

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ:

Готовы ли врачи
России к
кардинальному
повороту
в клинической
практике?

Российская
урология:
отчет за 2015 год

Травма почки -
что нового?

ТЕМА НОМЕРА:

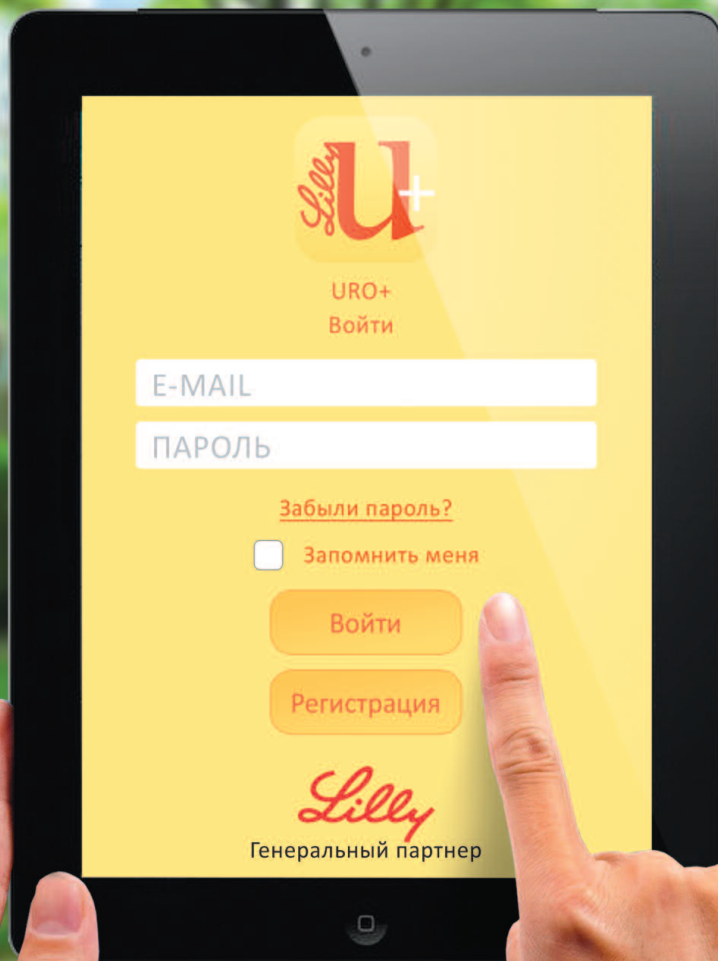
mHealth – мода или НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ?





Мобильное приложение для урологов

*Всегда в курсе всех
урологических новостей!*



App Store



Google play



·»» Тема номера: mHealth – мода или новые возможности? Или готовы ли врачи России к кардинальному повороту в клинической практике?.....	2
·»» Российская урология: отчет за 2015 год	16
·»» V Юбилейная Всероссийская школа по детской урологии-андрологии.....	34
·»» Мехман Мамедов: Профилактика для продления жизни	36
·»» 2-я Научно-практическая конференция урологов Северо-Западного федерального округа	44
·»» Конференция «Актуальные вопросы современной лапароскопии»	46
·»» Всероссийский курс дистанционного образования «Нейроурология и уродинамика».....	48
·»» Применение ПЭТ/КТ с 11C-холином в диагностике рецидивов РПЖ после радикальной простатэктомии	52
·»» Великие и ужасные приключения робкого застенчивого существа в стране восходящего солнца на конгрессе SIU (Congress of the Société Internationale d'Urologie)	54
·»» Травма почки.....	66
·»» Учебный план циклов повышения квалификации врачей-урологов на курсе постдипломного обучения кафедры урологии ГБОУ ВПО	71

mHealth - мода или новые возможности? Или готовы ли врачи России к кардинальному повороту в клинической практике?



А.А. Цой
врач-уролог,
главный редактор
портала EVERCARE.RU

Мобильное здравоохранение (mHealth, mobile health) – это термин, обозначающий предоставление медицинской помощи, а также обеспечение контроля здорового образа жизни человека с использованием беспроводных, телекоммуникационных технологий и мобильных устройств.

Что такое mHealth

mHealth – это тихая технологическая, медицинская и социальная «революция», происходящая уже сейчас, которая рано или поздно существенно повлияет на все здравоохранение в целом. Предвещаемая многими эра медицины «четырех П» (Предиктивная, Профилактическая, Персонализированная, предполагающая личное участие или вовлеченность Пациента) будет базироваться именно на мобильной медицине, и станет невозможной без тесного сотрудничества между пациентом и врачом посредством технологических решений.

На наш взгляд, mHealth состоит из

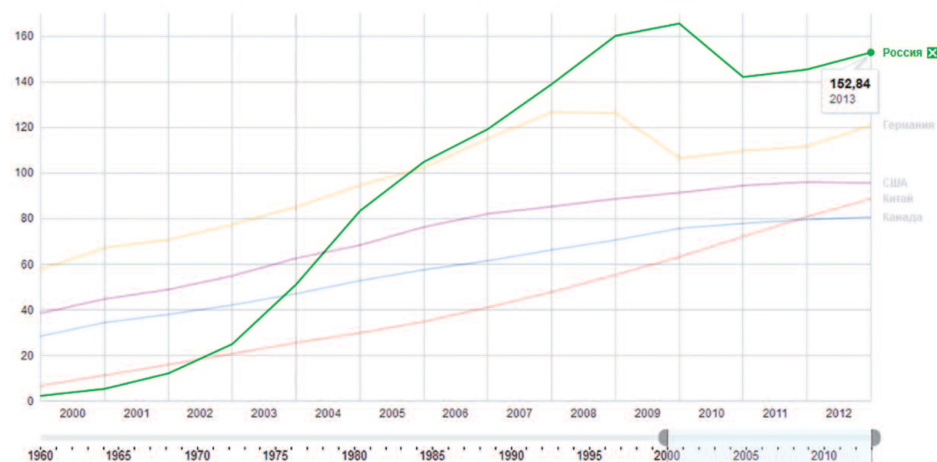
двух крупных направлений: Технологии и Консалтинга. Каждое из них в настоящее время развивается обособленно, причем технологии готовы представить очень широкие возможности, которые консервативное медицинское сообщество только начинает рассматривать как удобный инструмент для работы с пациентами.

Технологии

Прежде всего, mHealth базируется на мобильных персональных устройствах. Почему именно на мобильных?

- Мобильный телефон есть практически у каждого (в Российской Федерации количество абонентов мобильной

Абоненты мобильной сотовой связи (на 100 человек) ?



Источник данных: Всемирный банк. Последнее обновление: 17 апр. 2015 г.

Рис. 1. Количество абонентов мобильной сотовой связи с 2000 по 2012 год

сотовой связи составляет 152,8 на 100 человек, рис. 1).

- Мобильный телефон всегда с собой.

- Мобильный телефон и связь есть там, где нет врачей.

- Мобильный телефон может хранить в своей памяти полную медицинскую карту пользователя, что в критические моменты может оказаться жизненно важным.

- Мобильный телефон – это идеальное средство постоянного мониторинга жизненных показателей.

В настоящее время практически все флагманские смартфоны крупнейших производителей содержат в себе датчики и программное обеспечение, поз-

воляющие следить за своим здоровьем (шагомер, пульсоксиметр, дневники здоровья и многое другое).

Существует огромное количество вариантов мобильного программного обеспечения, которое позволяет постоянно хранить и отслеживать в динамике различные показатели физического состояния человека. Это касается веса, уровня артериального давления, уровня глюкозы крови и др. Также мобильные приложения помогают соблюдать режим приема медикаментов, следить за менструальным циклом. Смартфон также может стать персональным тренером, который разумно распределяет нагрузку и планомерно вместе с пользователем добивается прогресса. ■

На рынке появляется большое количество разнообразных носимых устройств, которые подключаются к смартфонам. Широко известны различные браслеты, которые в основном используются для отслеживания физической активности. Крупные компании массово проектируют и производят, так называемые, смартчасы, которые также позволяют производить мониторинг различных жизненных функций (Apple, Samsung, Asus, Motorola и другие).

В компании Google были изобретены контактные линзы (рис. 2), которые могут не только помочь пациентам с пресбиопией, но самое главное, постоянно производить мониторинг уровня глюкозы в крови без постоянной болезненной процедуры прокалывания кожи для забора крови. В настоящее время проводится работа с FDA с целью получения разрешения на клиническое использование.



Рис. 2. «Умная» контактная линза компании Google

Собственно портативные анализаторы для контроля уровня глюкозы уже давно используются повсеместно. Аналогично получили распространение различные тонометры.

Что касается урологии, то в настоящее время испытывается и проходит процедуру регистрации портативный анализатор мочи “Etta”. Аппарат позволяет оценить 11 параметров с использованием тест-полосок (Рис. 3).



Рис. 3. Портативный анализатор мочи “Etta”



Одним из самых интересных устройств являются различные мониторы сердечной активности. Чаще всего они изготавливаются в форме пластыря, который удобно располагается под одеждой. Обычно отслеживается одно отведение, но при необходимости их количество может быть увеличено.

Таким образом, в настоящее время количество разнообразных устройств, служащих для мониторинга различных физиологических показателей, растет. Потребительский рынок насыщается персональными медицинскими устройствами, которые могут передавать данные в любое удобное для пациента время. Использует ли медицинское сообщество подобные возможности?

Консалтинг

Без взвешенного профессионального мнения любые данные, собранные любым способом, являются просто массивом неупорядоченной информации. Именно интерпретация специалиста придает смысл всему процессу.

В 2007 – 2009 годах отдел семейной медицины клиники Мэйо (Department of Family Medicine at Mayo Clinic) под руководством Adamson'a с соавт. проводил исследование по дистанционным консультациям (e-visits) через Интернет. На вопросы пациентов отвечали 54

врача из 4-х клиник. Всего было осуществлена 2531 онлайн консультация, из которых 1159 (52%) были оплачены страховыми компаниями или самими пациентами. Подавляющее число обратившихся были женского пола (70%), средний возраст во всей группе составил 38 лет. Во время онлайн консультаций были выявлены 293 нозологические формы (согласно МКБ-9). Чаще всего пациенты обращались по поводу синусита, депрессии и болей в спине. Инфекция мочевых путей стала причиной обращения 63 пациентов (2,5%). Обычно онлайн консультация проводилась в течение суток после обращения. В результате 13% пациентов была назначена очная консультация. 40% (!) пациентов очный визит к врачу не понадобился вовсе. Остальные пациенты либо обновляли свои рецептурные бланки (11%), либо находились под длительным наблюдением и онлайн консультация служила заменой рутинному визиту к врачу. Авторы сделали вывод о том, что он-лайн консультация может быть существенным подспорьем в практике врача, удобна для пациента и может быть оплачиваема.

Сотрудники Scheper Hospital (Нидерланды) Veenstra с соавт. провели исследование телемониторинга 102 пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Основным критерием ■

выступало снижение количества экстренных госпитализаций (неотложные, в течение 24-х часов), число которых сравнивалось в течение года до и через 12 месяцев после введения системы телемониторинга. При этом комплекс мер включал в себя не только мониторинг сердечной активности, но и дистанционные образовательные курсы, различные упражнения и контроль приема медикаментов. Если до исследования на 102 пациента приходилось 132 (1,29 на пациента) экстренные госпитализации в год, то через год после начала дистанционного контроля их количество снизилось до 32 (0,31 на пациента). Таким образом количество экстренных госпитализаций снизилось на 76%. Общее количество койко-дней на всех пациентов по всем причинам госпитализации снизилось с 975 до 662 в год. Авторы выразили надежду на дальнейшее распространение подобных услуг среди различных клиник, но существующая в Нидерландах система страхования пока не позволяет широко использовать данную методику. Однако снижение количества госпитализаций и койко-дней могут стать причиной пересмотра данной ситуации.

Коллектив авторов из США и Канады (S. Kitsiou, G. Paré, M. Jaana) выполнил анализ публикаций и обзоров, посвященных оценке эффективности

дистанционного мониторинга пациентов с хронической сердечной недостаточностью. По результатам анализа 15 обзоров, опубликованных в период с 2003 по 2013 годы, отмечено снижение относительного риска общей смертности (интервал 0,60 – 0,85) и госпитализации в связи с сердечной недостаточностью (0,64 – 0,86) по сравнению с контролем. Абсолютное снижение аналогичных рисков варьировало в значениях 1,4%-6,5% и 3,7%-8,2% соответственно.

В университетской клинике Торонто Semple с соавт. провел исследование по оценке использования мобильного приложения для дистанционного мониторинга пациентов в восстановительный период после оперативного вмешательства. Всего в исследовании принимало участие 65 пациентов (33 после пластики молочной железы, 32 после артроскопической реконструкции передней крестообразной связки). Время наблюдения составило 30 дней. Все пациенты завершили исследование. Мобильное приложение позволяло оценить субъективное состояние пациента (опросник QoR-9), отправить фотографию врачу и задать ему вопрос дистанционно. Наибольшая активность пациентов отмечалась в первые 2 недели после операции. Средняя оценка по шкале от 1 до 4 (чем больше,

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

Экспресс-анализ мочи

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



Вес: 180 г

300 анализов на одном заряде батареи

Ресурс: 5000 исследований

Гарантия 12 месяцев

Беспроводной протокол передачи данных

Простота эксплуатации

Результат за 1 минуту

Бесплатное мобильное приложение

- > Условия применения:
в медицинских учреждениях, для проведения выездных обследований, для частного применения в домашних условиях

11 исследуемых параметров

- > ИССЛЕДУЕМЫЕ ПАРАМЕТРЫ

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



тем лучше) удобства использования приложения составила 3,9 (пациенты после пластики молочной железы) и 3,7 (пациенты после ортопедических операций). Данная методика признана удобной и приемлемой как для пациентов, так и для врачей.

Мобильные приложения могут выступать в роли источника информации и дополнительного образования. В Колумбии под руководством Lopez проведено исследование, в котором пациенты (в основном от 18 до 29 лет, 232 человека) могли получить дистанционные консультации по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья. Одновременно среди пользователей приложения проводился опрос, который был призван выявить основные факторы риска сексуального поведения и их связь с заболеваниями, передающимися половым путем. Опросы проводились до начала использования приложения и через 6 месяцев. Несмотря на то, что результаты опросов до и после использования приложения не имели существенной разницы, были выявлены существенные различия в модели полового поведения у респондентов, что, по мнению авторов, подчеркивает необходимость использования подобных доступных вне зависимости от социальных условий мобильных приложений для образовательных

и воспитательных целей.

Коллектив авторов из Нидерландов (Horevoorts с соавт) провел сравнение различных форм приглашений и проведения опросов у пациентов с колоректальным раком для оценки выживаемости (The Patient-Reported Outcomes Following Initial Treatment and Long-Term Evaluation of Survivorship – PROFILES). Одной из групп отправлялось письмо с подробной инструкцией по регистрации и заполнению анкеты на специальном сайте, а также прилагалась письменная форма для запроса аналогичной анкеты по почте. Второй группе вместе с письмом и инструкцией анкета прилагалась сразу же. Авторы отметили, что разницы в количестве принявших приглашение в обеих группах выявлено не было (73.14% и 74.9%), в первой группе количество респондентов, прошедших анкетирование сразу же, без дополнительного напоминания было существенно выше среди тех, кто пользовался сайтом (95.33% и 52.19%). Был сделан вывод о том, что использование он-лайн анкетирования оправдано и со временем может практически полностью заменить обычное.

Мобильные технологии также позволяют обеспечить медицинский сервис в отдаленных районах и в массовом порядке. Группа исследователей из



Японии под руководством Nohara в 2012 году провела массовый скрининг состояния здоровья (check-up) 16 741 жителя городов и деревень Бангладеша. Скрининг проводился при помощи переносного набора, в состав которого входили электронный планшет, тонометр, глюкометр, весы, тест-полоски для анализов мочи и прочее портативное оборудование. Все пациенты по результатам измерения антропометрических и клинических данных, а также на основании опросников подразделялись на 4 группы: зеленый, желтый, оранжевый и красный с соответствующей стратификацией рисков и состояния. Пациенты с высокой степенью риска получали телеконсультации и назначения.

Через год в 2013 году в повторном скрининге принимало участие 2361 человек. 640 человек при первичном скрининге были стратифицированы в оранжевую или красную группы. У 362 из них отмечалось улучшение состояния, что позволило перевести их в желтую или зеленую группы. Основным критерием эффективности скрининга авторы посчитали снижение среднего уровня артериального давления (средний уровень систолического АД снизился со 121 до 116 мм.рт.ст.). В дальнейшем запланировано проведение крупномасштабного долгосрочного ис-

следования с обязательной оценкой экономических аспектов.

Одно из первых исследований, посвященных оценке экономической эффективности дистанционных технологий в медицине, было проведено в Канаде Tousignant с соавт. Проводилось сравнение экономической эффективности реабилитационной физиотерапии, проводимой под дистанционным контролем и при очном визите физиотерапевта, у пациентов после замены коленного сустава на искусственный. В результате в группе дистанционной реабилитации выявлено снижение расходов на 18% по сравнению с контрольной.

Там же в Канаде Kim и соавт. описывают опыт использования дистанционных технологий для оценки состояния глазного дна у коренных жителей. Выбор дистанционных технологий и методики был связан с тем, что коренные жители Канады находятся в группе риска развития сахарного диабета и его осложнений и проживают в отдаленных регионах страны (в исследовании принимали участие 43 общины). Сканирование глазного дна выполнялось непосредственно в общине при помощи специальной камеры, данные отправлялись врачу, который оценивал изображения и давал рекомендации. В результате осмотра 524 пациентов ■

140 из них были направлены к различным специалистам. Была выявлена существенная экономия средств, в основном, на дальних поездках в офис офтальмолога.

Wu с соавт. (отоларингологи) совместно с инженерами создали адаптер, с помощью которого оториноэндоскоп подключался к обычному смартфону. При помощи сотовой связи изображение передавалось врачам. Врачи представляли предварительный диагноз. Пациенты после этого посещали врача в очном порядке. Всего в исследовании принимали участие 6 пациентов, данные которых направлялись 3-м врачам. Каждый врач оценивал диагностические изображения и принимал каждого пациента. В результате диагноза совпали у 1-го врача в 5 из 6 случаев, у остальных во всех случаях. Авторы считают, что данные технологии могут существенно улучшить качество оказываемых услуг, а также способствовать улучшению доступности медицинских сервисов для населения в отдаленных районах.

Публикации по использованию mHealth технологий в урологии единичны, их основным недостатком является малое количество пациентов. Коллеги из Китая Guan с соавт. использовали мобильное приложение в качестве электронного дневника мочеис-

пускания.

В исследовании Lee с соавт. было предложено использовать электронную систему по информационной поддержке и контролю состояния у пациентов с интерстициальным циститом. В исследуемой группе пациенты заполняли анкеты (SF-36, O'Leary-Sant, визуальная аналоговая шкала) до и после начала исследования. Во время исследования (8 недель) пациенты через специальный веб-сайт могли получать дополнительную информацию о состоянии, а также производили самостоятельный контроль за лечением и соблюдением коррекционного режима, аналогичных в контрольной группе.

Авторы отмечают значительное улучшение по все интересующим параметрам и значимые различия в пользу исследуемой группы.

Viers с соавт. из клиники Мэйо провели сравнение виртуальных (ВВ) и очных визитов (ОВ) пациентов, находящихся под длительным наблюдением после радикальной простатэктомии. В группе ВВ находилось 28 пациентов, в группе ОВ – 27. Среднее время непосредственного общения врача и пациента составило 14,5 и 14,3 минуты для ВВ и ОВ соответственно. Существенной разницы в вопросах конфиденциальности, клинической эффективности, образования и удовлетворенности па-

Пациенты настойчиво требуют качественных дистанционных услуг, и подобный спрос будет только нарастать. Главное, что хочет пациент – понять, что именно ему надо сделать для того, чтобы сохранить здоровье, свое и своих близких.

циента выявлено не было. Единственным отличием была экономия средств и времени пациентов на путешествие к врачу (в среднем около 48\$). Авторы считают, что дистанционное взаимодействие с пациентами оправданы, равноценны по эффективности в данной ситуации и имеют обоснование для внедрения в повседневную практику.

mHealth в России

Предпосылки для использования mHealth со стороны пациентов.

1. Неудовлетворенность качеством оказываемых услуг. Несмотря на положительную динамику в восприятии здравоохранения в целом, по данным ВЦИОМ, только 31% респондентов удовлетворены системой здравоохранения. Поиск альтернативных источников информации и клинического мнения толкает пациентов к использованию различных сайтов консультаций (03uro.ru, NetHealth.ru, Health.mail.ru и проч.). Количество подобных он-лайн консультаций в настоящее время насчитывает уже несколько тысяч.

Необходимость выжидать очередь к врачу ради одного вопроса, рекомендаций по диете и прочим некритическим вопросам только укрепляют данную тенденцию.

2. Дистанции. В России пациент порой находится от лечащего врача на расстоянии нескольких сотен или даже тысяч километров. Каждый раз наносить очный визит к врачу для контроля ПСА или анализа мочи очень затруднительно в первую очередь в финансовом плане.

3. Доступность Интернета. В России 65,4% населения постоянно пользуются Интернетом, при этом на 100 жителей приходится условно 152,8 абонента сотовой связи. Таким образом, практически любой человек даже без смартфона или доступа к Интернету может свободно при необходимости обратиться к близким родственникам с просьбой переслать лечащему врачу те или иные данные.

4. «Отдаление» узких специалистов. В настоящее время в большинстве регионов страны прямой доступ к узкому специалисту без предварительного ■

визита к врачу общей практики или терапевту просто невозможен. Альтернативой является частная клиника, к которым в некоторых случаях складывается недоверительное отношение в связи со стремлением частных клиник добиться максимального финансового эффекта от каждого пациента.

5. Информационный дисбаланс. Пациент в поисках информации о своем заболевании обращается к огромному количеству различных источников, но самое главное, зачастую не может верно интерпретировать найденные данные и вынужден так или иначе обратиться к специалисту.

6. Экономический аспект. Пациенты понимают, что профилактика и лечение заболеваний на ранних стадиях экономически более целесообразно.

По нашему мнению, это неполный перечень. Пациенты настойчиво требуют качественных дистанционных услуг, и подобный спрос будет только нарастать. Главное, что хочет пациент – понять, что именно ему надо сделать для того, чтобы сохранить здоровье, свое и своих близких.

mHealth – готово ли медицинское сообщество и врачи в России?

К сожалению, нет. И этому есть вполне конкретные причины:

1. Законодательные основы. Прежде

всего, на данный момент не существует регуляторных основ для дистанционного взаимодействия пациента и врача (лечебного учреждения). С одной стороны, это не запрещено, с другой – четких правил взаимодействия и разграничения ответственности нет. В Государственную Думу был внесен Проект Федерального закона N 308883-4 «Об информационно-коммуникационных технологиях в медицине». Но данный законопроект так и не был принят.

2. Финансирование. В стандартах ОМС тарифы на оказание дистанционных услуг в государственных клиниках повсеместно отсутствуют, но первые шаги в данном направлении уже делаются. В Воронежской области, согласно тарифному соглашению на 2015 год, выделены 2 тарифа: расшифровка, описание при дистанционном мониторинге электрокардиограммы и телемедицинская консультация. Причем телемедицинские консультации могут оказывать 8 клинических учреждений. Принятие подобных тарифов в рамках ОМС это не формальность, а взвешенная реакция на общую тенденцию и возрастающие потребности пациентов.

Страховые компании также начинают разрабатывать продукты, основанные на дистанционных технологиях. Одним из таких вариантов является контроль уровня глюкозы у пациентов с сахарным диабетом. ■



Мобильные технологии здоровья!

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

www.evercare.ru

Основной целью подобного мониторинга является минимизация рисков, что, по мнению страховщиков, должно уменьшить расходы на лечение осложнений. Отсутствие четких и устоявшихся схем финансирования дистанционных медицинских услуг, mHealth, на наш взгляд, это не проблема готовности финансовых инструментов, а следствие отсутствия нормативной базы и инициативы со стороны медицинского сообщества России.

Согласно исследованию Transparency Market Research глобальный рынок mHealth в 2012 году оценивался в 650 млн. долларов США, а к 2019 году он достигнет оборотов в 8,09 млрд. долларов США.

3. Консервативность врачей. Студентов медицинских ВУЗов практически с первых курсов учат о том, что «консультировать по телефону нельзя». Конечно, дистанционная консультация не заменит очную. Но в современном мире врач в подавляющем большинстве случаев в принятии клинических решений опирается на анамнез, результаты лабораторных и инструментальных исследований. Все эти данные можно передать и проанализировать без фактического присутствия пациента. Стремление к использованию только проверенных методов взаимодействия с пациентом, включая различные мани-

пуляции, обосновано разумным желанием врача исключить риски для своих пациентов, своей репутации и карьеры. Но, как уже говорилось ранее, некоторые врачи-специалисты уже активно применяют дистанционные технологии в своей повседневной деятельности и образовании. Все, что нужно коллегам для того, чтобы принять внутреннее решение о жизнеспособности мобильных технологий в сфере здравоохранения, – это живой пример успешной реализации подобного решения и доказательная база.

Медицинское сообщество в первую очередь призвано обеспечивать сохранность здоровья населения. И поэтому, так или иначе, врачи будут приспосабливаться под запросы пациентов, особенно в условиях нарастающей конкурентной борьбы за больных. Дистанционные технологии позволяют не только выйти за рамки привычного географического ареала лечебного учреждения, но и завоевать лояльность пациентов, предоставляя медицинскую помощь не только в стенах собственно учреждения и удовлетворяя потребность пациента в постоянном внимании врача.

Пациенты давно готовы к mHealth, как части системы здравоохранения, очередь за врачами. ■



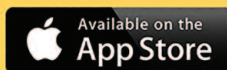
Что такое сервис медицинских услуг



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



Российская урология: отчет за 2015 год

Завершился 2015 год. И, как всегда, мы слышим, что год выдался сложным, трудным, а будущий будет еще тяжелее. Но, остановившись и на секунду отстранившись от повседневной суеты, мы понимаем, насколько богатым на события был прошедший год.

Многие из нас активно трудились – дежурили, оперировали, вели прием пациентов в поликлиниках, читали лекции, выступали с докладами. Кто-то из нас получил научную степень – защитил кандидатские или докторские диссертации, другие – закрепляли уже завоеванные позиции, кто-то сменил место работы, а кто-то ушел в декретный отпуск. Это жизнь. Давайте оглянемся и вспомним, что произошло в российской урологии за 365 дней 2015 года. Не и слушайте предсказания! Каким будет 2016 – зависит от нас с вами!

Сегодня перед Россией стоят новые демографические вызовы и задачи, решение которых требует новых подходов не только на краткосрочную, но и на долгосрочную перспективу. В последние годы демографическая ситуация в Российской Федерации существенно улучшилась, однако кризис не миновал. Суммарный коэффициент рождаемости достиг 1,7 ребенка на женщину, но он все еще существенно ниже уровня воспроизводства – 2,15. Реализация репродуктивного потенциала важна не только для воспроизве-

дения населения, но и для гарантий национальной и социальной стабильности и безопасности самого государства.

В 2015 году Главным специалистом Минздрава России по репродуктивному здоровью проф. О.И. Аполихиным была предложена **Концепция охраны репродуктивного здоровья населения Российской Федерации**, которая определяет цели, принципы, задачи и основные направления согласованной политики Российской Федерации в области охраны репродуктивного здоровья на период до 2025 года.



Школа репродуктивного здоровья (г. Саратов)

Для реализации этой Концепции с февраля 2015 года под эгидой НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России в России стартовали Школы репродуктивного здоровья, которые были созданы для предоставления врачам из различных регионов России самых актуальных научных знаний в области репродуктивной медицины. Воронеж, Калуга, Саратов, Москва, Нижний Новгород, Великий Новгород, Карелия, Карачаево-Черкессия – далеко не полный перечень городов и областей, в которых состоялись Школы.

В работе школ приняли участие ведущие специалисты в области андрологии и репродуктивного здоровья, сов-

местно с которыми была создана и успешно реализована российско-германская программа дополнительного профессионального образования «Андрология».

Форум «Новые горизонты репродуктивного здоровья» (г. Москва)

В продолжение темы репродуктивного здоровья, в июле состоялся грандиозный Форум «Новые горизонты репродуктивного здоровья», работа которого носила не только междисциплинарный, но и межведомственный характер – в работе форума приняли участие врачи, демографы, социологи, представители основных религиозных ■



Работа Форума «Новые горизонты репродуктивного здоровья» (г. Москва)

конфессий, юристы. Форум посетили гости из Германии, Голландии, Италии, Греции, Беларуси.

В рамках продолжения сотрудничества между Республикой Куба и Российской Федерацией в области охраны мужского здоровья Форум посетила директор Кубинского национального центра сексуального образования (CENESEX) в Гаване Мариела Кастро Эспин, которая также приходится дочерью действующему кубинскому лидеру Раулю Кастро. Мероприятие получило поддержку представителей как исполнительной, так и законо-

дательной власти. Так, в работе Форума приняла участие Директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения Российской Федерации Байбарина Елена Николаевна. Со стороны законодателей с приветственным словом выступил Первый заместитель Председателя комитета Государственной Думы по охране здоровья, Академик РАН, Заслуженный врач РФ – Герасименко Николай Федорович.

От общественности Форум поддерживали представители Общероссийского

народного фронта, Фонда социально-культурных инициатив. Представители бизнес-сообщества вместе с врачами обсудили перспективы развития мобильных технологий в области охраны репродуктивного здоровья. Несмотря на разгар лета и отпускной сезон Форум посетило 550 человек и еще более 700 следили за докладами благодаря онлайн-трансляции через интернет.

«Школы здоровья и активного социального долголетия»



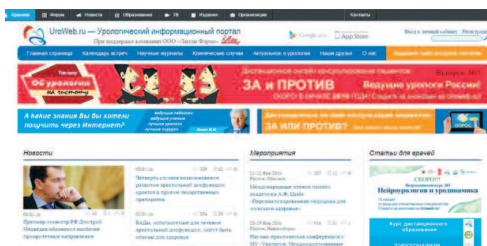
Лекции для пациентов (г. Москва)

Под эгидой НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина в 2015 году были организованы «Школы здоровья и активного социального долголетия», ориентированные на пациентов по темам репродуктивного здоровья и мочекаменной болезни, целью которых было повышение вовлеченности пациентов в вопросы сохранения своего здоровья, мотивация на ведение здорового образа жизни, вы-

явление заболеваний на ранних стадиях развития. Восемь Школ были проведены в г. Дмитрове, Черкесске, Воронеже, Липецке, Владимире, Боброве (Воронежская область), Калуге, Москве.

Урологический информационный портал UroWeb.ru

По данным урологического информационного портала **UroWeb.ru** в 2015 году в России состоялось 166 урологических мероприятий, не считая заседаний региональных обществ. 89% из них были доступны, без исключения, всем русскоговорящим урологам, благодаря он-лайн трансляциям на сайте урологического телевидения Uro.TV. Практически для всех мероприятий UroWeb стал надежным информационным партнером, помогая в анонсировании и донесении нужных сообщений урологам, андрологам, детским урологам, онкоурологам, урогинекологами. Напомним, что обновленная актуализированная **База урологов России и зарубежья** проекта UroWeb составляет более **10 860** адресов. ■





XV Конгресс Российского общества урологов

Три дня в сентябре стали триумфом всех урологов России – прошедший **XV Конгресс Российского общества урологов** продемонстрировал бурное развитие урологии в нашей стране не только отечественным, но и зарубежным специалистам.

Число участников Конгресса РОУ



1702 уролога в залах Экспофорума в Санкт-Петербурге, 1315 возле экранов своих компьютеров, ноутбуков, планшетов и др. мобильных устройств, беспрецедентная научная программа, состав-

ленная совместно с Европейской Ассоциацией урологов, – все это сделало Конгресс РОУ одним из самых ярких и запоминающихся профессиональных мероприятий года.

IV Всероссийская школа по детской урологии-андрологии

Традиционно в апреле состоялась **Школа по детской урологии-андрологии «Реконструктивно-пластические операции, эндовидеоскопическая хирургия в детской урологии-андрологии. Нарушения мочеиспускания у детей»** с участием ведущих детских урологов Европейской Ассоциации урологов (ESPU). МООУ «Интернет форум урологов», НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, «Межрегиональная общественная орга-



Школа по детской урологии-андрологии «Реконструктивно-пластические операции, эндовидеохирургия в детской урологии-андрологии. Нарушения мочеиспускания у детей» (г. Москва)

низация детских урологов-андрологов» (МООДУА), урологический информационный портал UroWeb.ru уделяют большое внимание специальностям приглашенных иностранных коллег. В 2015 году этой чести были удостоены французские коллеги – профессор Франсуа Варлет и доктор Мануэль Лопес, а также Санжай Кулькарни, который является общепризнанным в мире специалистом по реконструкции

уретры.

Число участников Школы составило 210 детских урологов, хирургов, «взрослых» урологов. В рамках Школы впервые состоялось **награждение отечественных детских урологов** за вклад в профессию. Поздравительные грамоты и памятные подарки (электронные книги) получили Акрамов Наиль Рамилович, Каганцов Илья Маркович и Бондаренко Сергей Георгиевич. ■

I-ая научно-практическая конференция урологов СЗФО «Актуальные вопросы урологии»

Необходимо отметить высокую активность урологов Санкт-Петербурга.

Объединение урологов Северо-Западного региона стало целью I-й научно-практической конференции урологов СЗФО «Актуальные вопросы урологии», состоявшейся в Санкт-Петербурге 23–24 апреля 2015 г. Организаторами конференции выступили Российское общество урологов и Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-петербургское общество урологов. 250 урологов в зале и 156 онлайн участников смогли прослушать доклады от ведущих специалистов России.

В рамках конференции проведено еще два важных мероприятия. Под председательством главного уролога Северо-Западного федерального округа проф. С.Х. Аль-Шукри прошло совещание главных специалистов-урологов субъектов Северо-Западного федерального округа, на котором были подведены итоги 2014 г., рассмотрены проблемы, стоящие перед региональной урологией, и намечены пути их решения. В рамках конференции также прошла секция урологии ежегодной итоговой научно-практической конференции студентов и

молодых ученых «Актуальные вопросы экспериментальной и клинической медицины-2015».



«Интегральная теория и хирургия тазового дна: от анатомии к функции» (г. Санкт-Петербург)

В сентябре под эгидой Северо-западного центра пельвиоперинеологии (СЗЦПП), Университетской клиники СПбГУ и Международного общества пельвиоперинекологии (ISPP) был посвящен реконструктивной хирургии тазового дна был проведен уникальный междисциплинарный семинар **«Интегральная теория и хирургия тазового дна: от анатомии к функции»**, в кото-

ром приняли участие 120 урологов, гинекологов и проктологов со всей страны.

Урология Юга России

Урологи Юга России провели ряд интересных мероприятий – можно отметить долгожданную Школу по оперативной урологии «Уретральная хирургия у взрослых и детей», которая прошла в Ростове-на-Дону на кафедре урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии РостГМУ под председательством про-

фессора М.И. Когана; мастер-класс «Лапароскопическая и роботизированная хирургия в урологии» под руководством профессора В.Л. Медведева; Первый медицинский Конгресс Прикаспийских государств «Урология-2015», проведение которого стало возможным, благодаря усилиям зав. кафедрой урологии Астраханского ГМУ, д.м.н. Ф.Р. Асфандияров и д.м.н. профессора Р.Т. Алиева.

Урология Сибири и Дальнего Востока

Сибирь и Дальний Восток представили вниманию урологов и специалистам смежных специальностей цикл профессиональных мероприятий с междисциплинарным подходом – научно-практическая конференция «Междисциплинарные вопросы урологии и гинекологии» (проф. А.А. Еркивич), Первая Школа по открытой, эндоскопической и лапароскопической урологии «Малотравматичная и инновационная урология» (к.м.н. Е.В. Помешкин, к.м.н. В.Я. Фарбинович), IV Конгресс урологов Сибири и I Сибирская студенческая олимпиада по урологии (проф. А.Ю. Цуканов), VIII Научно-практическая конференция урологов восточной Сибири с МУ «Актуальные вопросы урологии» (к.м.н. А.А. Кошмелев), научно-практическая конференция «Технологии XXI века: Реализация



Первый медицинский Конгресс Прикаспийских государств «Урология-2015» (г. Астрахань)



VIII научно-практическая конференция урологов восточной Сибири с международным участием «Актуальные вопросы урологии» (г. Чита)



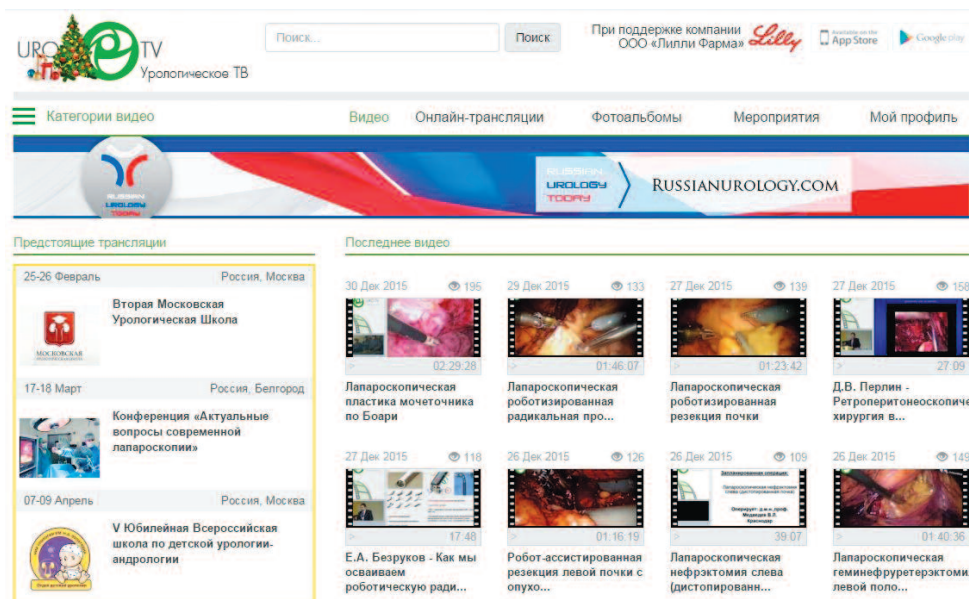
Научно-практическая конференция «Технологии XXI века: Реализация инноваций в современной урологии» (г. Владивосток)

инноваций в современной урологии» (проф. В.В. Данилов), I Школа урологов Восточной Сибири «Фармакотерапия, реконструктивно-пластическая и малоинвазивная урология» (проф. В.Ф. Онопко), школа-конференция «Нейроурология и фундаментальные основы нарушений мочеиспускания, междисциплинарный подход» (проф. В.И. Исаенко).

Урологическое телевидение Uro.TV

Урологическое телевидение Uro.TV

претерпело значительно обновление в 2015 году, сохранив за собой лидерские позиции среди ресурсов, представляющих профессиональный видеоконтент. Новой опцией стала возможность самостоятельного размещения видео пользователями, с выделением важных моментов (фрагментация видео), просмотром как сокращенной (только выделенных фрагментов), так и полной версии видеороликов. Особой популярностью стала пользоваться «перемотка» видео во время прямой трансляции, что было сделано специально для просмотра он-



лайн трансляции вне зависимости от часового пояса России. Были проведены трансляции не только из России, но и из Украины, Казахстана.

Общее число онлайн трансляций на Uro.TV в 2015 году **увеличилось на 27%**, что несомненно, положительно сказывается как на полноценном освещении мероприятий, так и на доступности профессиональной информации для региональных специалистов.

Еще одной кафедрой урологии пополнилась научная составляющая нашей специальности. **Кафедра урологии организована** на базе Федерального государственного бюджетного учреждения дополнительного профессионального

образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации – заведующим кафедрой стал главный уролог УД президента РФ зав. кафедрой урологии УДП РФ ЦГМА, д.м.н., профессор Сергей Петрович Даренков.

Профессиональные межрегиональные общественные организации

При поддержке Российского общества урологов продолжили свою активность профессиональные межрегиональные общественные организации – ■

«Рациональная фармакотерапия в урологии» и Ассоциация специалистов консервативной терапии в урологии («Аспект»).



Заседание МОО «Рациональная фармакотерапия в урологии» (г. Екатеринбург)

МОО «Рациональная фармакотерапия в урологии» под руководством профессора Т.С. Перепановой сконцентрировала свое внимание на российских регионах – всего было проведено 13 выездных заседаний в городах Российской Федерации, которые суммарно посетили 1311 урологов и смежных специалистов. Темами лекций стали мочекаменная болезнь, инфекции мочевых путей и мужских половых органов.



Заседание ДОК «Аспект»

«Аспект» (организатор и руководитель профессор А.З. Винаров) провел

мероприятия в виде дискуссионного образовательного клуба в Ярославле, Омске, Барнауле, Москве, Калининграде, Ялте, Рязани. В июне состоялся образовательный курс по оперативному и консервативному лечению пациентов со стриктурой мочеиспускательного канала с участием профессора Guido Barbagli (Италия).



10-й Юбилейный Конгресс ПААР (п. Дагомыс, Краснодарский край)

Профессиональная Ассоциация Андрологов России (ПААР), под бессменным руководством проф. П.А. Щеплева, провела в мае 10-й Юбилейный Конгресс Профессиональной Ассоциации Андрологов России и в его рамках 2-й Российско-Азиатский конгресс. Участниками мероприятия стали эксперты, ведущие специалисты в области урологии, андрологии, сексологии, сексуальной медицины и других смежных областей медицины, признанные лидеры мирового сообщества из России, Японии, Южной Кореи, Китая, США и других стран азиатско-тихоокеанского региона.



Выступление проф. И.В. Виноградова

В 2015 году впервые был создан и на регулярной основе проводил в течение года свои заседания **Дискуссионный андрологический клуб** под руководством профессора И.В. Виноградова. Были рассмотрены такие темы, как нарушения эякуляции, эректильная дисфункция и методы ее лечения, новые тенденции в лечении воспалительных заболеваний предстательной железы. Интересные доклады, формат дружеской дискуссии с залом, возможность высказать свою точку зрения сделали клуб одной из самых популярных дискуссионных площадок для андрологов.

Московская урологическая Школа

В 2015 году стартовал уникальный образовательный проект – «Московская урологическая Школа», создание которой было инициировано главным урологом России Д.Ю. Пушкарем и Департаментом здравоохранения и Правительством г. Москвы. В работе

Школы приняли участие 314 врачей, а около 1000 урологов из других регионов России посмотрели занятия с помощью онлайн-трансляции на Uro.TV, что стало возможным, благодаря поддержке урологического информационного портала UroWeb.ru.



Московская урологическая Школа (г. Москва)

Профессиональные печатные издания

Профессиональные печатные издания в 2015 году пережили пересмотр Перечня ВАК. Редакция и редакционным коллегиям пришлось в экстренном



порядке готовить новые пакеты документов, приводить сайты изданий в соответствие с новыми требованиями. Нужно отметить, что все издания, ранее находившиеся в списке ВАК, подтвердили свой высокий статус.

Мы провели анализ публикационной активности журналов за период 2013 и 2014 гг. по основным показателям (табл. 1).

Профессиональное дистанционное образование



UroEdu.ru



Набирает силу и активно внедряется в повседневную жизнь урологов **профессиональное дистанционное образование** (таб. 2).

В рамках проекта **UroEdu.ru** в 2015 году проведено 5 курсов дистанционного образования по разным тематикам урологии:

- **«Гипогонадизм – управление проблемой»** (6 лекций)
- **«Энурез – современные подходы к диагностике и лечению»** (7 лекций)
- **«Всероссийский курс по нейроурологии и уродинамике»** (13 лекций) – запущен перед Новым годом
- **«Основы научной работы в медицине»** (15 лекций)
- **«Дистанционный образовательный курс «ДГПЖ ELITE 2014-2015: Мировой опыт»** (5 лекций)

Непревзойденной возможностью повысить свои знания стал курс по Детской урологии-андрологии (45 лекций) от 16-ти отечественных и 7-ми зарубеж-

Таблица 1. Публикационная активность урологических журналов

Показатели публикационной активности	Урология	Андрология и генитальная хирургия	Онкоурология	Экспериментальная и клиническая урология	Урологические ведомости	Вестник урологии
Год создания	1923 г	2000 г	2005 г	2009 г	2011 г	2013 г
Перечень ВАК 2015 г	Включен	Включен №1467 от 29.12.15	Включен №1644 от 29.12.15	Включен №1410 от 01.12.15	Нет	Нет
Общее число статей из журнала в РИНЦ	1666	1107	642	476	192	56
Суммарное число цитирований журнала в РИНЦ	9255	1372	1109	530	12	5
Место в общем рейтинге SCIENCE INDEX за 2013 год	556	1094	595	735	-	-
Место в рейтинге SCIENCE INDEX за 2013 год по тематике "Медицина и здравоохранение"	114	209	124	149	-	-
Место в рейтинге SCIENCE INDEX за 2014 год по тематике "Медицина и здравоохранение"	226	191	237	155	-	-
Число статей в РИНЦ в 2014 году	122	35	55	79	6	4 (2013 г)
Показатель журнала в рейтинге SCIENCE INDEX	0,166	0,209	0,159	0,272	-	-
Место журнала в рейтинге SCIENCE INDEX	1447	1216	1484	982	-	-
2х-летний импакт-фактор РИНЦ	0,431 (2014 г)	0,208 (2013 г, 2014 г – нет данных)	0,216 (2014 г)	0,530 (2014 г)	0,093 (2013 г, 2014 г – нет данных)	-
2х-летний импакт-фактор РИНЦ без самоцитирования	0,294 (2014 г)	0,144 (2013 г, 2014 г – нет данных)	0,180 (2014 г)	0,358 (2014 г)	0,047 (2013 г, 2014 г – нет данных)	-
2х-летний импакт-фактор РИНЦ с учетом цитирования из всех источников цитирования	0,431 (2014 г)	0,213 (2013 г, 2014 г – нет данных)	0,225 (2014 г)	0,556 (2014 г)	0,093 (2013 г, 2014 г – нет данных)	-
5й-летний импакт-фактор РИНЦ 2014 год	0,350	0,162	0,214	0,429	0,093	-
Пятилетний индекс Херфиндаля* по цитирующим журналам	1147	422	730	859	3333	-
Индекс Херфиндаля* по организациям авторов	530	962	1136	1441	7222	-
Десятилетний индекс Хирша*	13	8	9	6	1	1

Таблица 2. Курсы дистанционного образования 2015 г.

	Площадка	Название курса дистанционного образования	Количество лекций/часов	Количество участников	Документ
1	UroEdu.ru	Андрология	432 часа, 96 лекций	37	Удостоверение установленного образца
2	UroEdu.ru	Детская урология	144 часа, 45 лекций	19	Удостоверение установленного образца
3	UroEdu.ru	Гипогонадизм – управление проблемой	6 лекций	683 чел.	Сертификат от организатора
4	UroEdu.ru	Энурез – современные подходы к диагностике и лечению	7 лекций	586 чел.	Сертификат от организатора
5	UroEdu.ru	Основы научной работы в медицине	15 лекций	258 чел.	Сертификат от организатора
6	UroEdu.ru	Дистанционный образовательный курс «ДГПЖ ELITE 2014: Мировой опыт»	5 лекций	586 чел.	Сертификат от организатора
7	UroEdu.ru	Всероссийский курс по нейроурологии и уродинамике	13 лекций	301 чел.	Сертификат от организатора
8	AAU	Мочекаменная болезнь	7 лекций	251 чел.	Сертификат от организатора
9	AAU	Конкуренция в урологии: как выжить и победить	8 лекций	253 чел.	Сертификат от организатора
10	AAU	Репродуктивное здоровье мужчин	9 лекций	511 чел.	Сертификат от организатора
11	AAU	Урология. Update 2015	7 лекций	303 чел.	Сертификат от организатора

ных экспертов в области детской урологии. Необходимо добавить, что такой проект стал возможным, благодаря поддержке и объединению Интернет форума урологов, Межрегиональной общественной организации детских урологов-андрологов, членов правления Европейского общества детских урологов (ESPU) и НИИ урологии им. Н.А.Лопаткина. Курс представляет собой цикл повышения квалификации (тематическое усовершенствование – 144 часа) по специальности «Урология» и проводится на

базе НИИ Урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФМИЦ им. П.А. Герцена.

Продолжил свою деятельность уже известный курс дистанционного образования «Андрология» (96 лекций, 432 учебных часа), стартовавший в 2014 году и снискавший огромную популярность среди урологов и андрологов – ее участниками стали 110 специалистов из России, Украины, Узбекистана, Кыргызстана, Казахстана, Беларуси. В связи с большим количеством заявок и положи-



тельных отзывов было принято решение о продлении программы на 2015 год. Курс состоит из 3-х модулей «Андрологические аспекты эндокринологии, онкологии и урологии», «Мужская сексуальная дисфункция», «Нарушения мужской фертильности». Программа «Андрология» представляет собой адаптированную для России версию сертификационного цикла врачей-андрологов в Германии и подготовлена при поддержке НИИ урологии им Н.А. Лопаткина – филиал ФМИЦ им. П.А. Герцена, Гиссенского университета им. Ю.Либиha (Германия) и Интернет форума урологов.

Все участники, выполнившие учебную программу по курсам «Детская урология» и «Андрология», получили документы установленного образца.

Уникальный курс стартовал на Академии амбулаторной урологии (ААУ) в конце года – «Урология. Update 2015», вобравший в себя резюме всех профессиональных встреч 2015 года – новые возможности консервативного лечения нарушений мочеиспускания (EAU 2015), современные тенденции в онкоурологии (EAU, AUA 2015), итоги Конгресса РОУ-2015, международные стандарты функциональной урологии, новые направления в андрологии, резюме съезда детских урологов Европы, «Медицина 4Р» – расширяя возможности в клинической практике врача-уролога – по результатам

7-ой Международной конференции mHealth Summit 2015 (Вашингтон, США). На курс уже зарегистрировано более 300 участников.

Также в рамках ААУ в 2015 году были проведены курсы по Мочекаменной болезни (251 участник), «Конкуренция в урологии: как выжить и победить» (253 участника), «Репродуктивное здоровье мужчин» (511 участников).

Будущее урологии

Урология считается одной из самых бурно развивающихся специальностей, но ни новые лекарственные препараты, ни новое оборудование не определяют стратегию развития специальности в ближайшие несколько лет. На наш взгляд, ведущими в урологии и в медицине в целом будут несколько иные **тренды**.

Разговоры о развитии телемедицины в России идут уже не первое десятилетие. Вроде бы процесс идёт – создаются рабочие группы, открываются новые телемедицинские центры, но для рядового жителя страны дистанционное оказание медицинских услуг по-прежнему остаётся экзотикой. Однако многие специалисты считают, что в ближайшие два-три года рынок **mHealth** сильно изменится ввиду того, что будет наконец-то принята нормативно-правовая база, регламентирующая использование медицинских ■



датчиков и хранение персональной медицинской информации.

Получат дальнейшее развитие **мобильные устройства**, помогающие не только врачам и их пациентам проводить мониторинг состояния здоровья (пульсоксиметры, мочевые анализаторы, мобильные УЗ-устройства и т.д.), но и здоровым людям следить за своим здоровьем (фитнес-трекеры, «умные» часы и др.). Появились и будут развиваться системы, позволяющие быстро, точно и недорого диагностировать наличие сифилиса, ВИЧ и других инфекций с помощью смартфона. Например, прибор, получивший название QROC, который может диагностировать тропические болезни, ВИЧ, стандартные больничные инфекции, свиной грипп.

Все большее развитие получит **расшифровка генома** – сегодня эта технология возможна менее, чем за 26 часов. Геном можно не только расшифровывать, но и редактировать – уже есть первый пациент, чья жизнь была спасена – это молодая девушка с лейкозией, чьи Т-

клетки были отредактированы с помощью системы TALEN (Transcription Activator-Like Effector Nucleases).

Невозможно в одной статье рассказать о всех событиях и открытиях в урологии, произошедших в 2015 году – в этом материале представлены только самые яркие и значимые из них. Для написания отчета мы использовали доступные открытые источники, а также информацию, которую наши коллеги в течение года присылали для публикации на УроWeb. Мы открыты к сотрудничеству и ждем от вас информации о ваших научных и практических успехах, достижениях, результатах, – всё то, чем вы хотели бы поделиться с коллегами по специальности.

Подводя итоги, можно смело заявить, что в настоящее время в урологии, как ни в одной другой специальности, созданы ВСЕ УСЛОВИЯ для совершенствования профессиональных навыков и умений. Урологам России можно пожелать только одного – правильно использовать весь информационный поток, активно учиться пользоваться новыми технологиями, общаться с коллегами и повышать свой уровень! ■

Материал подготовила

В.А. Шадеркина

Научный редактор UroWeb.ru

Председатель Ассоциации
медицинских журналистов



Уважаемые коллеги!

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

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

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

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

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

Курс проводится на интернет ресурсе **UroEdu.ru**



V Юбилейная Всероссийская школа по детской урологии-андрологии

7-9 апреля 2016 года
г. Москва

Уважаемые коллеги!

Проведение таких Школ уже стало доброй традицией, которая неизменно имеет широкую заинтересованность со стороны врачей, которые занимаются лечением детей с заболеваниями мочеполовой системы.

В рамках Школы планируется проведение образовательной программы по лапароскопической урологии детского возраста, мастер-класс Европейской Ассоциации детских урологов по нарушениям мочеиспускания, их консервативному и оперативному лечению, включая аспекты детской нейроурологии. Большое внимание планируется уделить вопросам детской амбулаторной урологии. Отечественные урологи представят свои работы, в том числе согласно присланным тезисам.

В 2016 году планируется проведение постерной сессии, в рамках которой все желающие смогут представить результаты своей работы и обсудить их с коллегами.

Планируется вручение призов в различных номинациях.

Школа проводится при поддержке и участии НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина, Европейской ассоциации детских урологов, МОО «Интернет форум урологов».



Предварительная программа Курса Европейской ассоциации детских урологов (ESPU) по нарушениям мочеиспускания

- Нейрогенная регуляция функции мочевого пузыря и нижних мочевых путей
- Мочеиспускание плодов и новорожденных
- Недержание мочи в дневное время
- Ночное недержание мочи (Enuresis nocturna)
- Нарушение функции мочевого пузыря и кишечника (Bladder and bowel dysfunction)
- Гипоактивный мочевой пузырь (Underactive bladder)
- Инфравезикальная обструкция у детей
- Лечение нейрогенного мочевого пузыря
- Реабилитация детей с травмой и заболеваниями спинного мозга
- Холинолитики и другие препараты в лечении СНМП у детей
- Нейростимуляция у детей
- БОС-терапия в лечении нарушений мочеиспусканий у детей
- Ботулинический токсин в лечении СНМП у детей
- Круглый стол – уродинамические исследования: фундаментальные основы и практические руководства

Контакты для участников для решения организационных вопросов:

Шадеркина Виктория Анатольевна

Тел. +79260175214

E-mail: viktoriashade@uroweb.ru

Гарманова Татьяна Николаевна

Тел. +79269937443

E-mail: tatianagarmanova@gmail.com

Контакты для рекламодателей и компаний-спонсоров:

Шадеркина Виктория Анатольевна

Тел. +79260175214

E-mail: viktoriashade@uroweb.ru

Выступления:

Заявки на выступления присылать на электронную почту pediatricschool@yandex.ru.

Оргкомитет V Всероссийской школы по детской урологии-андрологии

До встречи на Школе!

Мехман Мамедов: Профилактика для продления жизни

Не секрет, что проблемы демографии стоят в числе самых острых для российского здравоохранения. Общее старение населения, обилие хронических болезней и недиагностированных проблем, – все это приводит к росту смертности, в том числе, ранней. Можно ли с этим бороться и к каким методам стоит прибегать, рассказывает руководитель научной лаборатории Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России, профессор Мехман Мамедов.



Мехман Ниязович, реально ли, на Ваш взгляд, сегодня что-то сделать для сокращения смертности в нашей стране?

Сейчас средняя продолжительность жизни в России 74 года. При скоординированности действий в течение 8–10 лет вполне реально поднять ее до 78 лет.

Но данные Росстата зарегистрировали рост смертности, близкий к 4%, в I квартале 2015 года, по сравнению с тем же периодом 2014-го. Насколько это серьезный повод для волнения?

Смертность населения – это явление, для которого характерна циклич-

ность и синусоидальность процессов. Нельзя ничего утверждать уверенно про увеличение смертности в стране в 2015 году, пока мы не проанализируем всю статистику 2015 года. Разумеется, причины называются самые разные: недостаточно качественно организованная работа территориальных органов здравоохранения, не оптимизированная система социальных пособий, недостаточное лекарственное обеспечение и медицинская помощь... И вовсе не стоит во всех огрехах обвинять Минздрав, делать из него «мальчика для битья»... На нем – методологический контроль. Но очень многое, на самом деле, зависит и от местных кадров, а финансирование – от местных властей. Сейчас у нас также – эпоха перемен, и невозможно не признать, что социально-экономические факторы также сказываются на здравоохранении. Вы подумайте, сколько врачей сократили! Кто будет следить за здоровьем населения?

Получается, сокращения и урезание бюджета буквально стоят людям жизнью?

Конечно, это – не эпидемия, но свой вклад она внесла. Я ездил на Северный

Кавказ, проверять, как там обстоят дела. За счет кризиса сокращается выделение бюджета на лекарства, сейчас начнут и таблетки считать, и бинты. И поэтому, я считаю, пора определить порядок приоритетов выделяемых средств. Это – охрана материнства и детства, работа с пациентами трудоспособного возраста, ведь необходимо менять отношение к своему здоровью, образ жизни. Также – первичная и вторичная профилактика, контроль за целевыми цифрами давления, чтобы оно не превышало – 150/90, а лучше – 140/80.

На каких болезнях нужно сконцентрировать внимание прежде всего?

Это – гипертония, сахарный диабет, в том числе и второго типа. Онкология, инфаркты, инсульты. Они влияют и на такие важные показатели экономики, как потеря трудоспособности, выплаты на лечение и реабилитацию, на социальную сферу, на демографию. Чтобы предупреждать все эти болезни, надо просвещать население в этой сфере. И начинать прямо сейчас – с детского сада, в институтах, учреждениях. Можно и частную медицину за счет средств фонда обязательного

медицинского страхования (ОМС) привлекать.

Мы можем позаимствовать что-то из зарубежного опыта в текущей ситуации?

Например, столь же неблагополучное положение с осложнениями от сердечно-сосудистых заболеваний наблюдалось в 70-е годы в Финляндии. Они разработали комплексную программу под названием «Северная Карелия» и начали буквально с детского сада и начальной школы ограничивать в питании детей соль, жиры, и во всех общественных местах вести агитацию за здоровый образ жизни. У них всюду висят плакаты, как правильно питаться, постоянно проходят передачи по телевизору. Причем, не просто так – а в прайм-тайм. А попробуйте у нас на центральном телевидении пустить в прайм-тайм социальную рекламу? Развесить плакаты во всех учреждениях? Я уверен, что никакой пользы от единичных статей в СМИ не будет. Результат можно получить только, если это не начнут делать повсеместно. Но в России пока кто-то не издаст указ, обязывающий это делать, такой революции, наверное, не произойдет. Хотя даже

при ограниченном финансировании этот проект может дать ощутимые результаты. Например, такой вариант успешно реализуется в Кабардино-Балкарии, где Минздрав с начала года подготовил пять видеосюжетов о таких патологиях, как инсульт и инфаркт миокарда, и они регулярно демонстрируются по местному каналу. В Ингушетии активно развивается мобильная реклама, призывающая контролировать факторы риска.

Могли бы вы подробнее рассказать о диспансеризации и ее связи с профилактикой?

Диспансеризация – это обследование граждан по стандартной программе на предмет оценки состояния здоровья, выявления заболеваний и факторов их риска. Следующий пункт – первичная профилактика, комплекс мер по коррекции обнаруженных рисков до клинического проявления тех или иных заболеваний. В советские времена на предприятиях в обязательном порядке, в определенном возрасте, люди регулярно проходили комплексное медицинское обследование – анализы, электрокардиограмму, рентген и т.д.

Это позволяло вовремя «вылавливать» начальные формы заболеваний. Затем пациентов ставили на учет специалисты, приглашали на дальнейшее обследование. В развитых странах Запада и США первичная профилактика как экономически незатратный метод сохранения здоровья населения имеет сегодня огромное значение. Американцы и европейцы посчитали, что проводить ее в три раза дешевле, чем лечить запущенный сахарный диабет 2 типа, онкологию, гипертонию. И эту мысль государства методично пропагандируют среди своего населения. Нам это тоже помогло бы сэкономить бюджетные деньги. Конкретно до 35 процентов – в год это примерно 650 миллиардов рублей. Сегодня расходы бюджета на здравоохранение в среднем составляют 3,5 процента от ВВП, то есть около 2,6 триллиона рублей.

Готово ли к этому наше население? Известно, что многие не любят ходить по врачам.

Доверие населения как к диспансеризации, так и к первичной профилактике низкое. Только когда людям становится плохо, они идут к врачам. Есть

и другие проблемы. Федеральная программа «Диспансеризация» исполняется с препятствиями. Каждый десятый гражданин в 2013 году во время ее прохождения имел затруднения с работодателями. Треть работающих (30,2 процента) старались пройти обследования во вне рабочее время, тогда как поликлиники к этому просто не были готовы. Но в другое время их просто не отпускали! Многим приходилось посещать поликлинику дважды или трижды, чтобы завершить обследование. Но при этом диспансеризация позволила обнаружить втрое больше, чем при первичном обращении к врачам с жалобами, скрытых сердечно-сосудистых, эндокринных болезней, а также заболеваний легких.

А существует ли конкретный список болезней, на которые проверяют при диспансеризации?

В целом, она предупреждает все заболевания. Однако для здравоохранения и демографических показателей важнейшее значение имеет профилактика социально значимых сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с атеросклерозом, сахарный диабет, хронические обструктивные болезни ■

легких, онкологические, остеопороз, артрит и другие болезни опорно-двигательной системы. Если факторы их риска выявлять до 30 лет и контролировать, можно снизить хронические болезни и осложнения в стране до 50 процентов. И, естественно, сэкономить бюджетные деньги.

Сейчас ведь существуют Центры здоровья, куда можно прийти не от предприятия, а по собственной инициативе?

До недавних пор такой формы медицинских услуг в стране не было. Теперь любой гражданин, житель города, района, где есть Центр здоровья, вправе записаться на прием и за один раз пройти типовое обследование: кардиограмма, рост, вес, жировотложения, анализы на холестерин и сахар, состояние бронхолегочной системы, провести диагностику кровообращения, проверить зрение. На все уходит 50 минут – час. В каждом крупном городе, как минимум, действуют 1–2 центра здоровья, причем как для взрослых, так и для маленьких пациентов. Там, где стационарных центров здоровья нет, к людям выезжают мобильные медицинские бригады. Кроме того, за последние годы в

России открылось 112 специализированных центров по сердечно-сосудистым заболеваниям. Во всех субъектах страны закончено формирование трехуровневой системы оказания помощи сосудистым больным, из расчета один центр на 500 тысяч населения. В Москве, Краснодаре, Кемерово, Перми, Новосибирске, Санкт-Петербурге и Тюмени организована круглосуточная помощь, что должно снизить смертность от инфаркта миокарда, а также инсультов.

Что, в первую очередь, нужно знать людям о сердечных заболеваниях, чтобы обезопасить себя? Ведь многие даже не подозревают о наличии серьезных проблем, принимая, например, боли за проявления остеохондроза.

Сердечный приступ не проходит при смене положения тела на более удобное, как при остеохондрозе, зато человеку становится легче от нитроглицерина. Это – самый главный признак проблем с сердцем. И если такое возникло впервые – необходимо немедленно обратиться к врачу. Даже в районной поликлинике, где запись ко всем специалистам, вам никогда не от-



кажут в приеме, если возникли боли в области сердца. Если боль сильная, обязательно вызывайте скорую.

Вы часто бываете на Северном Кавказе, известном как регион долгожителей. Есть ли какие-то объективные корни у кавказского здоровья?

Экология на Северном Кавказе намного более благоприятная для жизни, чем во многих других регионах. Нет

такой мощной урбанизации, если в городах и существуют промышленные предприятия, то довольно мелкие. В деревнях же – образ жизни более подвижный, чем в городах, здоровая пища, нет фастфуда и нет такого выраженного стресса. Мы знаем, что когда происходили военные действия в Чечне, то показатели в этой республике ухудшились, но после того, как восстановился мир, они снова стабилизировались. Стресс действительно способен ■

Реализация плана борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями затрудняется отсутствием комплексного подхода к снижению смертности на межведомственном уровне, административных и материальных ограничений, включая лекарственное обеспечение, ограничение тромболизиса и экстренной интервенционной помощи

спровоцировать многие заболевания, в том числе – все хронические неинфекционные, а также ожирение, диабет, болезни легких.

А как обстоят дела с укомплектованностью медицинскими кадрами? Играет ли свою негативную роль удаленность от столицы?

Врач – одна из самых уважаемых профессий на Кавказе, и там никогда не было недостатка врачей. Даже в наше время, когда столько медработников сокращают. Высокотехнологическая помощь оказывается в 70% случаев. При этом люди имеют возможность выбрать, где им будут делать чрескожные вмешательства (транскатетерная баллонная дилатация, стентирование, эксимерная лазерная ангиопластика)... не только по месту прописки, но и в федеральных институтах Москвы, Санкт-Петербурга и Новосибирска, где расположен знаменитый институт Мешалкина.

Но ведь есть какие-то сферы, требующие особого внимания?

Лекарственное обеспечение пациентов после сердечно-сосудистых инцидентов является серьезной проблемой. В большинстве республик этот вопрос ждет своего решения. Однако реализация плана борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями затрудняется отсутствием комплексного подхода к снижению смертности на межведомственном уровне, административных и материальных ограничений, включая лекарственное обеспечение, ограничение тромболизиса и экстренной интервенционной помощи. Однако использования только медицинских способов влияния на уровень смертности и сохранение здоровья населения недостаточно, и, это, безусловно, тупиковый путь. Здесь должны работать и профилактика, и здоровый образ жизни. ■

Межрегиональная общественная организация

www.forumurology.ru



Интернет форум урологов





2-я Научно-практическая конференция урологов Северо-Западного федерального округа

21-22 апреля 2016 года

Организаторы:

1. Российское общество урологов
2. Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова

Технические и информационные партнеры:

1. МОО «Интернет форум урологов»
2. Uroweb.ru
3. «Дайджест урологии»
4. Uro.TV
5. ИД «УроМедиа»



Место проведения

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д.17.

Президент конференции – ректор ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, академик РАН С.Ф.Багненко

Председатель Оргкомитета конференции – зав. кафедрой урологии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, главный уролог СЗФО, заслуж. врач РФ, профессор С.Х.Аль-Шукри

Со-председатель Оргкомитета конференции – профессор каф. урологии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, председатель Санкт-Петербургского научного общества урологов, заслуж. деятель науки РФ, профессор В.Н.Ткачук

Основные научные вопросы конференции:

1. Организация урологической помощи в СЗФО
2. Онкоурология
3. Мочекаменная болезнь
4. Нейроурология
5. Клиническая андрология
6. Детская урология
7. Современные методы хирургического лечения урологических заболеваний
8. Диагностика и лечение инфекционно-воспалительных заболеваний

Видеосессия

В рамках конференции планируется отдельная видеосессия. Для подачи заявки на участие в видеосессии необходимо предоставить видео длительностью не более 10 мин. Это могут быть интересные операции, клинические случаи, научные исследования и т.п.

Доклады и тезисы

Заявки на доклады и материалы для публикации (тезисы докладов) принимаются Оргкомитетом конференции **до 20 марта 2015 г.** по электронной почте urolog.kaf@mail.ru

Заявка на доклад должна содержать название доклада, фамилии и инициалы всех авторов, их ученые степени, должности и место работы, фамилию и контактные данные (телефон, электронная почта) докладчика.

Тезисы будут опубликованы в журнале **«Урологические ведомости»**.

Требования для представления тезисов докладов

Шрифт Times New Roman, размер 12, через 1,5 интервала; с полями по каждому краю 2 см. объем тезисов не более 2 страниц, указываются фамилии и инициалы авторов, ученые степени, место работы (организация).

Авторам тезисов обязательно указывать свои контактные данные – электронную почту и телефон.

Шрифт Times New Roman, размер 12, через 1,5 интервала; с полями по каждому краю 2 см. объем тезисов не более 2 страниц, указываются фамилии и инициалы авторов, ученые степени, место работы (организация).

Контакты для участников: urolog.kaf@mail.ru

Контакты для спонсоров и рекламодателей:

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

Будем рады видеть вас!

Конференция «Актуальные вопросы современной лапароскопии»

17 - 18 марта 2016 года
г. Белгород



Организаторы:

1. ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»
2. ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» Министерства образования и науки Российской Федерации
3. Белгородское областное общество хирургов

Информационная поддержка:

1. МОО «Интернет форум урологов»
2. Uroweb.ru
3. «Дайджест урологии»
4. Uro.TV
5. ИД «УроМедиа»



Вопросы, планируемые к рассмотрению:

- Визуализация в лапароскопии
- Обеспечение гемостаза в открытой и лапароскопической хирургии

- Возможности онкоурологической помощи радикальность и функциональность
- Возможности лучевой диагностики в современной урологии
- Современные тенденции оперативного лечения опухолей почки
- Диагностика и лечения опухолевых поражений надпочечников
- Гидронефроз – старая проблема и современные подходы
- Место скрининга в диагностике рака простаты
- Выбор метода лечения пациента с локализованным раком простаты
- Нарушение мочеиспускания у мужчин: хирургическая или терапевтическая проблема.
- Аденома простаты: выбор хирурга и пациента.
- Актуальные вопросы лапароскопической хирургии
- Актуальные вопросы лапароскопической гинекологии

В рамках Конференции состоятся on-line трансляции из 2-х операционных:

17 марта

1. Лапароскопическая адреналэктомия
2. Лапароскопическая нефрэктомия и резекция почки.
3. Радикальная экстраперитонеальная простатэктомия.
4. Радикальная нервосберегающая экстраперитонеальная экстрафасциальная простатэктомия.

18 марта

1. Радикальная лапароскопическая гастрэктомия.
2. Лапароскопическая гистерэктомия с сакровагинопексией.
3. Лапароскопическая сакровагинопексия с сохранением матки.
4. Лапароскопическая консервативная миомэктомия с временной компрессией внутренних подвздошных артерий.

Планируется проведение Школ

- Школа «Основы лапароскопической техники».
- Школа «Техника трансуретральной резекции».

Приглашаем к участию!

Всероссийский курс дистанционного образования «Нейроурология и уродинамика»

**Начало курса - декабрь 2015.
Окончание курса - май 2016.**

Организаторы курса:

- МООУ «Интернет форум урологов»
- РОО «Общество специалистов нейроурологии и нарушений мочеиспускания»
- Санкт-Петербургское общество урологов
- Общество специалистов по нейроурологии и нарушению акта мочеиспускания

Техническая поддержка:

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



Целевая аудитория – урологи.

Учебный план курса состоит из 13 лекций, которые в свою очередь делятся на подтемы. Тема включает в себе конкретный теоретический вопрос, дополнительные материалы, практический навык и тестовую проверку уровня знаний.

Цель КДО – предоставить наиболее полную информацию для врачей различных специальностей по нейроурологии и уродинамике.



*Первая скрипка
в дистанционном
образовании!*

Непрерывное профессиональное
образование в урологии – UroEdu.ru



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

Учебный план курса:

	Название лекции
1	Эмбриогенез, анатомия, физиология и нервная регуляция нижних мочевых путей.
2	Классификация дисфункций нижних мочевых путей и недержания мочи.
3	Методы обследования больных с нарушениями мочеиспускания.
4	Уродинамические методы исследования.
5	Нейрофизиологические исследования. Гиперактивность мочевого пузыря. Ургентное недержание мочи. Симптоматика, диагностика, лечение.
6	Стрессовое недержание мочи. Симптоматика, диагностика, лечение.
7	Нейрогенные дисфункции нижних мочевых путей. Классификация, патогенез.
8	Болезнь Паркинсона. Урологические аспекты.
9	Нарушения мочеиспускания у больных со спинальной травмой. Клиническое течение, диагностика, лечение. Сексуальные дисфункции у больных неврологического профиля.
10	Нарушения мочеиспускания у больных с периферической нейропатией. Диабетическая цистопатия.
11	Инфравезикальная обструкция. Патогенез, клиническое течение, диагностика и лечение.
12	Снижение сократительной способности детрузора. Патогенез, клиническое течение, диагностика и лечение.
13	Синдром хронических тазовых болей.

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

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ

УРОЛОГИЯ

ECUro.ru



www.ecuro.ru

Аккредитация ВАК
№22/49 от 25.05.12
Включен в обновленный
список ВАК от 07.12.2015

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

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

Абстракты на английском языке в печатной версии журнала.

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

Применение ПЭТ/КТ с 11С-холином в диагностике рецидивов РПЖ после радикальной простатэктомии

Группа специалистов из Российского научного центра радиологии и хирургических технологий в Санкт-Петербурге выступила на заседании Санкт-Петербургского урологического общества им. Федорова с докладом о возможности применения позитронно-эмиссионной томографии/компьютерной томографии (ПЭТ/КТ) с 11С-холином для диагностики рецидивов рака предстательной железы (РПЖ) у пациентов, перенесших радикальную простатэктомию.

С появлением новых методик, вносящих свои коррективы в существующие стандарты, ряд деталей использования ПЭТ/КТ с 11С-холином при диагностике рецидивов РПЖ требует обсуждения в среде специалистов. Особенный важный фактор – то, что до недавнего времени в России этот метод не применялся.

В своем докладе Т.Т. Андабеков, Д.В. Рыжкова, М.И. Школьник, А.А. Арзуманов и Д.Г. Прохоров привели краткую историческую справку о рассматриваемом диагностическом методе. Первое применение ПЭТ/КТ с 11С-холином зарегистрировано в 1997 году для диагностики опухолей головного мозга. Уже на следующий год началось изучение методики применительно к РПЖ. В 2007 году она вошла в рекомендации Европейской ассоциации урологов (ЕАУ) как возможный способ диагностики при биохимическом рецидиве рака простаты.

При повышении простатического специфического антигена (ПСА) до уровня более 0,2 нг/мл применяются диагностические методы, целью которых является выявление резидуальной опухоли. В случаях, когда отсутствует субстрат, можно продолжить наблюдение пациента, либо прибегнуть к методикам, которые не применяются рутинно. Одной из них является ПЭТ/КТ с 11С-холином. Радиофармпрепарат вводится пациенту внутривенно, а после его накопления в тропных тканях производятся одновременно позитронно-эмиссионная и компьютерная томография с дальнейшей оценкой результатов.

В настоящий момент, согласно стандартам ЕАУ, необходимо дальнейшее изучение роли ПЭТ/КТ с 11С-холином в диагностике биохимических рецидивов рака простаты.

В своем исследовании специалисты из Санкт-Петербурга отобрали 50 па-



циентов после радикальной простатэктомии, прооперированных в различных клиниках, включая зарубежные, средний возраст которых составил $64 \pm 4,5$ года. Участники были разделены на три группы: 5 пациентов с уровнем ПСА ниже 1.0, самая большая группа – 37 человек – с уровнем от 1.0 до 4.0 и еще 8 с ПСА более 4.0. Всем была произведена ПЭТ/КТ с 11C-холином.

Необходимо отметить, что первым пятнадцати пациентам после выполнения ПЭТ и выявления патологического накопления радиофармпрепарата выполнялась морфологическая верификация. Убедившись в том, что практически в 100% случаев на участках накопления препарата у пациента были жизнеспособные ткани, врачи отказались от применения инвазивной процедуры.

По результатам исследования диагностическая точность метода в случае с ПСА ниже 1.0 составила 40%, с уровнем ПСА от 1.0 до 4.0 – 81%, и более 4.0 – 88%. Таким образом, с ростом уровня ПСА возрастает и диагностическая точность. По утверждению авторов исследования, это согласуется с данными мировой литературы, однако в предыдущих работах на эту тему сам уровень диагностической точности оказался ниже.

Кроме того, в литературе обычно

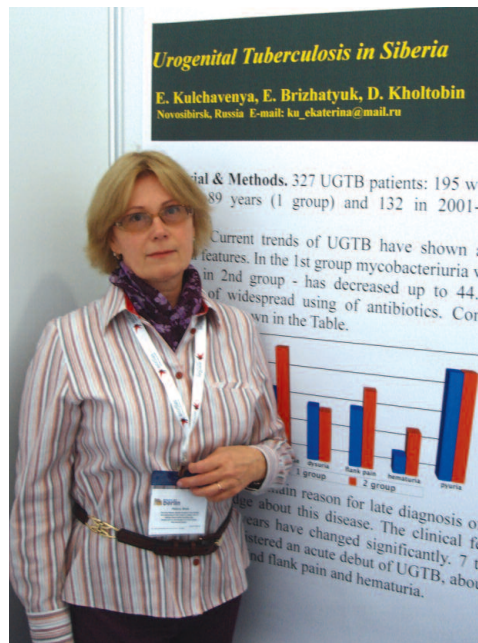
указываются размеры опухоли начиная от 5 мм как ограничение диагностических возможностей для ПЭТ/КТ с 11C-холином. Новые данные, собранные петербургскими специалистами, показали, что таким способом можно выявить и опухоль менее 2 мм.

Был продемонстрирован клинический пример: пациенту с биохимическим рецидивом, после радикальной простатэктомии, с повышением ПСА до 0,87 нг/мл была выполнена ПЭТ/КТ с 11C-холином. Зафиксирована гиперфиксация фармпрепарата в подвздошных лимфоузлах, сохранивших нормальный размер (7 мм). В дальнейшем пациенту выполнена лапароскопическая лимфодиссекция, при которой в удаленных лимфатических узлах выявлены микрометастазы аденокарциномы предстательной железы размером 2 мм.

В заключение своего доклада Т.Т. Андабеков, выступавший с результатами исследования, отметил, что, несмотря на неопределенную на сегодня роль ПЭТ/КТ с 11C-холином в диагностике рецидивов РПЖ после радикальных методов лечения, преимуществами методики являются высокая диагностическая точность, неинвазивность и воспроизводимость. Однако применение ее в широкой практике, на взгляд исследователей, преждевременно, с учетом высокой стоимости и низкого уровня доступности в России. ■

Великие и ужасные приключения робкого застенчивого существа в стране восходящего солнца на конгрессе SIU (Congress of the Société Internationale d'Urologie)

А первопричиной всем моим приключениям послужило то особенное состояние, которое плохие мальчики называют одним емким словом, а хорошие девочки вынуждены прибегать к эвфемизмам – ну, скажем, чрезмерная загруженность в условиях цейтнота. И вот на фоне этой задрюченности, когда внезапно пришлось менять все планы – а, следовательно, и билеты! – я, заказывая новый маршрут on-line, не обратила внимания, что подлый сайт выкинул мне на календарь октябрь, хотя на дворе была еще середина сентября. И я на 27-е число заказала и оплатила (!) билет с очень удобной стыковкой.



В совершенно радужном настроении от того, что так удачно все поменялось, вовремя прибыла в Толмачево, легко зарегистрировалась на хорошее место без соседей (регистрация в Пекин on-line невозможна). Полет проходил приятно, ветер дул в хвост – кругом полное счастье. Вплоть до китайских пограничников, которые довольно-таки грубо поинтересовались, что это я так стремлюсь в их Поднебесную 27-го сентября, если билет у меня куплен на 27-е октября. При том, что у меня до стыковочного рейса оставалось всего два часа.

Я не стала впадать в панику, предло-



жила им прекрасный вариант – да-
вайте, говорю, я куплю новый билет. А
этот потом верну.

- Покупай, – равнодушно кивнули
они. Только кассы по ту сторону гра-
ницы, куда мы тебя пропустить ника-
ких оснований не видим.

- Ну ладно, – покладисто согла-
шаюсь я. Могу и на сайте билет купить.
Где у вас free wi-fi?

- А нету у нас свободного вай-фая, –
отвечают мне. Не напасешься тут на
вас. Своих пользователей много.

Вероятно, я смотрелась несколько
безумно, и китайские пограничники все
же смилостивились, нашли русскогово-
рящую сотрудницу аэропорта Ирину, и
даже любезно предоставили свой мо-
бильный телефон для разговора с ней. Я
попросила Ирину поменять мне дату вы-
лета на сегодня, однако она не нашла
мою бронь. И порадовала сообщением,
что китайцы готовят меня к депортации.

Я изо всех сил постаралась придать
себе вид абсолютно беспомощный (и,
боюсь, слегка – а может, и изрядно –
слабоумный). Вероятно, преуспела, по-
скольку от греха подальше мне выде-
лили индивидуального китайского
паренька, чтобы он меня контролиро-
вал. Вдруг я буйная!

Пользуясь случаем, я вытребовала у
Ирины логин и пароль для доступа в
интернет. Вхожу на сайт – а билетов на

прямые рейсы в Фукуоку уже нет! Ну,
мне не до капризов – покупаю билет
через Сеул – разница между рейсами
3,5 часа, цена огромная, в Фукуоку
должна прибыть в 19:30, а не в 11:00,
как по первоначальному плану – но
лучше, чем ничего.

Покупаю билет, проплата проходит
– а билета нет! Звоню мужу (у него там
пять утра и грипп, так что можно себе
представить его радость), прошу пото-
ропить засонь из ДАВСа. Муж у меня и
так-то суровый, а когда больной и не-
выспавшийся – просто свирепый. Но
зато эффективный. Через пять минут
ДАВС с перепугу выслал мне сразу аж
два билета.

Мой личный пограничник бдит
рядом.

- Ну, спрашиваю, – этот билет под-
ходит? Или распечатать нужно?

Оказывается, китайцы не такие уж
и формалисты, удовлетворились экран-
ной версией. Пока всякие штампы ста-
вили, персональный пограничник
поведал мне о своей любви к русскому
Вадиму (при этом очень удивлялся, что
я с ним не знакома), и я оказалась как
бы под сенью этого теплого чувства.
Может быть, именно поэтому, а может,
не будучи еще до конца уверенным в
моей вменяемости, китаец нагрузил на
моим багажом, оставив мне только по-
стеры (кстати, в этот раз я их ни разу ■

нигде не забыла!), и проводил в другой терминал. Причем это была весьма непростая дорога – сначала мы ехали на поезде, потом вышли через специальную дверь (сама я бы ее ни за что не нашла, особенно в состоянии грогги), затем он посадил меня в автобус, который уж и довез до места.

Опять позвонила Ирина – поинтересоваться, как мои дела. Я бодро отпартовала, что купила билет через Сеул, вот, иду на регистрацию. Ирина поспешила уменьшить мой пыл – оказывается, прилет в Сеул и вылет в Фукуоку из Сеула у меня из разных аэропортов, которые отдалены примерно как Домодедово и Шереметьево. А поскольку у меня корейской визы нет, то никто меня в город и не выпустит. Скорее всего, все равно депортируют, только теперь уже корейцы.

Я, тем не менее, отправилась на стойку Корейских авиалиний советоваться. Они тоже не знали, куда-то звонили, уточняли, но потом порадовали сообщением, что, мол, все в порядке.

Зарегистрировали меня сразу на оба рейса, выдали оба посадочных талона и порекомендовали не беспокоиться. Вылет по расписанию в 11:50, до 11:30 я и не беспокоилась. А потом начала волноваться, поскольку рейс задержали до 13:00. А у меня еще переезд между аэропортами!

В час все же погрузили всех в самолет (боинг-777 – это нечто! Полет проходит лежа) – и мы застряли в самолетной пробке еще на 2 часа. Очередь на взлет была, видите ли.

Приземлились в Сеуле за 20 мин. до вылета следующего рейса. Безумной идиоткой я больше не притворялась – выбрала модель совершенно беспомощного и неприспособленного создания. Судя по всему, и в этом преуспела, так как экипаж всю дорогу меня утешал, а по прилете стюардесса лично отволокла мои чемоданы в автобус, впихнула туда же меня, пообещав, что в аэропорту встретят.

И правда – стоит у входа, подпрыгивая от нетерпения, такой же раскосый паренек, но теперь уже кореец. В руках держит табличку с моим именем.

- Hi, – говорю, – it's me.

Он сердечно радуется, опять же хватает мои чемоданы и волочит меня на паспортный контроль по ultra-fast-track режиму, попутно объясняя, что самолет меня ждать не стал, улетел, но это даже лучше, так как я имею возможность насладиться отдыхом в чудесном корейском отеле совершенно бесплатно. А завтра меня отправят в Фукуоку первым же рейсом.

Так, непрерывно треща, он протаскивал меня через пограничников (те еле успели снять отпечатки пальцев), выло-



вил распорядителя автобусов и перепоручил меня ему. Я вспомнила образ сладкой идиотки и капризно поинтересовалась, кто меня будет завтра провожать. Он немного растерялся, но уверил, что все так просто, интуитивно понятно, Корейские авиалинии лучшие в мире – даже такая, как я, не заблудится.

Дальше все как обычно при задержке рейса – Хайят, ужин (все – на высшем уровне), ранний подъем – и короткий комфортабельный перелет в Фукуоку.

В Фукуоке в свой Хилтон я поехала на автобусе – благо, отель заранее прислал подробную инструкцию. Очень

порадовалась своей предусмотрительности – позже выяснилось, что такси здесь невероятно, запредельно дорого. Коварный booking.com на сайте обозначил, что расстояние между Хилтоном и конгресс-центром 4,2 км. Что такое 4 км для быстроногой лани? 40 минут неспешной прогулки. Если дорогу знать. В карте с легендой иероглифами я не сориентировалась, поэтому решила не рисковать и поехать на транспорте. Оказалось, нужно сменить 2 автобуса, причем там такая хитрая система оплаты – при входе автомат выдает тебе талон, его номер высвечивается на табло перед водителем, который уже при выходе посчитает ■



стоимость поездки.

Я решила не мелочиться из-за каких-то 4-х км и взять такси. Не знаю, как там этот booking измерял – может, циркулем на карте? Ехали 20 минут, и стоило это 25 евро!!

По дороге любовалась стайкой школьниц, спешивших на занятия. Все в белых кофточках, клетчатых юбочках – и черных ботинках с черными же носками или гольфами. Между юбкой и носками трогательно белеют рахитичные ножки. Вероятно, японки так привыкают к этому состоянию, что, когда вырастают и становятся привлекательными девушками, нарочно уродуют

себя обувь на копыто-подобной платформе и обдергайской одеждой, в такой россиянки на субботниках окна моют.

ОТЕЛЬ симпатичный, с обзорными ресторанами на 30-м этаже. К сожалению, во избежание выпадения из окон все рамы замурованы, так что воздух в комнате спертый. Народ держит двери приоткрытыми для проветривания. Я так сжилась с ролью капризницы, что по приезде с ходу перебрала несколько номеров, пока не нашла подходящую угловую комнату на 21-м этаже с панорамным окном на полторы стены. На его подоконник я складывала ноги, когда любовалась Фудзиямой.



Фукуока – свадебный город, куда толпами съезжаются брачующиеся. Есть специальный дворец на сваях в море для первой брачной ночи, под крышей местной tower (243м!) – опять же специальная колонна для приема уверений в вечной любви и заборчик для замочков.

Завтрак. Завтрак – одно из первых удовольствий начинающегося дня, к нему нужно подходить серьезно. Обычно во всех отелях, приходя на завтрак к открытию, я оказывалась одна – или в немногочисленной компании. Здесь же толпы китайцев (вероятно) оккупировали ресторан еще до начала его работы. Предлагалось: разный хлеб и булки, кофе с молоком, репчатый лук, порезанный кольцами, вареные яйца и щи. Я бродила среди всего этого пищевого разнообразия со столь тоскливым видом, что персонал всполошился, что-то спросил у меня по-своему (я смогла в ответ только пожать плечами), куда-то умчался и вскоре приволок миску овсянки, каковую с поклоном и вручил.

- Аригата (спасибо), – милостиво кивнула я. Завтра будьте готовы в это же время.

Сквалыжность организаторов конгресса потрясла. Мало того, что шатлов отель-конгресс-центр не было, так и speaker's room была пуста! Обычно докладчикам предлагают выпить – заку-

сить, пока они проверяют свои презентации. Нет, кофе, вода, конечно, присутствовали – но маловато будет!

И всегда – всегда! – докладчику вручался милый сувенирчик, чтобы поощрить за участие в конгрессе. В этот раз выдали открытку, в которой сердечно благодарили за сотрудничество, и сообщали, что деньги, которые могли бы потратить на явно ненужный мне gift, которых, скорее всего, мне и так девать некуда, они перевели от моего имени в фонд поддержки больных детей.

К вопросу о детях. Что во Вьетнаме, что в Японии – таки дефолианты и Фукусима аукнулись в генофонде.

В первый день с самого раннего утра – моя сессия «Как сделать доступной урологическую помощь для бедных стран». Я предложила внедрить 3-стаканный тест. Еще были доклады по использованию картонной коробки в качестве симулятора для лапароскопии, пластмассовые протезы за 200 долларов, копеечные стенты (но, правда, для их установки требовался гибкий цистоскоп, что снижало ценность предложения), по склеротерапии кист и т.п. Основной девиз: «Дешево, но сердито». Как ни странно, набежала целая толпа, в том числе европейцев. Все живо включились в обсуждение моего второго доклада “Why We Miss UGTB”. ■

На церемонию открытия, куда прибыл наследный принц Японии, пропускali после обыска. С собой разрешали брать только очки и носовой платок – наверное, чтобы утирать слезы умиления. Сам His Imperial Highness, The Crown Prince of Japan на принца похож был разве что статной осанкой и надменным видом. Ему выделили в глубине сцены отдельный столик, покрытый красной скатертью с золотым обрамлением, и далее процедура проходила следующим образом. Объявляют докладчика, он выходит на середину сцены, поворачивается

к залу задом, отвешивает поясной поклон принцу, потом поворачивается к принцу задом и строго по регламенту читает доклад. Затем поклоны в обратном порядке. В заключение выступил с речью сам принц. Он сказал, что, поскольку мочевая система и гениталии есть у каждого (тут принц позволил себе скупую улыбку), урология является чрезвычайно важной наукой, и пожелал нам дальнейших успехов. После чего удалился несколько скованной походкой, позволяющей думать, что он лично заинтересован в успехах урологии.



Зато какие в Японии сортиры! Уличные общедоступные – с низким унитазом в полу, над которым нужно присаживаться на корточки (у девочек, как у мальчиков – не знаю). Зато бело-снежно чистые.

В отеле – агрегат с инструкцией по применению. Помимо собственно отправления физиологических надобностей, вы можете получить орошение промежности направленной или рассеянной (по выбору) струей, интенсивность которой также регулируется. Оснастители конгресс-центра такую модель сочли слиш-

ком простой, поэтому они дополнили ее музыкальным сопровождением. Вот пришел человек в задумчивости – и испытывает трудности с началом мочеиспускания. Он может себя подбодрить нажатием кнопки “sound” – в ответ раздастся журчание (громкость тоже можно регулировать) – типа «пыс-пыс-пыс».

Да, безгранична мысль японского сантехника. Два сорта бумаги на выбор или там специальное детское креслице, устанавливаемое над стационарным унитазом – мелочи, которые не стоит даже упоминать. ■





В этой стране победившего империализма предлагают мыть ноги (и любые другие части тела, даже непотребные, если они у вас есть) кремылом класса «Премиум» от Shiseido! У нас не каждая жена олигарха таким мылом уши себе моет. Кстати об ушах. В санитарный набор в отеле входят ушные палочки особого фасона – с одной стороны ватка наворачена, как обычно, а с другой – специальный крючок – ковырялка, чтобы поче-

саться, или там серную пробку удалить.

Немного впечатлений о Японии в целом. Это страна тотально, нечеловеческой пунктуальности!

Очень интересна местная мода. Девушка считается хорошо одетой, если из-под юбки у нее что-нибудь торчит – другая юбка, или рейтузы.

Мне посчастливилось познакомиться с японской семьей и познать обычаи и культуру этой страны, так сказать, изнутри. У них сейчас идет 23-

й год – поскольку внутреннее летоисчисление меняется указом императора. Скажем, произошло что-нибудь плохое – надо закрыть эту эпоху, и с нового года начать новую. Или, напротив, какое-то яркое событие случилось – тоже эпоху закрывают, чтобы запечатлеть ее в памяти народной.

Японцы очень любят катать тележки, в которых перевозят всякий скарб, детей и даже собак. Если везти нечего – японец покатит пустую тележку.

Работают они всегда большими бригадами, в которых у каждого своя задача. Скажем, чтобы подмести аллею, требуется три человека: один машет метлой, другой стоит наизготовку со свистком, и третий следит – не идет ли прохожий, на которого может попасть сметаемый мусор. Как только надзиратель замечает оно, он дает знак сигнальщику, который дует в свисток, оповещая подметальщика о необходимости приостановить работу и пропустить прохожего. Причем сигнальщик ■



и, тем паче, подметальщик не могут самостоятельно определить, удалился ли гуляющий человек на безопасное расстояние – это входит в сферу компетентности наблюдателя. Когда он сочтет, что можно продолжать работу, он дает знак сигнальщику. Сотрудник с метлой на этот знак не реагирует – ждет свистка от сигнальщика.

Все вежливы, кланяются, улыбаются. Одно из самых сильных впечатлений – кланяющийся (!!!) нарушителю гаишник.

Каждую покупку оформляют в красивую коробку с бантиком, благодарят за все непрерывно. Но строгий порядок – если есть очередь – то это очередь, и никому не позволено ее нарушать.

Как раз во время конференции проходил день города – и горожане толпами высыпали на набережную, чтобы поесть, попить, (время 10 утра – и уже столько народу выстроилось за колой и пирожками! Они что – дома не могли позавтракать?), насладиться мастерством танцоров и музыкантов.

Меня поразили внутрисемейные отношения. Во-первых, никто не делает культа из чистоты и порядка. Так, в той семье, с которой я познакомилась, нормой считалось оставлять вещи после стирки – сушки в машинке, по мере необходимости брать их оттуда, растягивать руками и надевать, во многих семьях утюга нет в принципе.

Но это сущая мелочь по сравнению с сексуальными проблемами – оказывается, японский муж считает секс рекреационным мероприятием, и никакого удовольствия от половой жизни не испытывает – в семье. То ли они слишком заняты, то ли ленивы – но сексуальное напряжение предпочитают снимать в специальных банях или мастурбацией. Я была так потрясена услышанным, что, презрев хорошее воспитание, прямо на банкете принялась приставать к светским леди в кимоно с вопросом – неужто все так уныло? Леди бегали глазами, пытались переключить мое внимание на сказ, но, поскольку они были женами профессоров-урологов, с которыми я только что обсуждала научные проблемы, они сочли невозможным грубо от меня отцепиться (а может, они это просто не умеют – грубо-то!) – и скорбно кивали головами, пряча глаза долу. То есть японская семья – это партнерский союз, секс в котором вовсе даже не обязателен.

Про активных и социализированных стариков говорить нет смысла – все знают, как высока продолжительность жизни в Японии. Страна мне очень понравилась. Подход к жизни у людей сугубо правильный – радуйся тому, что есть, и находи наслаждение в простых вещах. ■

Силденафил
ДИНАМИКО
ГОЛУБАЯ ТАБЛЕТКА С МОДИФИЦИРОВАННЫМ СОСТАВОМ

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

Таблетка силденафила с модифицированным составом:¹

- дает качественную эрекцию;^{1, 2}
- обеспечивает минимум побочных эффектов;²
- * не вызывает привыкания.³



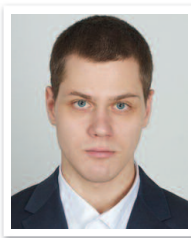
TEVA

1. Возможны побочные действия. Более подробная информация содержится в инструкции по медицинскому применению препарата Динамико.
2. Камалов А.А., Охоботов Д.А., Осмоловский Б.Е., Тахирзаде А.М., Геворкян А.Р. / Комбинированная терапия больных с симптомами нижних мочевых путей и эректильной дисфункцией. // Естественные и технические науки. – 2013. – № 1. 3. Giuliano F., Jackson G., Montorsi F., Martin-Morales A., Raillard P. Safety of sildenafil citrate: review of 67 double-blind placebo-controlled trials and the postmarketing safety database. The International Journal of Clinical Practice. Blackwell Publishing Ltd, Jan 2010, 64, 2, 240–255. ООО «Тева», 115054, г. Москва, ул. Валуева, д. 35.
Тел.: +7 (495) 644-22-34, факс: +7 (495) 644-22-35/36. FIRE-DYN-AD-07/0415-EL-1414-060416. Реклама.

Травма почки



Н.С. Вербицкий
клинический ординатор СЗГМУ
им. Мечникова, кафедра урологии



П.С. Бакетин
Ординатор отделения урологии клиники №2
ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС РФ

Травма почки это наиболее часто встречающееся повреждение мочеполовой системы (до 1–5% случаев всех травм), которое может приводить к угрозе жизни. По статистике травмы почки наиболее вероятны у мужского населения, 3:1 мужчин к женщинам, соответственно.

Классификация

Травмы почек классифицируют по механизму травмы на тупые или проникающие. Тупая травма обычно возникает вследствие дорожно транспортных происшествий, падений с высоты, спортивной травматизации. В настоящий момент наиболее часто используется классификация Комитета по органным повреждениям Американской ассоциации хирургической травмы (AAST), включающая в себя 5 степеней тяжести:

I ст: Ушиб или ненарастающая подкапсульная гематома, травма без разрыва почки.

II ст: Ненарастающая периренальная

гематома, кортикальный разрыв глубиной менее 1 см без экстравазации мочи.

III ст: Кортикальный разрыв глубиной более 1 см без экстравазации мочи.

IV ст: Разрыв через кортикомедулярное соединение в собирательную систему или повреждение сосудов – повреждение сегментарной артерии, вены с образовавшейся гематомой, частичное повреждение стенки сосуда или тромбоз сосуда.

V ст: Множественные разрывы почки или повреждение сосудов почечной ножки или отрыв почки от сосудов.

P.S. Известно, что разрыв почки и/или повреждение ее сосудов составляет до 10-15% травм. Изолированное

же повреждение почечной артерии, к примеру, вследствие тупой травмы живота встречается менее чем в 0,1% случаев.

Диагностика

Первичный осмотр

Первоначальный осмотр пациента с травмой почки должен соответствовать мировым стандартам оказания помощи и включать: контроль проходимости дыхательных путей, контроль наружного кровотечения и, если необходимо, противошоковые мероприятия. В большинстве случаев физикальное исследование выполняется в процессе стабилизации состояния пациента. В ходе обследования можно выявить проникающее колотое ранение, а также входное или выходное пулевое отверстие. На повреждение почек обычно указывают следующие признаки: гематурия; боль в боку; экхимозы на коже; ссадины на боковой поверхности живота; перелом ребер; боль в животе; ощущение тяжести в брюшной полости.

Лабораторная диагностика

Результаты общего анализа мочи, уровни гематокрита и креатинина при поступлении являются наиболее важными и базовыми показателями для оценки травмы почки. Гематурия часто

является первым признаком имеющегося поражения почек, но этот симптом имеет низкую чувствительность и специфичность; она не обязательно коррелирует со степенью повреждения, так у 9% пациентов с травмой почки вследствие колотого ранения возможно отсутствие гематурии.

Важным аспектом лечения пациентов с травмами почек является динамическое наблюдение с обязательными контрольными измерениями уровня гематокрита. Начинать контроль гематокрита необходимо с момента поступления больного в приемный покой стационара.

Интересен тот факт, что в при измерении уровня креатинина в течение уже первого часа с момента получения травмы, возможно увидеть отражение функционального состояния почек до травмы.

Методы визуализации

Показаниями для осуществления рентгенографического исследования являются тотальная макрогематурия, микрогематурия в сочетании с шоком или наличие серьезной сочетанной травмы. Также проведении рентгенографического исследования необходимо для исключения отрыва мочеточника или повреждения сосудистой ножки почки. ■

Пациенты с микрогематурией, но без признаков шока после тупой травмы имеют низкую вероятность наличия у них скрытого серьезного повреждения почек и не требуют рентгенографического контроля.

Ультразвуковое исследование

УЗИ выполняют на этапе первичной оценки травмы. Достоинствами данного метода являются достаточная быстрота, неинвазивность, цена вопроса, отсутствие лучевой нагрузки. Но имеются и недостатки, такие как невозможность оценки глубины и распространения разрыва почки, отсутствие информации о выделительной функции почек и пассаже мочи. Несмотря на перечисленные недостатки метода, УЗИ может широко использоваться при первичной оценке повреждения почек.

Внутривенная урография

Ключевыми задачами ВВУ являются установление наличия или отсутствия одной или обеих почек, точное определение состояния почечной паренхимы и получение изображения верхних мочевых путей. При травме почки ВВУ должна включать нефротомограммы для оценки наружного контура почек и урограммы для визуализации экскреции контрастного вещества обеими почками в ЧЛС и мочеточник. Отсутствие изображения почки, деформация контура, затек контрастного вещества

за пределы органа в процессе ВВУ служат показаниями для проведения срочной КТ с ангиографией. Отсутствие функции обычно свидетельствует о наличии серьезной травмы почки или повреждении сосудистой ножки (разрыв сосуда или тромбоз). Затек контрастного вещества также указывает на серьезный характер травмы с вовлечением капсулы, паренхимы и ЧЛС. Другими, менее значимыми, находками являются отсроченная экскреция контраста, дефекты наполнения и деформация ЧЛС, нечеткий контур почки. ВВУ обладает высокой (>92%) чувствительностью вне зависимости от степени травмы почки.

Компьютерная томография

КТ является «золотым» стандартом обследования гемодинамически стабильных пациентов с подозрением на наличие повреждения почек, отличающаяся значительными чувствительностью и специфичностью. КТ применяется для более точного определения локализации и глубины повреждения, лучшей визуализации травмированных и девитализированных сегментов, забрюшинного пространства и гематом любой локализации с одновременным отражением состояния органов брюшной полости и таза, оценки состояния контралатеральной почки. Более информативным является контрастное исследование почек. Отсутствие накопления контраста пора-



женной почкой, либо наличие гематомы в области почечного синуса свидетельствует о повреждении сосудистой ножки. Однако, об этом следует помнить, даже если почечная паренхима хорошо накапливает контраст.

Ангиография

Данный метод отличается большей специфичностью касательно установления локализации и степени повреждения сосудов, что может быть предпочтительно в тех случаях, когда планируется осуществление селективной эмболизации для остановки продолжающегося или отсроченного кровотечения из почечных сосудов. Показаниями для выполнения ангиографии являются отсутствие накопления и выведения контрастного вещества почкой при ВВУ или КТ.

Лечение

Лечение I-II степеней тяжести травмы почки: при гемодинамический стабильности пациента применяется консервативная терапия: постельный режим, гидратация, антибиотикотерапия, поддерживающая терапия. В большинстве случаев тупых и проникающих ранений почки I-II степени тяжести оправдано применение консервативного подхода к лечению пациента. Отсутствие положительного эффекта было отмечено менее чем у 1,1% пациентов.

Лечение пациентов с III-V степенями тяжести травмы, как правило, оперативное. Основная идея подхода к оперативному лечению заключается в минимизации инвазивности и максимальное сохранение функции почек.

В лечение пациентов с III степенью тяжести травмы при стабильной гемодинамики применяется выжидательная тактика. При нарастании периренальной гематомы первой линией является ангиография с селективной эмболизацией почечных сосудов. При необходимости ушивание паренхимы почки.

Лечение IV степени тяжести – при сохраняющейся экстравазации мочи и наличии уриномы необходимо дренирование с последующей установкой внутреннего мочеточникового стента для адекватного оттока мочи и репарации ЧЛС.

Лечение пациентов с V степенью тяжести травмы – открытая операция. В ходе проведения открытой ревизии в среднем у 13% пациентов требуется выполнение нефрэктомии. Выполнение резекции почки является необходимым в случае выявления нежизнеспособного участка паренхимы.

Реконструкция почки должна быть предпринята в случае, если кровотечение остановлено и имеется достаточное количество жизнеспособной паренхимы. Ушивание паренхимы наиболее

распространенная техника реконструкции при III и IV степенях. Реконструкция почки должна быть предпринята в случае, если кровотечение остановлено и имеется достаточное количество жизнеспособной паренхимы.

Абсолютным показанием к открытой ревизии независимо от степени тяжести травмы являются жизнеугрожающая нестабильность гемодинамики, вызванная кровотечением из почечных сосудов, наличие нарастающей и пульсирующей периренальной гематомы, выявленной при проведении эксплоративной лапаротомии по поводу сочетанных повреждений.

Тактика ведения в послеоперационном периоде и наблюдение

Повторное проведение рентгенографического обследования через 2-4 дня после получения травмы сводит к минимуму риск возникновения осложнений, в особенности при тупой травме почки III-V степени тяжести. Радиоизотопная скинтиграфия выполняется для оценки восстановления функции почек и показана перед выпиской из стационара. КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства выполняют через 3 месяца после травматизации. При контрольном осмотре оценивают физикальные данные, общий анализ мочи, кли-

нический и биохимический составы крови, отражающие функциональное состояние почек. ■

Список Литературы:

1. Hardee MJ, Lowrance W, Brant WO, et al. High grade renal injuries: application of Parkland Hospital's predictors of intervention for renal hemorrhage to a large series of patients with blunt renal trauma. *J Urol* 2013;189:1771-6.
2. Buckley JC, McAninch JW. Revision of current American Association for the Surgery of Trauma Renal Injury grading system. *J Trauma* 2011;70(1):35-7.
3. Lin WC, Lin CH, Chen JH, et al. Computed tomographic imaging in determining the need of embolization for high-grade blunt renal injury. *J Trauma Acute Care Surg* 2013;74(1):230-5.
4. Lloyd GL, Slack S, McWilliams KL, et al. Renal trauma from recreational accidents manifests different injury patterns than urban renal trauma. *J Urol* 2012;188(1):163-8.
5. Hardee MJ, Lowrance W, Stevens MH, et al. Process improvement in trauma: compliance with recommended imaging evaluation in the diagnosis of high grade renal injuries. *J Trauma* 2013;74:558-62.
6. Djakovic N, Plas E, Martinez-Pineiro L, et al. Guidelines of urological trauma. European Association of Urology; 2009. Available at: http://www.uroweb.org/gls/pdf/22_Urological_Trauma_LR%20II.pdf. Accessed December 15, 2012.
7. Hotaling JM, Sorensen MD, Smith TG III, et al. Analysis of diagnostic angiography and angioembolization in the acute management of renal trauma using a national data set. *J Urol* 2011;185(4):1316-20.
8. Santucci R, Doumanian LR. Upper urinary tract trauma. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, et al, editors. *Campbell-Walsh urology*, vol. 2, 10th edition. Philadelphia: Elsevier-Saunders; 2012. p. 1169-89.
9. Shariat SF, Trinh QD, Morey AF, et al. Development of a highly accurate nomogram for prediction of the need for exploration in patients with renal trauma. *J Trauma* 2008;64(6):1451-8.
10. McGuire J, Bultitude MF, Davis P, et al. Predictors of outcome for blunt high grade renal injury treated with conservative intent. *J Urol* 2011;185(1):187-91.

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

**«Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ НА 2016 ГОД**

<i>Дата проведения</i>	<i>Наименование цикла</i>
01.02 – 27.02.2016	Поликлиническая урология. Лазерные технологии в урологии.
29.02- 26.03.2016	Клиническая андрология.
04.04-30.04.2016	Современная клиническая урология. Нейроурология и уродинамика.
10.05-04.06.2016	Эндоурология и лапароскопия
05.09-01.10.2016	Современная клиническая урология.
03.10-29.10.2016	Клиническая андрология.
31.10.-26.11.2016	Современная клиническая урология. Нейроурология и уродинамика.
28.11-24.12.2016	Эндоурология и лапароскопия.

Для сотрудников бюджетных учреждений здравоохранения прохождение циклов бесплатно.

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

Запись на циклы осуществляется по адресу:

**Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 17, 3-й этаж. Кафедра урологии
ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова.**

Тел. (812) 338-69-36, 8-921-956-36-72.

E-mail: urolog.kaf@mail.ru



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

Редакция дайджеста:

- »» Главный редактор Аполихин Олег Иванович, д.м.н., профессор
- »» Зам. гл. редактора Сивков Андрей Владимирович, к.м.н.
- »» Руководитель проекта Шадеркина Виктория Анатольевна
- »» Шеф-редактор Шадеркин Игорь Аркадьевич
- »» Специальные корреспонденты:
 - Красняк Степан Сергеевич
 - Болдырева Юлия Георгиевна
 - Гарманова Татьяна Николаевна
 - Коршунов Максим Николаевич

Дизайн и верстка Белова Оксана Анатольевна

Корректор Болотова Елена Владимировна

- »» Тираж 7000 экземпляров
 - »» Подписка на сайте urodigest.ru
- Распространение бесплатное – Россия, страны СНГ
- Периодичность 1 раз в 2 месяца

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

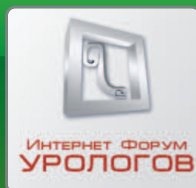
Издательство «УроМедиа»

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

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

При полной или частичной перепечатке материалов ссылка на Дайджест обязательна!

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



Издательский дом «УроМедиа»