на местонахождение пациента, а ведь помощь может оказываться вне медицинского учреждения.

Соответственно, должна быть норма о лицензировании телемедицинских услуг, и требуется указание в этой норме, что именно необходимо: некая

лицензия, возможность оказания этой помощи в другом месте, если лицензии нет, или какое-то приложение к этой лицензии, которое будет разрешать оказывать эти телемедицинские услуги вне учреждения. Пока ситуация непонятна.

И.А. Шадеркин: У меня есть готовое предложение – решение такой ситуации. Мы получаем лицензию, к примеру, по урологии (согласно порядкам оказания медицинской помощи пациентам урологического профиля). В этом порядке прописаны перечисленные мною требования (возможность оказывать амбулаторную помощь, наличие стационара, урологического центра). Далее добавляем четвертым пунктом «телемедицинскую помощь» и дописываем требования. Возможно, для регулятора эта ситуация выходит за рамки привычной практики, но, тем не менее, мне кажется, это неплохое решение.

Т.О. Шилюк: Я думаю, что мы к этому придем, и решение будет принято. Изначально идут от сложного к простому. Видимо, есть опасения, что можно будет легко прийти, открыть кабинет, начать консультировать и зарабатывать деньги.

Ответственность за передачу данных

Мария Зеленская: Коллеги, существует ли проблема передачи корректных данных? Кто несет ответственность за некорректные показания приборов для дистанционного мониторинга? Как это регламентируется?

И.А. Шадеркин: Действительно, какие-либо измеряемые параметры во многом зависят от качества оборудования. Понятно, что есть разрешительный документ на некое оборудование, но мы до конца не знаем, какое оборудование использует пациент. Здесь мы внедряемся в такую технократичную отрасль, где появляется большое количество аппаратных и программных решений, а сейчас еще будет искусственный интеллект. И как сейчас врачу уберечь, по крайней мерее, себя и своего пациента от недостоверных данных? Для меня очевидно: прибор имеет разрешительную документацию, и ты им пользуешься. А как там проверить?

Т.О. Шилюк: Медицинское изделие должно иметь документ, подтверждающий его соответствие всем требованиям. При этом если мы говорим о враче ■

•

Интервью

и о том, что указано в порядке, то врач несет ответственность в рамках своего заключения. Он отвечает за ту часть, которую озвучивает в заключении на основании полученных данных. Нигде не сказано, что врач несет ответственность за эти данные или за то, что они получены должным образом. Он получает готовую документацию и готовые диагностические данные от другого врача, если речь идет о взаимоотношениях «врач – врач».

Тот врач, который передает их, несет ответственность за то, что проводит обследование пациента, смотрит эти анализы. Если это диагност, он несет ответственность за свою часть работы и за то, что он передает. Если речь идет о медицинских изделиях, когда мы говорим о взаимоотношениях врача и пациента, то в порядке написано, что должен делать пациент. Именно он пользуется изделием по инструкциям, соблюдает правила хранения и пр. Фактически это вопросы ответственности пациента, потому что сам врач в этот момент не может ни проконтролировать, ни перепроверить данные.

И.А. Шадеркин: Верно. Есть такое понятие, как доверие: есть ли доверие врача к данным, которые он получает от пациента. Мы и к жалобам не всегда доверительно относимся. В данном случае должны сработать клинические познания, опыт, общие ощущения. Доверительные отношения с пациентом – это очень важно, их важно выстраивать и дистанционно. Это очевидные вещи для любого врача, ведь есть этика, деонтология взаимоотношений, которым мы учим в медицинских институтах. Я лично даже не представляю, как это можно урегулировать. Если доверяешь данным, их можно учитывать, если нет – надо просить переделать. Нужно себя вести так, как этого требует конкретная клиническая ситуация.

Т.О. Шилюк: Ответственность, собственно говоря, не прописана. Это мы как юристы говорим, что раз ты снимаешь показания, то ты как пациент должен за них отвечать. То, о чем Вы говорите – пожалуй, презумпция. Предполагается, что пациент ответственно подошел к вопросу, сумел все грамотно сделать и передал соответствующие данные. И врач, исходя из своего опыта и знания этого пациента, может сориентироваться и понять, доверять ли данным или просить их обновить. Я думаю, все должно строиться примерно так.

Мария Зеленская: Спасибо большое, уважаемые коллеги, за дискуссию и до новых встреч! ■



Hепрерывное 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



34CHEPHMEHTAIIbHAA N KINHWYECKAA

журнал

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ УРОЛОГИЯ



Издательский дом «УроМедиа»



Этапы большого пути AKCUERAWEHLAUPHAN A KUNHAAECKAN

2009 - год создания

2011 - включен в РИНЦ

2012 - включен в Перечень ВАК

Миссия:

научная, исследовательская, образовательная

Аудитория

Целевая аудитория урологи, онкологи, андрологи, врачи смежных специальностей

Адресная база 4571 человек База обновляется 1 раз в 12 месяцев

Авторы журнала

Врачи, ученые из России, СНГ, Европы, США (1194 автора)

Ежегодно около 68 новых авторов

Средний возраст авторов - 48 лет (самый продуктивный научный возраст)

Средний индекс Хирша авторов - 6,5





Редакционная коллегия и Совет

Главный редактор – член-корреспондент РАН **О.И. Аполихин**

Ред. коллегия:

• 23 специалиста

Ред. Совет:

• 11 ученых из России

• 4 ученых из зарубежных стран



Активность журнала

Тираж 5000 экземпляров Выход 1 раз в 3 месяца География журнала: Россия, СНГ

Распространение (почтовая рассылка) бесплатное для врачей:

- Россия индивидуальные подписчики, кафедры урологии, областные и краевые медицинские учреждения
- СНГ кафедры урологии

Просмотры статей:

- бесплатно на сайте https://ecuro.ru/
- через мобильное приложение для урологов Uro+
- на сайте Научной электронной библиотеки (10267 просмотров в год)





Публикационная активность

- Открытый свободный доступ к полнотекстовым версиям статей на сайте журнала https://ecuro.ru/
- Двойное слепое рецензирование
- Публикации и предпечатная подготовка статей бесплатны для авторов
- 2х-летний импакт-фактор (ИФ) 0,593 (2016 г)
- 5-летний ИФ 0,538 (2016 г)
- 10-летний индекс Хирша 10

Эволюция импакт-фактора 2009-2016*



Экспериментальная и клиническая урология -

Один из самых читаемых и цитируемых профессиональных урологических журналов!

Мы открыты к сотрудничеству!

Контактное лицо:

Шадеркина Виктория Анатольевна +7-926-017-52-14 viktoriashade@uroweb.ru









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

Экспресс-анализ мочи



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

Вес: 180 г

300 анализов на одном заряде батареи

Ресурс: 5000 исследований

Гарантия 12 месяцев

Беспроводной протокол передачи данных

Простота эксплуатации Результат за 1 минуту

Бесплатное мобильное приложение

Условия применения:

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

11 исследуемых параметров





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



Редакция дайджеста:

- Главный редактор Аполихин Олег Иванович, чл.-корр. РАН,д.м.н., профессор
- 🍌 Зам. гл. редактора Сивков Андрей Владимирович, к.м.н.
- 🌎 Руководитель проекта Шадеркина Виктория Анатольевна
- Шеф-редактор Шадеркин Игорь Аркадьевич
- Специальные корреспонденты:
 - Красняк Степан Сергеевич
 - Зеленская Мария Петровна
 - Болдырева Юлия Георгиевна
 - Коршунов Максим Николаевич
- Дизайн и верстка Белова Оксана Анатольевна
- Корректор Болдырева Юлия Георгиевна

Тираж 7000 экземпляров
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: 111020 Москва, ул. Боровая 18, офис 104 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.



