Дайджест Урологии
uro
Дайджест
УРОЛОГИИ
Выпуск № 3-4 август 2017

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ:

Азооспермия – причины и их устранение

UroEdu.ru: курсы дистанционного образования 2017

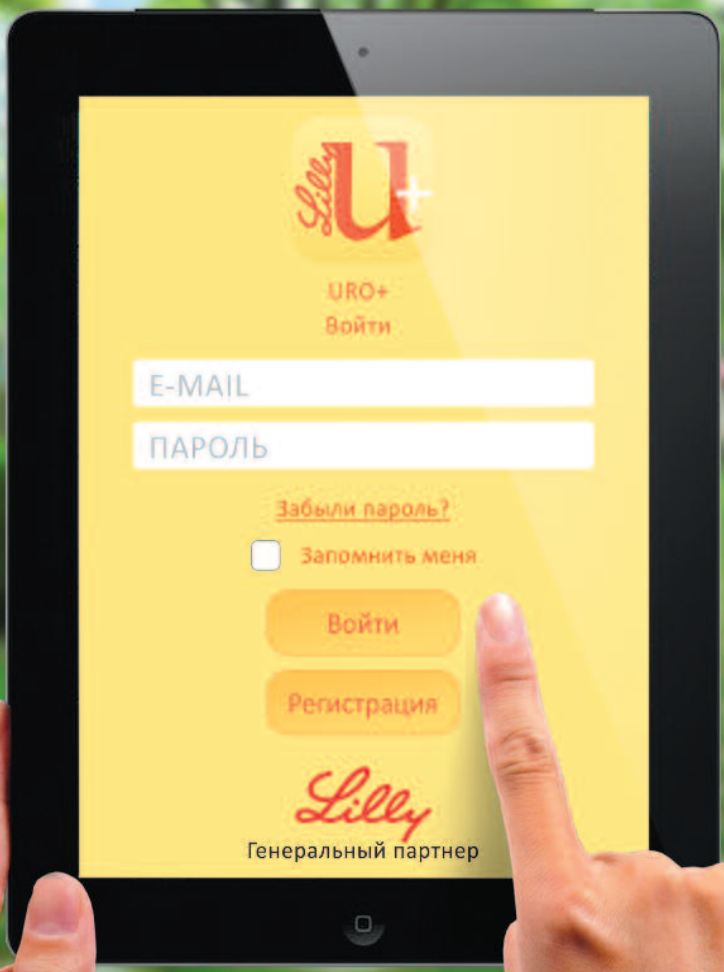
Система аккредитация: чего ждать?

ТЕМА НОМЕРА:

ЭКОНОМИКА ДОЛЖНА БЫТЬ ЭКОНОМНОЙ

Мобильное приложение для урологов

Всегда в курсе всех урологических новостей!



App Store

Google play

Содержание

Тема номера:

- Экономика должна быть экономной.....2
- Азооспермия: есть ли решения?.....18
- Аудиокниги по урологии на Uroweb.ru! 30
- Курсы дистанционного образования на UroEdu.ru в 2017 году 31
- ПЛАН Всероссийского курса дистанционного образования по мануальным навыкам уролога.....32
- ПЛАН курса дистанционного образования по мочекаменной болезни.....35
- ПЛАН курса дистанционного образования по онкоурологии.....41
- V Научно-практическая конференция «Мочекаменная болезнь: теоретические основы и клинический опыт».....44
- Система аккредитация: чего ждать?.....48
- ТУР при раке мочевого пузыря: обновленные рекомендации AUA и EAU 53
- Начинает действовать новый порядок приема в ординатуру 56
- Частота эякуляций и риск рака простаты: обновленные результаты 10-летнего наблюдения.....58
- Лечение рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей у женщин: результаты пилотного исследования.....60
- Использование ингибиторов ФДЭ 5 типа и рецидивы заболевания после лечения рака простаты 61

Экономика должна быть экономной*

Е.С. Шпиленя
Д.м.н., профессор кафедры урологии Северо-западного государственного медицинского университета, г. Санкт-Петербург

В образовательном цикле «Уроки урологии», проходящем в рамках проекта Uroweb.ru, выступил доктор медицинских наук, профессор кафедры урологии Северо-западного государственного медицинского университета в Санкт-Петербурге Евгений Семенович Шпиленя. Для своего доклада он выбрал обширную и сложную тему – об экономических аспектах лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) в России и мире.

Доходы и расходы

Измерять что-то в единой финансовой системе, отметил Е.С. Шпиленя в самом начале лекции, практически невозможно с учетом российских реалий. У каждой больницы и у каждого крупного медицинского центра существуют свои цены и свои деньги. Российских урологов учили оказывать медицинскую помощь, но сегодня мы вынуждены оказывать медицинские услуги. Если раньше было неприлично говорить о деньгах во врачебной среде, то сейчас о них говорится все больше и больше. И деньги это огромные: бюджетные расходы РФ на здравоохранение в 2016 году составили 476 млрд рублей. Примерно таким же темпом растут расходы на оказание помощи в различных коммерческих структурах: за 2015 год объем рынка платных медицинских услуг составил, по разным оценкам, от 460 до 600 млрд рублей. Однако если все эти деньги поделить на количество пациентов, которым в стране оказывается помощь, получится в 54 раза меньшая сумма, чем тратится на одного человека в США.

* «Экономика должна быть экономной – такого требование времени» XXVI съезд КПСС, 1981 год. Отчетный доклад Л. И. Брежнева

СНМП или ДГПЖ?

Как таковая проблема заболеваемости ДГПЖ является важной как для России, так и для всего мира. Согласно действующим европейским рекомендациям, сейчас правильно говорить о симптомах нижних мочевых путей, которые вызваны пузырной обструкцией, которая, в свою очередь, вызвана увеличением предстательной железы, вследствие развития в ней доброкачественной гиперплазии. Однако можно сказать и проще – гиперплазия простаты или аденома (этим термином свободно пользуются, в том числе, наши зарубежные коллеги).

У мужчин до 30 лет это заболевание не встречается, однако уже в четвертой декаде жизни ДГПЖ имеется у 8% пациентов, а в пятой – и вовсе у 50%. Объем простаты за каждые 4,5 года с 31 до 50 лет и за каждые 10 лет с 51 до 70 лет может удваиваться. Таким образом, мужчины старше 50 лет имеют 40-процентный шанс оказаться на приеме уролога в связи с СНМП, обусловленными гиперплазией простаты. Согласно данным мировой статистики, клинически значимые формы ДГПЖ встречаются у 26–46% мужской популяции соответствующего возраста. В России прирост выявленных случаев заболевания за 10 лет составил 72,4%, однако, по словам профессора, это говорит не об учащении самой проблемы, а о возросшем внимании врачей к ней. На сегодня в России порядка 12 млн мужчин страдают от гиперплазии простаты, а в работе уролога болезнь имеет второе место по распространенности (23%) – большую долю занимают только инфекции мочевых путей (32%).

Рынок медицинских услуг по лечению ДГПЖ

Таким образом, и на территории РФ, и во всем мире формируется огромный рынок медицинских услуг по лечению ДГПЖ. Согласно текущим прогнозам, к 2030 году 20% населения США будет старше 65 лет. В России же уже по состоянию на 2016 год число пенсионеров составляет 30% от общего количества жителей. При этом, по данным, приведенным профессором Е.С. Шпиленей, доля платных медицинских услуг в России возросла с 11,6% в 2011 году до 24,2% в 2014. За тот же период времени почти на 4% (с 16,5 до 20,2%) возросло количество пациентов, обратившихся за медицинской помощью и не получивших ее из-за того, что лечение было предложено только на платной основе.

Согласно статистике, собранной центром ОНФ «Народная экспертиза» в 2016 году, только 18% больных получали все необходимые лекарства бесплатно для лечения в стационаре, тогда как 36% приходилось покупать лекарства и расходные материалы для лечения самостоятельно, а еще 24% делали это, чтобы получить более дорогие и современные лекарства и медицинские изделия.

Как отметил Евгений Семенович, долгое время в России не проводились исследования, посвященные демографической и государственной значимости заболеваний мочеполовой системы. Однако известно, что еще в 1996 году из-за преждевременной смертности, инвалидности и временной нетрудоспособности недопроизводство ВВП составило 214,8 трлн. рублей или 14,04%. Если придерживаться средних расчетов, по которым урологическая заболеваемость составляет 10–12% от общей, можно заключить, что 21–26 трлн рублей ВВП было недополучено из-за болезней этого профиля. Европейским странам рынок также диктует свои требования: В 2001 расходы на лечение ДГПЖ в Великобритании составили около 48,4 млн фунтов стерлингов на фармакологическое и 41,3 млн – на оперативное лечение (проведение трансуретральных резекций простаты – ТУР). Число ТУР, однако, снизилось с 1998 года к 2001 на 20%, а число назначений препаратов выросло вдвое. Аналогичным образом менялись расходы на лечение ДГПЖ в США, составив в 1989 году $6 млрд, включая $4 млрд на медикаментозное лечение и $2 млрд – на хирургическое.

Уролог & терапевт & фармакоэкономика

Вместе со снижением количества операций сокращается доля участия урологов в лечении ДГПЖ: препараты при этом заболевании все чаще выписываются врачами общей практики. В урологии же, как следствие уменьшения количества операций, происходит разделение на клинических и хирургических специалистов, а хирургические процедуры концентрируются в высокоспециализированных центрах.

Чтобы разобраться в финансовой стороне вопроса, подчеркнул Е.С. Шпиленя, необходимо обратиться к относительно новой дисциплине – фармакоэкономике. В ее задачи входят оценка целесообразности применения различных медицинских технологий, взаимосвязанная оценка результатов и стоимости медицинских вмешательств. При этом важно понимать, что – фармакоэкономика это не поиск

наиболее дешевых лекарственных средств и оправдание их использования, а расчет затрат, необходимых для достижения желаемой эффективности, и соотнесение этих затрат с возможностями.

В рамках анализа стоимости болезни оцениваются прямые, непрямые, косвенные и неосязаемые затраты, связанные с лечением. К первым относятся расходы на диагностические, лечебные, реабилитационные и профилактические медицинские услуги, на лекарственные препараты; содержание пациента в лечебном учреждении и его транспортировку, плата за использование медицинского оборудования, площадей и так далее. Учитываются также прямые затраты немедицинского характера: например, на оплату сервисных услуг в медицинском учреждении, работу социальных служб и прочее. Косвенные затраты представляют собой, по сути, оценку упущенных возможностей: потери за период отсутствия пациента на его рабочем месте , включая затраты на оплату больничных и пособия по инвалидности, а также «стоимость» времени отсутствия на работе членов его семьи или друзей. Сюда же относятся экономические потери от преждевременного наступления смерти. Последняя категория – неосязаемые затраты, и они не выражаются в деньгах. Это боль, страдания и дискомфорт, которые испытывает пациент во время лечения. Как правило, при проведении финансового анализа их оставляют за скобками.

К методам анализа, активно применяемым в фармакоэкономике, относятся «затраты-эффективнось», «затраты-полезность», «затраты-выгода», а также анализ минимизации затрат. Лечение хронического заболевания, как правило,

описывается в виде вероятностей переходов из одного состояния в другое, при этом считается, что, перейдя в одно из состояний, модель не должна далее учитывать обстоятельства того, как она попала в это состояние.

Оправданность расходов на медикаментозное лечение

На практике это часто выглядит как подсчет оправданности расходов. Согласно актуальным статистическим данным, цена препарата занимает для врачей четвертую по важности позицию после его эффективности, безопасности и дозировки. Действующие рекомендации Европейской ассоциации урологов предписывают в качестве медикаментозных средств лечения ДГПЖ α-адреноблокаторы (АБл), ингибиторы 5α-редуктазы (5АРИ), антагонисты мускариновых рецепторов, ингибиторы фосфодиэстеразы (ФДЭ) и b3-агонисты. Также применяется комбинированная терапия: сочетание АБ с холинолитиками или 5АРИ. На сегодня последний вариант многими считается оптимальным.

Еще полтора века назад один из пионеров урологической науки, сэр Генри Томпсон советовал пациентам с гиперплазией простаты умеренную диету без злоупотребления мясом и кофеиносодержащими напитками, а также прогулки и активность на свежем воздухе. Сегодняшние исследования показывают, что корректировка образа жизни и активное наблюдение часто приносят более чем заметные результаты: у 85% мужчин симптоматика остается стабильной в течение 1 года с прогрессивным снижением пропорции больных до 65% через 5 лет. Однако нужно понимать, что наблюдательная тактика не равняется бездействию: здесь также необходима работа врача, к примеру, по составлению планов тренировки мочевого пузыря и т.д.

Даже при выборе метода активного наблюдения комплексное обследование пациента обходится недешево: порядка 340 $ (20 000 рублей) за визиты к врачу, проведение урофлоуметрии, взятие анализов, определение уровня остаточной мочи, выявление показателей креатинина крови и ПСА. Консервативная терапия, однако, обходится еще дороже: по данным исследования Rachael L. et al., расходы на 1000 пациентов при выборе этой тактики в 4 раза превышают затраты при активном наблюдении.

Как отметил профессор, даже пациенты, которым назначена простая корректировка образа жизни, не любят уходить от врача без назначения лекарств. Эту

нишу с успехом заполняют фитопрепараты. Средняя их цена составляет 200–1000 рублей за месяц приема. К гипотетическим механизмам воздействия растительных препаратов относят ингибирование синтеза простагландинов в простате; сокращение в печени продукции глобулина, связывающего половой гормон (SHBG); цитотоксическое влияние на клетки простаты; блокирующее действие на андрогенные рецепторы; ингибицию пролиферации простатического эпителия, индуцированного факторами роста, а также блокаду 5α-редуктазы. Надо отметить, что часть растительных средств признаны международными урологическими рекомендациями: среди них тыквенные семечки, южноафриканская звездная трава, кора африканской сливы, ржаная пыльца, вееролистная пальма и крапива двухдомная.

Как подчеркнул Евгений Семенович, на сегодня рынок не располагает какими-либо принципиально новыми средствами терапии ДГПЖ: так, АБ применяются уже более 40 лет, а 5АРИ – 29 лет. Наибольшими преимуществами среди всех доступных опций обладает комбинация этих двух видов препаратов. Так, раннее назначение комбинированной терапии 5АРИ+АБ снижает риск прогрессии ДГПЖ, вероятность развития острой задержки мочи (ОЗМ) и необходимость оперативного вмешательства у пациентов с PSA >1.5 нг/мл. Таким образом, при раннем назначении комбинированная терапия играет важную клиническую и экономическую роль. Согласно данным большого европейского исследования, пациенты, которые начали принимать комбинированную терапию раньше (спустя 30 дней от начала лечения АБл) в сравнении с теми, кто стал принимать позже (31–180 дней после начала приема АБл) имели значительно более низкие показатели клинической прогрессии (12.8% против 17.4%, соответственно), ОЗМ (10.2% против 13.8%), последующей необходимости хирургического лечения (5% против 7%) и общих медицинских расходов ($572 против $730). При этом стоит заметить, что у группы раннего приема 5АРИ расходы на лекарства были большими, но общие медицинские расходы на лечение оказались меньшими.

Избежать мультифармации

Между тем, самым распространенным видом медикаментозного лечения ДГПЖ в мире остается монотерапия альфа-блокаторами. Назначение комбинированной терапии все еще недостаточно как в России, так и в мире. При этом

годичный рост общего количества препаратов для лечения ДГПЖ в России с 2009 по 2016 годы составил около 4 млн упаковок – это почти двукратное увеличение количества. Преобладание на рынке альфа-блокаторов профессор объясняет их достаточной эффективностью и разнообразием препаратов (от неселективных до суперселективных). Однако, как отмечается в рекомендациях ЕАУ 2017 года, все α1-адреноблокаторы имеют сходную клиническую эффективность при использовании в адекватных дозах. Тем не менее, цена на эти препараты может очень сильно различаться. Причина в уровне их безопасности и степени выраженности побочных эффектов, в частности, эректильной и эякуляторной дисфункции, головной боли, головокружения и нарушений сердечного ритма.

Статистически, до 16% пациентов испытывают на себе побочные реакции разной степени тяжести и до 8% отказываются из-за них от лечения. С точки зрения Евгения Семеновича, по факту эти цифры могут быть значительно выше. Он подчеркнул, что особое внимание при назначении препаратов стоит проявлять у пациентов с артериальной гипертонией и сердечно-сосудистыми проблемами. Согласно данным исследования ALLHAT (1994–2001), в первые дни приема неселективных АБ в 2–3 раза увеличивается общая длительность ишемии миокарда, в 4 раза увеличивается общая площадь ишемии миокарда и в 2 раза – число эпизодов ишемии.

Кроме того, для большинства пожилых пациентов важен фактор мультиморбидности и связанной с ней мультифармации – приема большого количества препаратов одновременно. Взаимодействие этих препаратов также должно учитываться при выборе тактики лечения.

Исследование LUTS-FORTA рассмотрело 16 препаратов из разных групп для лечения СНМП, включая АБл и 5АРИ, впоследствии разделив их по группам безопасности для таких больных. В группу «B» – «полезные при отсутствии противопоказаний» – вошли только финастерид и дутастерид. В группе «C» – «применение с осторожностью» – оказался тамсулозин. При этом альфузозин, доксазозин, силодозин и теразозин были выделены в группу «D» – «избегать назначения». Таким образом, применение большинства препаратов для лечения СНМП в пожилом возрасте проблематично и их следует избегать.

Золотой серединой в плане эффективности и безопасности, с точки зрения Евгения Семеновича, является тамсулозин. Не случайно этот препарат обладает огромным количеством генериков. По предварительным оценкам, общий объем мирового рынка генерических препаратов в 2017 г. достигнет 231 млрд. долларов

США, и даже страны, ранее подчеркивавшие свое негативное отношение к таким лекарственным средствам (например, Швейцария), не могут сопротивляться этой тенденции. Как считает докладчик, противостоять настолько огромному рынку бесполезно – нужно просто грамотно подстраиваться под его условия.

Также хорошим решением, в особенности для пациентов с кардиоваскулярной патологией и при приеме вазоактивных препаратов, является силодозин. Он способен быстро купировать ноктурию и чаще рассматривается как вариант для пожилых мужчин, у которых в силу возраста менее значима эякуляторная дисфункция.

В целом Е.С. Шпиленя не считает снижение объема эякуляции – эффект, обратимый после прекращения приема препарата – достаточным основанием для прекращения терапии, особенно у пациентов с выраженной ноктурией. Однако если избежать расстройства эякуляции крайне важно для мужчины, хорошей опцией является альфузозин. Так, в 2006 году исследователи Hellstrom и Sikka доказали, что при приеме тамсулозина почти 90% пациентов отметили снижение объема эякулята и 35% – анэякуляцию. В тоже время в ответ на прием альфузозина этих явлений не отмечалось.

Однако, как подчеркнул специалист, такое лечение направлено на снижение симптомов, в то время как предстательная железа продолжает расти. Более эффективный, но менее распространенный подход – комбинированная терапия. Одной из причин ее редкого назначения выступают негативные эффекты от приема 5АРИ, среди которых снижение либидо, кардиальные осложнения, эректильная дисфункция и т.д. Кроме того, прием этих препаратов может связываться с развитием рака предстательной железы (РПЖ). В то же время ретроспективное когортное исследование 2015 года с участием 13 892 мужчин с впервые выявленным раком простаты показало, что прием 5АРИ перед установкой диагноза не был ассоциирован с повышением раково-специфичной смертности или общей смертности. Однако это исследование нуждается в повторении, а на практике при любом повышении уровня ПСА после 6 месяцев приема 5АРИ необходимо провести стандартную проверку на наличие рака простаты, – подчеркнул Е.С. Шпиленя.

Снижение расходов на хирургию ДГПЖ

Отдельным вопросом является продолжительность приема 5АРИ. Европейские рекомендации расходятся на этот счет, российские же имеют более четкую

позицию: при нормальной переносимости препараты принимаются пожизненно, чтобы избежать операции.

Согласно результатам недавнего международного исследования, назначение комбинированной терапии значительно снижает расходы на хирургические вмешательства по поводу острой задержки мочи. Из этого следует существенная экономия финансов: по данным итальянских авторов, комбинированная терапия вносит ощутимый вклад в снижение расходов на лечение ДГПЖ, снижая угрозу ОЗМ до 14% и необходимость хирургического лечения на 11%. Всего использование ингибиторов 5АРИ обеспечивает экономию до €24.3 млн ежегодно для крупного госпиталя.

В то же время серьезной проблемой является низкая приверженность пациентов лечению ДГПЖ. Мужчины, получающие комбинированную терапию, прерывают лечение из-за причин, которые требуют тщательного изучения. Отмечается, однако, что прерывание курса лечения при комбинированной терапии случается реже (18%), чем при применении монотерапии финастеридом (24%) или АБл (27%).

В свою очередь, прекращение терапии влияет на частоту развития острой задержки мочи и хирургических вмешательств за 1 год: эти показатели снижаются для каждого дополнительного месяца лечения ДГПЖ, получаемого пациентами.

Сегодня исследования экономической эффективности лечения ДГПЖ показывают, что комбинированная терапия более экономически оправдана у пациентов с ПСА более 3,2 нг/мл , чем у пациентов с 1,3–3,2 нг/мл. Евгений Семенович, однако, подчеркивает, что финансовые исследования и рекомендации, как правило, пишутся с учетом европейской ситуации, где пожилые люди более обеспечены и в меньшей степени вынуждены оплачивать лечение из собственных средств. По этой причине российским врачам стоит подробнее обсуждать с пациентами «денежную» сторону лечения. Так, расходы на 10 лет приема препаратов-генериков более чем в два раза меньше, чем придется отдать за оригиналы – 110520 руб. против 263640. Кроме того, значительно дешевле обходятся генерики тадалафила, применение которого предпочтительно у сексуально активных мужчин старше 45 лет.

Интересны результаты фармакоэкономической оценки назначения 5АРИ, предпринятой в 1999 году: согласно им, 25% стоимости лечения финастеридом может быть «возвращено» за счет избежания оплаты лечения задержки мочи или операции на простате у мужчин, леченных финастеридом, по сравнению с теми, которые находились

под тщательным наблюдением. Таким образом, при оценке затраты/эффективность отмечено, что лечение финастеридом менее дорогое, чем адреноблокаторами, у мужчин с большими размерами простаты или с относительно высоким ПСА.

Побочные явления за деньги

Е.С. Шпиленя отметил, что необходимо предупреждать пациентов не только о стоимости лечения, но и о нежелательных эффектах, в частности, со стороны половой функции. Однако частота их встречаемости варьирует от 1 до 10% при лечении 5АРИ в течение года, и, как подчеркнул врач, обычно эти симптомы со временем облегчаются, а не наоборот. Кроме того, врачи могут переоценивать распространенность сексуальной дисфункции, вызванной препаратами для лечения ДГПЖ, при этом недооценивая распространенность проблем в этой сфере до начала лечения. Более того, эффект «ноцебо» может увеличивать частоту побочных эффектов со стороны половой функции. В 2007 году было предпринято исследование влияния информированности пациентов на сообщения о нежелательных эффектах в течение 1 года наблюдения. Из 120 произвольно отобранных пациентов с ДГПЖ одна часть была информирована о побочных явлениях в сексуальной области, а другая – нет. По результатам, пациенты из первой группы жаловались на эректильные и эякуляторные проблемы, а также снижение либидо гораздо чаще – с примерно трехкратной разницей. Вероятно, немалую роль в этом сыграла заранее приобретенная тревожность.

В конечном итоге перед врачом встает вопрос о том, какой из препаратов 5АРИ выбрать. На сегодня серия исследований по сравнительной оценке клинической и экономической эффективности дутастерида и финастерида в популяции мужчин старше 50 лет с ДГПЖ выявила, что острая задержка мочи и хирургическое лечение реже случались в группе дутастерида. При этом исследование EPICS, результаты которого опубликованы в 2016 году, выявило, что для периода в один года оба препарата обладают одинаковой эффективностью в уменьшении объема простаты, улучшении Qmax и клинической симптоматики. Эффекты от более длительного применения препаратов, впрочем, все еще требуют изучения. Наконец, действующее заключение экспертов ЕАУ показывает, что финастерид и дутастерид обладают одинаковой клинической эффективностью, однако первый из препаратов менее эффективен при большой простате <40 мл. Однако там же отмечается, что финастерид вызывает снижение кровотечений при

операциях. Замечания о безопасности и возможных нежелательных эффектах одинаковы для обоих препаратов.

Также Евгений Семенович напомнил, что в список жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов с 2015 года входят тамсулозин и финастерид. Их активный пациент может получить у государства.

Американская статистика показывает, что стоимость лечения ДГПЖ зависит не только от выбранного метода, но и от возраста пациента: к примеру, более молодым мужчинам проведение трансуретральной резекции простаты обойдется дешевле. Несмотря на это, из 12 млн пациентов с аденомой в США 54,8% получают лекарственную терапию и только 1,1 – хирургическое лечение. Остальные находятся под активным наблюдением или в перерыве между сеансами терапии. Отмечается, что комбинированная терапия ДГПЖ очень затратна в протяженном времени и не так эффективна, как ТУР. В тоже время для пациентов с выраженной симптоматикой и доказанной прогрессией, желающих избежать операции, комбинированная терапия может быть предпочтительна как менее инвазивная. С другой стороны, стоит учитывать, что чем дольше пациент проживет – тем больше сэкономит, прооперировавшись. При выборе метода лечения надо иметь в виду, что наименьшая вероятность прогрессии ДГПЖ наблюдается после ТУР (15.6%). В то же время прогрессия ожидается у 18% пациентов при комбинированной терапии и у трети мужчин, получающих АБ или 5АРИ как монотерапию.

Цена хирургии ДГПЖ

Наибольший интерес врачей-урологов также продолжают вызывать хирургические методы лечения. Так, на XV конгрессе Российского общества урологов в Санкт-Петербурге из 43 публикаций, посвященных вопросам ДГПЖ, 27 касались именно операций на простате. Кроме того, как подчеркнул профессор, чрезпузырная аденомэктомия, которую многие считают операцией «вчерашнего дня» по-прежнему актуальна как наиболее инвазивная, но и наиболее эффективная операция при ДГПЖ. Это возможный выбор для железы более 80 мл, учитывая связанный с методом риск кровотечений и последующего развития недержания мочи. Средняя цена проведения такой операции в Санкт-Петербурге составляет 50–75 тыс. рублей, а максимальная может доходить до 216 тыс. рублей в хорошо оснащенной клинике.

Альтернативой этому методу является лапароскопическая (робот-ассистированная) минимально инвазивная аденомэктомия. Цена операции для Санкт-Петербурга колеблется в пределах 75–120 тыс. рублей. При меньшем объеме простаты – до 30 мл – может рассматриваться трансуретральная электроинцизия предстательной железы. Этот метод предпочтителен при настойчивом желании пациента уменьшить риск развития ретроградной эякуляции, однако недостатком здесь является высокий риск повторных операций. Цена в Петербурге составляет 10–50 тыс. рублей.

Как было озвучено на конгрессе Европейской ассоциации урологов 2016 года, стандартным методом лечения пациентов с размером простаты 30–80 мл и СНМП умеренной и тяжелой степени остается монополярная ТУР. Впрочем, она понемногу вытесняется более современными методиками: так, в 1999 году она выполнялась в 81% от всех случаев инвазивного лечения ДГПЖ, а в 2005 – уже только в 39%. По словам Е.С. Шпилени, этот метод действительно долгое время оправдывал себя, однако не стоит забывать, что у 18% пациентов возникают при монополярной ТУР серьезные осложнения (у 14% – ТУР-синдром), а также кровотечения – 2,9% больных требуют трансфузии. Летальность, согласно ретроспективному анализу, составляет 0,1–0,2%.

Рядом преимуществ обладает биполярная резекция ДГПЖ. Ее ближайшие и среднесрочные результаты сопоставимы с таковыми у монополярной, но в то же время она обладает более высоким профилем безопасности. Однако это относительно новый метод, а потому – дорогостоящий. Средняя цена в Санкт-Петербурге составляет порядка 45 тыс. рублей, но при объеме простаты более 80 мл она может достигать 110 тыс. рублей, а более 150 мл – 140 тыс.

Инновационная технология в хирургии ДГПЖ – плазмакинетическая вапоризация. В основе ее лежит способность электрического поля при достаточной напряженности электромагнитного поля вызвать в растворе электролита образование плазмы – ионизированного газового облака с равным количеством положительных и отрицательных зарядов. Эта операция проводится по квотам на высокотехнологичную медицинскую помощь, поэтому здесь трудно говорить о ценах, однако доктор подчеркнул прогрессирующее удорожание хирургического оборудования.

Кроме того, крайне интересны в клиническом плане лазерные энуклеация и резекция. Сегодня гольмиевый лазер, 532 нм лазер, диодный и тулиевый лазеры являются альтернативой ТУР со сравнимыми ближайшими и отдаленными

результатами операций. Цены варьируются от 70 до 190 тыс. рублей, однако тут ряд пациентов также может воспользоваться квотами на высокотехнологичную медицинскую помощь.

В качестве временного решения, чтобы избавить человека от ношения катетера, могут применяться простатические стенты. Стоят они, впрочем, достаточно дорого: от установкой – от 75 до 145 тыс. рублей. В России эта методика не очень популярна именно из-за своей цены.

Также интересным направлением является простатическая артериальная эмболизация. Согласно десяти имеющимся исследованиям, ее эффективность составляет 75–100%, причем рецидив заболевания крайне редок. Через три – шесть месяцев опухоль активно уменьшается на 25–35%. Цена операции – от 125 тыс. рублей.

К новым, но уже внесенным в реестр международных рекомендаций методикам относится простатический уретральный лифтинг. В российских клиниках он пока не применяется, но уже введен в практику за рубежом. Кроме того, на рынок выпущены два аппарата для аквавапоризации простаты. Данных о цене процедуры пока нет, но Евгений Семенович предположил, что она может оказаться достаточно высокой.

Таким образом, складывается текущий алгоритм хирургического лечения ДГПЖ: при объеме простаты до 30 мл обычно выбираются ТУР и инцизия, от 30 до 80 мл – ТУР, биполярная ТУР и лазерная энуклеация, более 80 мл – простатэктомия, б/п энуклеация, лазерная энуклеация, вапоризация и ТУР, а при высоком операционном риске – лазерные и малоинвазивные технологии.

Сравнительные исследования разных методов лечения ДГПЖ

В порядке фармакоэкономической оценки стоит отметить, что, по подсчетам профессора Тамары Сергеевны Перепановой, при хирургическом лечении ДГПЖ 80% приходится на прямые медицинские затраты. Расходы на нематериальные затраты: дополнительные страдания, связанные с осложнениями лечения – могут достигать 30%. До 70% прямых затрат приходится непосредственно на хирургическое вмешательство, 15% – предоперационное обследование, а 15% – наблюдение и лечение в течение 1 года после операции.

В литературе с 90-х годов растет число серьезных продолжительных сравнительных исследования различных методов лечения аденомы с позиции клинической и экономической эффективности. Так, американская работа 1996 года

рассматривала 3 тыс. 919 пациентов в Массачусетсе. Основным компонентами затрат выступали расходы на госпитализацию (35%), выписку блокатора (29%) и офис–визиты к врачу (19%). Средние затраты в год на пациента, получающего блокатор, составили $1190, а на больного, которому была проведена простатэктомия, – $2630. За счет этого в период исследования с 1991 по 1994 гг. изменился подход к ведению больных с ДГПЖ, уменьшилась оперативная активность, в то время как лечение блокаторами расширилось. Как итог, затраты на госпитализацию уменьшились на 52% со 172 $ до 82 $ на человека в год, а затраты на медикаменты увеличились с 69 $ до 138 $ на человека в год.

Другое исследование, проведенное в 1995 году, оценивало стоимость лечения ДГПЖ оперативным методом (ТУР), финастеридом и теразозином. Установлено, что должно пройти 10 лет, прежде чем частные страховые затраты, связанные с начальным лечением финастеридом превысят те затраты, что связаны с начальной ТУР простаты, а затраты, связанные с начальным лечением адреноблокатором, превысят те, что связаны с первоначальной ТУР простаты, через 15 лет.

Тем не менее, согласно другим исследованиям, наибольшая частота неудач наблюдается при лекарственной терапии – до 30%, а при хирургических вмешательствах процент неэффективного результата снижается до 10%. По этой причине стоит иметь в виду, что лекарственная терапия, первоначально более дешевая, чем операция, может привести к увеличению стоимости лечения при ее неэффективности и необходимости оперативного лечения.

Фармакоэкономический анализ оперативного и медикаментозного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы, предпринятый профессором Тамарой Сергеевной Перепановой и коллегами в 2005 году, определял стоимость и результат каждого из трех видов лечения (чрезпузырная аденомэктомия, ТУР простаты, фармакотерапия АБ). Время для определения клинического эффекта лечения составляло 12 месяцев от начала терапии с перспективой расчета на 5 лет предстоящей жизни. В итоге, при сравнительно равной клинической эффективности лечения экономия затрат при медикаментозной терапии 1095 пациентов, по сравнению с затратами на оперативное лечение 1095 больных, в течение первого года лечения равнялась 25078156 руб. При расчете на 5 ближайших лет экономия составила 7069284 руб.

Как итог, с точки зрения Евгения Семеновича Шпилени, можно заметить, что медикаментозное лечение более экономично по сравнению с ТУР, но только в

период до 2–4 лет. В свою очередь, проведение ТУР более экономично для больших сроков из-за прогрессии ежегодных расходов на препараты. Что касается минимально инвазивных процедур, в короткий период наблюдения они экономичнее ТУР, но клинически не эффективнее. Двадцатилетний анализ различных методик лечения показывает, что для 5 лет цена лечения при выборе ТУР или микроволновой терапии более высокая, чем комбинированное лечение. При дальнейшем сроке комбинированной терапии (13 лет) этот вид лечения становится самым дорогим.

Отдельно Евгений Семенович подчеркнул, что при выборе тактики лечения у пациента, как правило, бывает время, чтобы подумать. Хирургические вмешательства обычно назначаются в плановом порядке, и мужчина, получающий во время подготовки к ним медикаментозную терапию, может почувствовать достаточное улучшение, чтобы вообще отказаться от операции. Бывают, однако, и обратные случаи, когда пациентам, которым были назначены лекарства, в итоге все же требуется вмешательство из-за отсутствия нужного эффекта. Профессор напомнил, что средства, к примеру, потраченные на финастерид, нельзя считать потерянными напрасно даже в случае назначения операции: на фоне приема этого препарата снижается риск кровотечения в ходе хирургических процедур.

Выводы

В завершение своего подробного доклада Евгений Семенович коснулся темы финансовой обеспеченности самих российских урологов. По состоянию на 10 марта 2017 в России открыто 584 вакансий по профессии «уролог», при этом для 38.9% из них работодатели указали заработную плату в размере 7500–26000 рублей, для 29.6% – от 26000 до 44500 рублей, и для 24.3% зарплата составила 44500–63000 рублей. По статистике, собранной в 2017 году в крупных городах России, средняя зарплата специалиста-уролога составила 28250 рублей с минимальным порогом в 13000 и максимальным – в 150000 рублей. В частных клиниках при этом ситуация обстоит несколько лучше, чем в бюджетных медицинских учреждениях. Для сравнения, стартовая заработная плата дипломированного уролога в США составляет $14500 (порядка 870000 рублей по текущему валютному курсу). ■

Материал подготовлен Ю.Г. Болдыревой,
специальным корреспондентом Дайджеста урологии

Межрегиональная общественная организация

www.forumurology.ru

Интернет форум урологов

Азооспермия: есть ли решения?

М.Н. Коршунов
К.м.н., врач уролог-андролог, доцент кафедры урологии ФГБУ ДПО «ЦГМА» Управления делами Президента РФ

Новый проект «Час с ведущим урологом» набирает силу – уже проведено около 20 мероприятий на самые разные темы урологии. Одним из приглашенных спикеров стал Максим Николаевич Коршунов, кандидат медицинских наук, врач уролог-андролог, доцент кафедры урологии ФГБУ ДПО «ЦГМА» Управления делами Президента РФ. В беседе с руководителем проекта Викторией Анатольевной Шадеркиной Максим Николаевич подробно раскрыл тему лечения мужского бесплодия, в частности, азооспермии, предоставив множество уникальных, еще нигде не озвучивавшихся данных.

Максим Николаевич, почему тема азооспермии так интересует урологов и андрологов?

М.Н. Коршунов: Азооспермия (отсутствие сперматозоидов в эякуляте) — это тяжелая форма мужского бесплодия, которая имеет относительно невысокую распространенность, однако требует точного понимания вызывающих ее причин и соответствующего выстраивания лечебной стратегии. Интерес со стороны специалистов, думаю, можно объяснить профессиональной мотивацией врачей – найти истину, источник заболевания, понять механизм его развития. В конечном итоге – помочь своему пациенту.

Каковы причины азооспермии?

М.Н. Коршунов: В числе патогенетических процессов, которые могут приводить к азооспермии, выделяют нарушения деления и пролиферации гамет в яичках, а также эвакуации сперматозоидов по семявыносящим путям.

В целом процесс гаметогенеза является крайне сложным и делится на несколько этапов. Первый — митотическое размножение мужских половых клеток. Второй – мейоз, представленный двумя мейотическими делениями: редукционное и эквационное. Третий этап — спермиогенез – постмейотические цитологические преобразования гаплоидной клетки-сперматиды, приводящий к формированию сперматозоида.

Если говорить о секреторной азооспермии, когда нарушается функция яичек, проблема может наблюдаться как на начальной фазе – уровне стволовых клеток – сперматогоний, так и на поздних стадиях – мейотического деления. Когда процессы внутри яичка не нарушены, но сперматозоиды в эякуляте отсутствуют, должны подозреваться окклюзивные формы азооспермии.

На каких исследованиях должен основываться диагноз?

М.Н. Коршунов: Классически выделяют необструктивную (секреторную) и обструктивную формы азооспермии, однако нередко за помощью обращаются пациенты с заболеванием смешанного генеза. Важно, что диагноз «азооспермия» не может ставиться с опорой только лишь на однократный анализ спермограммы. Алгоритм обследования включает в себя, как минимум, два таких теста. Тщательный сбор анамнеза дает нам полезную информацию и посыл к дальнейшим диагностическим процедурам. Физикальный осмотр с оценкой развития вторичных половых признаков, пальпация органов мошонки является обязательной манипуляцией. Лабораторные и инструментальные исследования включают гормональный профиль (уровни лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), тестостерона, ингибина В, гормонов щитовидной железы, пролактина), УЗДГ органов мошонки и почек, ТРУЗИ, а также генетический скрининг (кариотип, AZF-фактор, мутации гена муковисцидоза — CFTR). Необходимость в каждом из этих тестов зависит от конкретного клинического случая.

Какие нозологические формы азооспермии выделяют?

М.Н. Коршунов: Что касается нозологических форм азооспермии, здесь можно использовать классификацию мужского бесплодия, принадлежащая

Stephen F. Shaban. Причины, ведущие к отсутствию сперматозоидов в эякуляте, могут крыться на уровне головного мозга и ряда других органов (претестикулярное форма), яичек (тестикулярная), либо препятствий, мешающих выводу произведенных в яичках сперматозоидов (субтестикулярная).

При претестикулярной форме азооспермии нарушения функции гипоталамо-гипофизарной системы приводит к дефициту выработки гонадотропинов, формируется гипогонадотропное состояние. При этом происходит нарушение гаметогенеза и эндокринной функции яичек. Причинами могут быть врожденные заболевания, такие как синдромы Каллмана и Прадера — Вилли; приобретенные заболевания гипофиза и гипоталамуса (опухоли, травмы, инфекционные поражения, синдром «пустого» турецкого седла); нарушения функции щитовидной железы и надпочечников, гиперпролактинемия; может присутствовать и ятрогенная этиология (использование препаратов тестостерона и стероидов). Также возможен идиопатический вариант.

При гипогонадотропной азооспермии стоит обращать внимание на низкие значения ФСГ, ЛГ и тестостерона. Яички в этом случае имеют уменьшенные либо нормальные размеры. Возможен клинический или субклинический гипогонадизм.

Одной из причин азооспермии является синдром Каллмана. Можно ли помочь этим пациентам?

М.Н. Коршунов: Синдром Каллмана, являющийся одной из возможных причин состояния, представляет собой врожденный дефект развития гипоталамуса по Х-сцепленному рецессивному типу со снижением продукции гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ), ЛГ и ФСГ. При этом кариотип оказывается нормальным — 46XY. Как правило, у таких мужчин серьезно страдает обоняние, вплоть до полной утраты обонятельных ощущений. Также возникают нарушения цветовосприятия, может наблюдаться евнухоидизм. Однако у пациентов с таким синдромом фертильность может быть восстановлена при назначении заместительной гормонотерапии препаратами хорионического, менопаузального или рекомбинантного гонадотропинов. Также может применяться пульс-терапия ГнРГ. В любом случае пациент должен быть настроен на длительный курс лечения. В случае появления сперматозоидов рекомендуется криоконсервация эякулята: не-

возможно постоянно держать таких пациентов на гонадотропных препаратах. Терапия тестостероном не может назначаться, если пациент планирует в ближайшее время отцовство. При наступлении беременности можно вернуться или приступить к заместительной гормональной терапии андрогенами.

Какая из форм азооспермии считается наиболее неблагоприятной?

М.Н. Коршунов: Наиболее неблагоприятной в прогностическом отношении азооспермия вследствие тестикулярной недостаточности. Это синдромы гипергонадотропного гипогонадизм или изолированные нарушения герминативной функции яичек. Выделяют врожденный гипогонадизм (дисгенезия гонад и генетические аномалии) и приобретенный — следствие травм, хирургических пособий, интоксикаций, применение цитотоксической и лучевой терапии, приема анаболиков. Тяжелые системные и инфекционные заболевания, несвоевременно скорректированный 2-сторонний крипторхизм, перекрут яичек, опухоли и варикоцеле также нередко становятся причиной азооспермии. Но, к сожалению, в ряде случаев нам не удается выяснить причину тяжелых нарушений сперматогенеза. Предполагается, что она кроется в генах, к сожалению, еще не изученных на сегодняшний день.

С какими еще причинами азооспермии приходится сталкиваться урологу?

М.Н. Коршунов: Нередко приходится иметь дело, например, с синдромом Клайнфельтера – генетически-детерминированный гипергонадотропный гипогонадизм. Он встречается в среднем у одного из 600–1000 пациентов. При кариотипировании выделяются типы 47ХХУ, ХХХУ, ХХУУ или мозаицизм ХУ/ХХУ. Отклонение проявляется в период полового созревания и характеризуется дефицитом развития вторичных половых признаков, гинекомастией, евнухоидным телосложением. Нередко наблюдается умеренная задержка интеллектуального развития. В ряде случаев предварительная терапия тестостероном позволяет компенсировать состояние таких пациентов, поэтому особенно важно их выявление, в том числе, на педиатрических осмотрах. При синдроме Клайнфельтера яички гипоплазированы, наблюдаются высокие значения ФСГ и ЛГ, а такое низкий уровень тестостерона, субклинический и клинический гипогонадизм.

Также может встречаться правильное телосложение с развитыми вторичными половыми признаками, а единственными симптомами являются бесплодие, снижение либидо и эректильная дисфункция. Нужно сказать, что у таких пациентов существуют шансы на отцовство, однако имеется риск рождения детей с теми или иными отклонениями, либо генетические потери беременности. По этой причине рекомендуется выполнять преимплантационную диагностику эмбриона. Назначение препаратов тестостерона таким пациентам ассоциируется с низким шансом на хирургическое получение сперматозоидов (методом TESE/microTESE testicular sperm extraction). Предоперационная терапия ингибиторами ароматазы (летрозол, анастразол) повышает уровень эндогенного тестостерона, что может, в свою очередь, увеличить эффективность биопсийных процедур.

Другой наблюдаемой проблемой является AZF-фактор. Как известно, на коротком плече хромосомы Yp11 локализован ген SRY (Sex-determining RegionY), определяющий пол ребенка. Ген, контролирующий гаметогенез, расположен в эухроматиновой части длинного плеча хромосомы Y и называется фактором азооспермии. У пациентов с микроделециями локусов выявляются глубокие нарушения сперматогенеза. В зависимости от потери определенного участка, выделяют AZFa-, AZFb- и AZFc-факторы.

Частота встречаемости AZF-фактора при азооспермии составляет 8–12%, а при олигоспермии — порядка 7%. При этом в 65–70% случаев обнаруживается патология AZF-c. По словам доктора Коршунова, это хорошо с той точки зрения, что при выявлении полных делеций AZFa или AZFb не рекомендуется выполнять m-TESE, так как вероятность нахождения сперматозоидов близка к нулю . При наличии AZFc возможно лечение методом ИКСИ (ICSI, IntraCytoplasmic Sperm Injection) с использованием эякуляторных или тестикулярных сперматозоидов. Важно помнить, что при рождении мальчика с помощью ВРТ — вспомогательных репродуктивных технологий — он унаследует патологию, зачастую в более выраженной форме.

Следующая проблема — синдром дель Кастильо, впервые описанный в 1947 году у бесплодных мужчин с азооспермией, нормальным мужским фенотипом и кариотипом, а также сохранной половой функцией. Это врожденная форма, которая характеризуется ранней атрофией герминативного эпителия. Предполагается связь с повреждением AZFa-локуса длинного плеча У-хромосомы. Синдром включает азооспермию и изолированный высокий уровень фолликулостимулирующего гормона, при кариотипировании определяется тип 46XY. Гистологическая картина характе-

ЧАС С ВЕДУЩИМ УРОЛОГОМ

ЧАС
С ВЕДУЩИМ УРОЛОГОМ

Online-трансляция на сайте Uro.TV

Уникальная возможность задать вопрос в ПРЯМОМ ЭФИРЕ

Все темы урологии, андрологии, онкологии и других субспециальностей.

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

Спросите то, что вас давно интересует!

ризуется полной аплазией сперматогенного эпителия и уменьшенные в диаметре семенные канальцы содержат только поддерживающие клетки Сертоли.

В каких случаях азооспермия вызывается арестом созревания сперматозоидов?

М.Н. Коршунов: Блокада сперматогенеза, или арест созревания, представляет собой гистопатологический феномен полиэтологической природы. Сперматогенез может быть заблокирован на уровне сперматогоний, первичных и вторичных сперматозоидов или округлых сперматид (говорят, соответственно, о раннем или позднем аресте созревания). Отклонение обнаруживается при исследовании биопсийного материала яичек. Процесс может иметь локальный или диффузный характер, бывает одно- или двусторонним. К клиническим особенностям относятся повышенные или нормальные значения ФСГ, нормальный или гипоплазированный размер яичек. Анамнез пациента может быть не отягощенным, однако в группу риска входят мужчины с крипторхизмом. Здесь важно провести дифференциальный диагноз с обструктивными формами.

Как правило, двусторонний диффузный процесс ассоциирован с низкой эффективностью даже такой методики, как micro-TESE, однако поздний арест созревания чаще позволяет рассчитывать на эффективность биопсии. Что интересно, у мужчин с нормальным объемом яичек и ФСГ реже выявляются сперматозоиды в сравнении с гипергонадотропными.

Находятся ли в группе риска по азооспермии пациенты с онкологическими заболеваниями яичек? На что в этом случае надо обратить внимание?

М.Н. Коршунов: Да, несомненно. Нередко в возрасте, когда мужчина обращает внимание на отсутствие детей в браке, выявляются злокачественные заболевания яичек. Чаще всего опухоли обнаруживаются у пациентов 25–40 лет. В группе риска, опять же, находятся мужчины с крипторхизмом, который не только приводит к бесплодию, но и увеличивает риск развития рака.

При сборе анамнеза у пациентов с опухолями необходимо учитывать опыт лучевой терапии – дозы облучения и фокус экспозиции – в зависимости от этого мы можем выстраивать прогноз и шансы на отцовство. Так, при дозах до 0,15 Гр отклонений в

сперматогенезе обычно не выявляется, от 0,15 до 0,5 — может присутствовать временная олигоспермия, от 0,6 до 2,0 — обратимая азооспермия, более 2,5 — как правило, постоянная азооспермия, а при дозе 8 Гр постоянная азооспермия фиксируется в 85% наблюдений. Так же внимательно следует отнестись к химиотерапии: практически все антинеопластические вещества (хлорамбуцил, циклофосфамид, прокарбазин, мелфалан, цисплатин и другие) способны вызывать длительную азооспермию. У пациентов, перенесших высокие химические нагрузки, азооспермия, как правило, необратима.

Во всех случаях важным моментом является предварительная криоконсервация эякулята.

Можно ли рассматривать варикоцеле, как одну из причин азооспермии?

М.Н. Коршунов: Исследования показывают, что варикоцеле может вызывать азооспермию, однако, эта патология не занимает ведущего места среди этиологических факторов. Есть ряд работ, которые демонстрируют, что проведение варикоцелэктомии позволяет добиться положительных результатов в плане получения сперматозоидов, как в эякуляте, так и путем биопсийных манипуляций. Здесь речь идет о клинической форме варикоцеле, хотя в последнее время появляются зарубежные наблюдения, свидетельствующие о том, что и субклиническое варикоцеле также может являться причиной нарушений сперматогенеза.

Известно, что обструктивная азооспермия может встречаться при муковисцидозе. С чем это связано и как лечить таких пациентов?

М.Н. Коршунов: Действительно, у 1–2% мужчин с бесплодием наблюдается врожденное отсутствие семявыносящего протока вследствие муковисцидоза. Причиной заболевания являются мутации гена белка CFTR (cystic fibrosis transmembrane regulator) — трансмембранного регулятора муковисцидоза. Аплазия семявыносящего протока происходит вследствие врожденных аномалий Вольфова протока.

Более чем у 95% мужчин с мутациями гена CFTR находят обструктивную азооспермию, при этом у большинства имеется двусторонняя непроходимость проксимального отдела семявыносящего протока. Семенные пузырьки при этом аплазированы или гипоплазированы, с окклюзией и кистозной дегенерацией, характерны гипоспермия и высокая плотность эякулята. Нет необходимости выполнять этим мужчинам

ревизию органов мошонки. Методы лечения в таких случаях – TESA (testicular sperm aspiration), MESA (microsurgical epididymal sperm aspiration), TESE, ЭКО и ИКСИ. Нужно помнить, что женщине также следует рекомендовать генетическое тестирование. Если и она является рецессивным носителем муковисцидоза, высок риск рождения ребенка с клиническим муковисцидозом, а это очень тяжелое заболевание.

Может ли возникать азооспермия у мужчин, которые уже имеют детей?

М.Н. Коршунов: Да, может. Например, такая ситуация может встречаться при синдроме Юнга. Отличительный признак синдрома — бесплодие в сочетании с поражением синусов и бронхов. Характерно отсутствие структурных аномалий семявыносящих путей, объем эякулята и содержание в нем фруктозы остаются в норме. Гистологическая картина характеризуется закупоркой канальцев придатков яичек густым и плотным секретом в виде аморфных масс с сохранением сперматогенеза. Среди методов лечения — только работа с тестикулярными сперматозоидами.

В ряде случаев встречается дистальная обструкция: к обструктивной азооспермии приводят Мюллерова киста и киста урогенитального синуса. Кистозные образования вызывают латеральную окклюзию эякуляторных протоков, или же эмиссия спермы происходит непосредственно в кисту. Методы лечения здесь — TURED (transurethral resection of ejaculatory ducts), TESA, MESA и ВРТ.

Также подобная ситуация может возникнуть вследствие острого или хронического воспаления семенных пузырьков – может развиться обструктивный везикулит, приводящий к их полной непроходимости. Проявляется он в виде постепенного снижения объема эякулята и концентрации сперматозоидов вплоть до олиго- и азооспермии. Диагностическую ценность в таких случаях имеет пункция семенных пузырьков с аспирацией их содержимого. Полученные при биопсии сперматозоиды (PESA, MESA, TESA) можно использовать в процедурах ИКСИ.

Кроме того, у пациентов может наблюдаться поствоспалительная обструкция верхних семявыносящих путей. Часто осложняется рубцеванием ткани двусторонний эпидидимит, что приводит к сужению или полной облитерации придатка. Нередким этиологическим фактором выступают гонорея или хламидиоз (возбудители — Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis). Наиболее неблагоприятной является локализация воспалительного процесса в области хвоста придатка, так как сохранность его проходимости после перенесенного воспаления

крайне невысока. Следствием хронизации процесса обычно является обструктивная азоо- или криптозооспермия.

Также обструкция может являться следствием хирургического вмешательства, например, по поводу гидроцеле или герниопластика.

Какие существуют методы лечения вторичной обструкции?

М.Н. Коршунов: Для лечения вторичной обструкции предпринимается ревизия мошонки с аспирацией сперматозоидов из придатка или самого яичка, дальнейшая криоконсервация материала и, при возможности, микрохирургическая реконструкция семявыносящих путей. Эффективность данной процедуры по разным данным составляет 25–40% и, напрямую зависит от мастерства хирурга. Хороших результатов в программе ЭКО/ИКСИ (порядка 81%) позволяет добиться биопсия придатка или яичка (MESA, PESA (percutaneous epididymal sperm aspiration), TESE).

Отдельная категория пациентов — мужчины, прошедшие вазорезекцию с целью контрацепции; этот метод получил большую популярность за рубежом, чем в России. Тем не менее, Австралийское интервьюирование показало, что около 9% стерилизованных таким образом мужчин со временем решают восстановить свою фертильность. Многие с этой целью приезжают из-за границы в РФ. В таких случаях важно помнить, что чем больше проходит времени после вазотомии, тем хуже результаты лечения. Согласно исследованию Beckler et al. (N=1469), касавшегося прогнозов реконструктивной вазостомии, по прошествии менее 3 лет после вазэктомии можно добиться восстановления сперматогенеза в 97% случаев, а частота наступления беременности составляет около 76%. Если прошло 3–8 лет, восстановление сперматогенеза наблюдается в 88% случаев, а беременность — в 53%. От 9 до 14 лет — 79% и 44% соответственно. И, наконец, если после вазэктомии прошло 15 и более лет — 71% и 30%. Кроме того, через 5 лет после наступления обструкции формируется антиспермальный иммунитет, и этот аутоиммунный фактор не всегда удается преодолеть.

Считаете ли Вы полезным готовить пациентов к биопсийным пособиям? Возьмем, к примеру, обструктивные формы.

М.Н. Коршунов: Это очень интересный вопрос. Наш опыт, который мы продемонстрировали на съезде РОУ в Уфе, показывает, что назначение антиоксидантов

за 1,5 – 2 месяца перед биопсийной процедурой позволяет улучшить качество получаемых сперматозоидов и, соответственно, повысить эффективность процедур вспомогательных репродуктивных технологий. Однозначно – да! Хочу отметить, что мы должны помнить, что гормональная подготовка должна проводиться четко по показаниям, в противном случае мы рискуем навредить пациенту.

Появились ли в арсенале уролога новые препараты для лечения нарушений сперматогенеза и доказана ли их эффективность?

К счастью, арсенал препаратов пополняется. У нас есть возможность экспериментировать во благо наших пациентов. В последнее время при нарушениях сперматогенеза, в особенности идиопатического характера, в качестве терапевтического средства мы назначаем биофлавоноиды. Они демонстрируют высоких профиль безопасности. Позволю себе привести результаты наших наблюдений по назначению биофлавоноида Фомидан Плюс у 65 мужчин с первичным и вторичным бесплодием. Средний возраст пациентов составил около 37 лет (от 26 до 50). Основные параметры по данным спермиологического исследования (концентрация, подвижность, морфология) различались в группе наблюдаемых — от астенотератозоо- до тяжелой олигоастенотератозооспермии.

Из всего числа пациентов 45 мужчин (69,2 %) получали медикаментозную подготовку для последующего лечения бесплодного брака методом ЭКО/ИКСИ в связи с тяжелыми нарушениями сперматогенеза. Динамика показателей спермограммы и реакции оксидативного стресса эякулята (РОС) оценивались через 8 недель после терапии Фомиданом Плюс в высокой терапевтической дозе по 2 капсулы два раза в день. По результатам отмечены увеличение среднего объема эякулята, рост концентрации сперматозоидов и среднего процента подвижных сперматозоидов категории (a+b), повышение процента морфологически нормальных форм по критериям Крюгера. Показатели РОС при этом, напротив, регрессировали. Нужно отметить, что относительно подвижности, морфологии и РОС изменения носили достоверный характер. Также была отмечена достоверная отрицательная корреляция между параметрами спермограммы и РОС спермы. По итогам лечения у 30 мужчин (46,1%) показатели эякулята были признаны пригодными для использования в процедуре ИКСИ. В процессе лечения Фомиданом Плюс не было зарегистрировано побочных эффектов.

Несмотря на то, что тематика нашей беседы является азооспермия, и мы редко

рассчитываем на появление сперматозоидов в эякуляте путем назначения БАДов. Тем не менее можно провести параллель терапевтического эффекта данной группы препаратов на сперматогенез в том числе в формате подготовки мужчин к биопсийным манипуляциям.. Кстати, это также может улучшить криотолерантность получаемого материала, что немаловажно.

Считаете ли Вы, что перед принятием решения о любом агрессивном вмешательстве необходимо многократно взвесить все «за» и «против»?

М.Н. Коршунов: Несомненно, это самый важный постулат! И в этом пациенту должны помочь мы – урологи и андрологи.

Спасибо за интервью!

Материал подготовила В.А. Шадеркина
Уролог, научный редактор Uroweb.ru

Аудиокниги по урологии на Uroweb.ru!

UroWeb продолжает публиковать для вас профессиональные материалы в удобном формате. Мы понимаем, что, имея плотный график работы, тяжело находить время для обучения и просмотра лекций.

Формат аудиокниги может быть удобен при перемещении в транспорте, занятиях спортом и в других ситуациях, когда нет возможности сидеть перед монитором.

Мы публикуем для вас все выпуски проекта «Час с ведущим урологом» и конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии 2017» в формате аудиокниг. Все выпуски доступны для скачивания в специальном разделе.

Следите за анонсами на UroWeb.ru, будет много интересного!

Курсы дистанционного образования на UroEdu.ru в 2017 году

В век цифровых технологий очень трудно уследить за всеми новинками и возможностями, которые предоставляет нам Интернет. Проект УроВеб старается создавать самые прогрессивные и полезные сервисы для врачей-урологов. Но Уровеб - это не только новостной портал, это комплексная образовательная площадка для наших коллег!

Портал дистанционного образования для урологов
UROEDU

Когда-то не так давно стало ясно, что новостей урологии уже мало для искушенного уролога, а черпать образовательную информацию, особенно в больших объемах, неоткуда. Так и родился уникальный образовательный проект **UroEdu.ru**.

В рамках образовательного проекта UroEdu.ru пользователям предоставляется возможность дистанционно участвовать в образовательных курсах, посвященных урологической тематике.

В проекте представлены платные и бесплатные образовательные курсы. По результатам прохождения платного курса выдается удостоверение установленного образца. Каждый курс включает тематические лекции, записанные ведущими российскими и зарубежными специалистами в области урологии. После каждой лекции все слушатели курсов проходят тестирование, по результатам которого оценивается уровень полученных знаний.

За последние 1-2 года курсов стало действительно больше, также мы стараемся выбирать наиболее интересные темы и подбирать удобный формат для обучения!

ПЛАН
Всероссийского курса дистанционного образования по мануальным навыкам уролога
Курс доступен!

I Блок. Диагностика урологических заболеваний

1. Уретроскопия. Показания, техника выполнения, осложнения
   Представляет: Мартов Алексей Георгиевич
2. Цистоскопия. Показания, техника выполнения, осложнения
   Представляет: Мартов Алексей Георгиевич
3. Экспресс анализ мочи при скрининге, на приеме, на вызове и в домашних условиях
   Представляет: Шадеркин Игорь Аркадьевич
4. Двух и трехстаканная проба мочи на приеме уролога – новый взгляд через призму
   современных технологий
   Представляет: Кузнецова Наталья Николаевна
5. Правила и техника взятия секрета предстательной железы. Массаж простаты
   Представляет: Рыжков Алексей Игоревич
6. Урофлоуметрия – в лечебном учреждении и в домашних условиях.
   Экспресс-интерпретация результатов
   Представляет: Салюков Роман Вячеславович
7. УЗИ при скрининге, на приеме, на вызове и в домашних условиях
   Представляет: Шадеркин Игорь Аркадьевич
8. УЗИ полового члена с допплерографией.
   Методика и интерпретация результатов
   Представляет: Ника Джумберович Ахвледиани, Дмитрий Николаевич Фиев
9. УЗИ мочеполовой системы
   Представляет: Игнашин Николай Семенович
10. Спермограмма. Современная интерпретация.
    Представляет: Гамидов Сафар Исраилович, Киселева Юлия Юрьевна

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

II Блок. Дренирование мочевых путей

1. Катетеризация мочевого пузыря, уход за уретральным катетером, интермиттирующая катетеризация
   Представляет: Ергаков Дмитрий Валентинович
2. ОЗМ. Установка пункционной цистостомы.
   Представляет: Ергаков Дмитрий Валентинович
3. Замена надлобкового дренажа
   Представляет: Ергаков Дмитрий Валентинович
4. Катетеризация мочеточника
   Представляет: Ергаков Дмитрий Валентинович
5. Технические средства реабилитации при нарушении функции выделения. Периодическая катетеризация
   Представляет: Галина Евгеньевна Тищенко
6. Правила выписки и получения средств индивидуальной реабилитации при нейрогенной дисфункции мочеиспускания в Российской Федерации
   Представляет: Галина Евгеньевна Тищенко

III Блок. Малые хирургические вмешательства

1. Циркумцизио
2. Пластика короткой уздечки полового члена
3. Удаление кондилом, перламутровых папул
4. Варикоцеле
5. Инородные тела мочевых путей. Олеогранулемы
6. Уход за нефростомой
7. Спорные вопросы урологии:

- Туширование семенного бугорка
- Блокады при эпидидимите
- Уретральный катетер или эпицистостома?
- Бужирование уретры

Курс уже доступен на UroEdu.ru, нужна регистрация на ресурсе!

ПЛАН курса дистанционного образования по мочекаменной болезни

Начало курса 15.09.2017

	ВВЕДЕНИЕ
1	Мочекаменная болезнь в XXI веке
2	Мочекаменная болезнь: современные представления о заболевании
3	Мочекаменная болезнь в историческом процессе • МКБ и характер питания • подходы к лечению • исторические личности с МКБ
	ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, СТАТИСТИКА, ЭКОНОМИКА в МКБ
4	Эпидемиология мочекаменной болезни • распространенность МКБ в РФ: эндемичные районы • заболеваемость в мире: Ближний Восток и Аравийский полуостров, как самые эндемичные районы в мире
5	Экономические аспекты МКБ
	ЭТИОЛОГИЯ МКБ
6	Факторы риска МКБ
7	Полиэтиологичность МКБ современное представление • эндогенные факторы • экзогенные факторы
8	Пищевые пристрастия как этиологический фактор МКБ
	ПАТОГЕНЕЗ МКБ
9	Патогенез МКБ. Теории камнеобразования • теория преципитации и кристаллизации • ингибиторная теория • матричная теория
10	Патогенез мочекаменной болезни, что нового?
11	Генетические нарушения при МКБ
12	Основные химические компоненты мочевых камней, методы анализа их состава и структуры • кальций оксалатные камни • кальций фосфатные камни • уратные конкременты • белковые камни • смешанные конкременты. Процентное соотношение
13	Метаболизм кальция в организме человека. Роль паратиреоидного гормона и витамина D в процессе камнеобразования. • механизмы всасывания кальция в кишечнике • экскреция кальция с мочой и калом • влияние витамина D и кальцитриола на абсорбцию кальция в ЖКТ

14	Метаболизм основных камнеобразующих веществ в организме: оксалаты, фосфор, мочевая кислота. • абсорбции в кишечнике • экскреция с мочой и калом
15	Метаболизм известных ингибиторов камнеобразования: магний и цитраты. • абсорбция в кишечнике • экскреция с мочой и калом
16	Метаболические литогенные нарушения как основной фактор образования мочевых камней • основные нарушения, процент от общего числа нарушений. • частота встречаемости нарушений у пациентов с уролитиазом
17	Гиперкальциурия как основной тип метаболических литогенных нарушений. • абсорбтивная гиперкальциурия (типы I, II, III) • ренальная гиперкальциурия • резорбтивная гиперкальциурия
18	Гипероксалурия как один из важнейших факторов камнеобразования • первичная гипероксалурия • кишечная гипероксалурия • пищевая гипероксалурия • идиопатическая гипероксалурия
19	Нарушение метаболизма мочевой кислоты в организме человека: гиперурикоземия, гиперурикозурия Сопутствующие заболевания, при которых повышается уровень мочевой кислоты в крови и моче, патогенез нарушения, мутации генов, приводящие к данным нарушениям, варианты диетотерапии и медикаментозного лечения
20	Почечный канальциевый ацидоз • I, II, IV типы ПКА, • эпидемиология • патогенез нарушения • принципы терапии
21	Роль макромолекул мочи в процессе камнеобразования • белок Тамма-Хорсфалла • гликозамингликаны • остеопонтин • нефрокальцин • бикунин • протромбиновый фрагмент I
22	Роль инфекции в камнеобразовании. «Инфекционные камни»
23	Роль метаболического синдрома в развитии мочекаменной болезни
	ДИАГНОСТИКА МКБ
24	Основные методы диагностики, применяемые для диагностики конкрементов мочевыводящих путей • клинический анализ крови и мочи • биохимический анализ крови и мочи • УЗИ почек, мочевого пузыря • рентгенография (обзорная, экскреторная, ретроградная, антеградная), • МСКТ (натив и с болюсным контрастированием) • виды контрастных веществ, применяемых при рентгеновском исследовании

Издательский дом «УроМедиа»

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

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ
УРОЛОГИЯ
ECUro.ru

www.ecuro.ru

Включен в обновленный список ВАК от 07.12.2015

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

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

Абстракты на английском языке в печатной версии журнала.

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

© ECUro.ru — официальный сайт журнала "Экспериментальная и клиническая урология", 2009-2016 г
111020 Москва, ул. Боровая, влад. 18, каб. 104

25	УЗИ пациентам с МКБ
26	Дифференциация камня мочевыводящих путей
27	Скрининг МКБ: возможности и перспективы
28	Анализ метаболических нарушений при МКБ
	ЛЕЧЕНИЕ МКБ. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ
29	Подходы к лечению мочекаменной болезни: консервативная терапия vs хирургическое лечение. • показания к консервативной терапии при МКБ (камень чашечки почки, почечная колика) • тактика консервативного лечения • показания к хирургическому лечению
	ЛЕЧЕНИЕ МКБ. КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ
30	Литокинетическая терапия МКБ
31	Литолитическая терапия МКБ
	ЛЕЧЕНИЕ МКБ. ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ
32	Показания и противопоказания к экстренному дренированию верхних мочевых путей при мочекаменной болезни. Тактика хирургического лечения. • установка внутреннего, наружного стента, мочеточниковго катетера • ЧПНС • возможные осложнения
33	Дистанционная ударно-волновая литотрипсия. Показания. Противопоказания. Методика лечения.
34	Дистанционная ударно-волновая литотрипсия у детей
35	Контактная литотрипсия. Показания. Противопоказания. Методика применения.
36	Перкутанная нефролитотрипсия. Показания. Противопоказания. Методика применения. (стандартный перк)
37	Ретроградная интраренальная хирургия. Показания. Противопоказания. Методика применения
38	Пункция при перкутанном доступе: техника
39	Миниперкутанная нефролитолапаксия. Показания. Методика применения.
40	Ультраминиперкутанная нефролитолапаксия. Показания. Методика применения
41	Микроперкутанная нефролитолапаксия. Показания. Методика применения.
42	Литоэкстракция во время эндоурологических вмешательств при МКБ
43	Перкутанная хирургия у детей.
44	Хирургическое лечение МКБ при аномалиях развития мочеполовой системы
45	Fast-track в мочекаменной болезни: ускоряем время
46	Открытые и лапароскопические оперативные вмешательства, применяемые при мочекаменной болезни в настоящее время. • пиелолитотомия • уретеролитотомия • секционная нефролитотомия и др.

EverCare

Мобильные технологии здоровья!

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

www.evercare.ru

47	Подход к лечению мочекаменной болезни у детей. • консервативная терапия • хирургическое лечение • особенности лечения МКБ у детей
	КОРРЕКЦИЯ ОБМЕННЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С МКБ
48	Подходы к метафилактике пациентов с МКБ
49	Метафилактика мочекаменной болезни. Диагностические алгоритмы литогенных нарушений: • Гиперкальциурия • Гипероксалурия • Гиперурикозурия • Гиперфосфатурия • Гипоцитратурия • Гипомагнийурия • Гиперцистинурия • Дистальный почечно-канальцевый ацидоз
50	Комбинация литогенных синдромов. Что делать?
51	Метафилактика мочекаменной болезни: диетотерапия (назначение диеты в зависимости от типа метаболических литогенных нарушений)
52	Метафилактика мочекаменной болезни: Подходы к консервативному лечению метаболических литогенных нарушений. (Применение тиазидных диуретиков, цитратных смесей, аллопуринола, ортофосфатов, бифосфонатов, натрия целлюлозы фосфат, дипиридамол). Лечение заболевание, проявляющих гиперкальцемией (при гиперпаратиреозе – резекция паращитовидных желез, лечение саркоидоза, гранулематоза, онкологических заболеваний)
53	Наблюдение за пациентами с МКБ: перспективы течения заболеваний. Как прогнозировать дальнейшую жизнь пациента?
54	Ph-метрия пациентов с МКБ современные возможности
55	Мониторинг за пациентами после различных методов лечения (хирургических, медикаментозных)

ПЛАН курса дистанционного образования по онкоурологии

Начало курса с 1.10.2017

	ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ОНКОУРОЛОГИИ
1	Онкоурологическая заболеваемость в России. Принципы организации онкоурологической помощи в России.
2	Постдипломное образование по специальности «Уролог», «Онколог». Усовершенствование и специализация в онкоурологии
3	Непрерывное медицинское образование в онкоурологии – современные возможности. Дистанционные технологии в постдипломном образовании по специальностям «Урология», «Онкология»
4	Организация амбулаторной онкоурологической помощи. Требования к оснащению кабинета. Нормативы.
5	Организация работы онкоурологического отделения
6	Юридические аспекты оказания онкоурологической помощи
7	Вопросы оказания паллиативной помощи в работе онкоуролога. Медико-социальная экспертиза пациентов с онкоурологическими заболеваниями.
8	Достижения современной онкоурологии. Обзор.
	ПРИНЦИПЫ СОВРЕМЕННОЙ ОНКОУРОЛОГИИ
9	Молекулярно-клеточные основы развития опухолей
10	Генная терапия в онкоурологии: принципы, перспективы, недостатки
11	Принципы применения лучевой терапии
12	Принципы применения химиотерапии
13	Принципы применения иммунотерапии. Вакцины.
14	Принципы применения малоинвазивных технологий
15	Качество жизни в онкоурологии
	РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И СЕМЕННЫХ ПУЗЫРЬКОВ
16	Заболеваемость раком предстательной железы и семенных пузырьков в России и мире. Этиология и факторы риска РПЖ.
17	Гистологические типы РПЖ. Взаимосвязь гистологических типов РПЖ с другими методами диагностики.
18	Патогенез РПЖ. Стадирование РПЖ. Роль правильного стадирования в выборе тактики лечения РПЖ.
19	Клинические симптомы РПЖ. Методы диагностики РПЖ. Биопсия ПЖ.
20	Диагностические маркеры РПЖ
21	Методы визуализации в диагностике РПЖ
22	Прогноз при РПЖ. Прогностические факторы. Номограммы.

23	Клинически незначимый рак. Активное наблюдение. Юридическая сторона дела.
24	Лечение РПЖ. Хирургические методы: открытая РПЭ – позадилонная, промежностная. Орхэктомия. Лимфодиссекция.
25	Лечение РПЖ. Хирургические методы: лапароскопическая РПЭ и робот-ассистированная РПЭ. Российский и мировой опыт.
26	Лечение РПЖ. Малоинвазивные методы лечения РПЖ: РЧА, криотерапия, HIFU-терапия. Российский и мировой опыт.
27	Лечение РПЖ. Лучевая терапия: ДЛТ, брахитерапия.
28	Лечение РПЖ. Химиотерапия.
29	Лечение РПЖ. Гормонотерапия.
30	Прогрессия РПЖ – понятие, методы диагностики, лечение.
31	Гормонрезистентный и кастрат-резистентный РПЖ – понятие, методы диагностики, лечение.
32	Метастатический РПЖ. Методы ведения пациентов.
33	Выживаемость при РПЖ. Прогноз и качество жизни пациентов с РПЖ.
34	Профилактика рака предстательной железы.
	Видео-презентация открытая РПЭ tips&tricks
	Видео-презентация лапароскопическая РПЭ tips&tricks
	Видео-презентация брахитерапия I-125 tips&tricks
	РАК МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ
35	Заболеваемость раком мочевого пузыря в России и мире. Этиология и факторы риска РМП.
36	Гистологические типы РМП. Предрак. Метаплазия слизистой мочевого пузыря.
37	Стадирование РМП. Роль правильного стадирования в выборе тактики лечения РМП.
38	Клинические симптомы РМП. Дифференциальная диагностика с другими заболеваниями.
39	Методы диагностики РМП. Диагностические маркеры РМП
40	Методы визуализации при РМП. Диагностика метастазов.
41	Лечение РМП. Эндоскопические методы. Фотодинамический контроль.
42	Лечение РМП. Открытая радикальная цистэктомия. Варианты отведения мочи. Осложнения РЦЭ.
43	Лечение РМП. Лапароскопическая и робот-ассистированная РЦЭ. Онкологические
44	результаты. Лечение РМП. Радикальная цистпростатэктомия. Показания, результаты.
45	Лечение РМП. Лучевые методы.
46	Лечение РМП. Химиотерапия.
47	Рецидивы РМП – диагностика, выбор тактики, прогноз, выживаемость.

48	Наблюдение за пациентами в послеоперационном периоде. Медицинская и социальная адаптация пациентов.
49	Прогноз при РМП. Выживаемость пациентов с РМП.
50	Профилактика рака мочевого пузыря.
	Видео-презентация ТУРМП tips&tricks
	Видео-презентация РЦЭ tips&tricks
	РАК ПОЧКИ
51	Доброкачественные опухоли почек: кисты, ангиомиолипомы. Классификация. Тактика ведения пациентов.
52	Заболеваемость раком почки в России и в мире. Этиология и факторы риска ПКР
53	Гистологические типы рака почки.
54	Классификация и стадирование рака почки. Роль правильного стадирования в выборе тактики лечения. Нефрометрические шкалы.
55	Клинические симптомы ПКР. Методы диагностики ПКР.
56	Диагностика ПКР. Биопсия опухоли. Маркеры ПКР.
57	Методы визуализации в диагностике рака почки. Диагностика метастазов. Метастатическая болезнь.
58	Лечение рака почки. Органосохраняющие операции.
59	Лечение рака почки. Открытая и лапароскопическая радикальная нефрэктомия. Выбор тактики при тромбозе почечной вены, НПВ.
60	Фотодинамический контроль хирургического края.
61	Лечение рака почки. Робот-асисстированная радикальная нефрэктомия.
62	Российский и мировой опыт. Сравнение с ОРНЭ и ЛРНЭ. Лечение рака почки. Малоинвазивные методы – РЧА, криоаблация.
63	Лечение рака почки. Таргетная терапия. Возможности, выживаемость, осложнения.
64	Лечение рака почки. Иммунотерапия.
65	Прогрессирование рака почки. Факторы прогноза. Смертность от рака почки.
66	Прогноз при раке почки. Выживаемость пациентов с ПКР.
67	Профилактика рака почки.
	Видео-презентация открытая РП tips&tricks
	Видео-презентация лапароскопическая НЭ tips&tricks
	Видео-презентация лапароскопическая РП tips&tricks
	Видео-презентация ретроперитонеоскопическая РП tips&tricks
	Видео-презентация криоаблация РП tips&tricks
	РАК ПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКИ И МОЧЕТОЧНИКОВ
68	Заболеваемость раком верхних мочевых путей в России и мире.
69	Этиология и факторы риска РМ. Гистологические типы. Классификация и стадирование рака почечной лоханки и мочеточников.
70	Клинические симптомы РПЛ и РМ. Диагностика РПЛ и РМ.

71	Дифференциальная диагностика с другими заболеваниями мочевыводящих путей.
72	Лечение РПЛ и РМ. Хирургическая тактика. Возможности и целесообразность эндоскопического лечения.
73	Лечение РПЛ и РМ. Химиотерапия. Иммунотерапия.
74	Лечение РПЛ и РМ. Лучевая терапия.
75	Выживаемость пациентов и прогноз при РПЛ и РМ
	РАК ЯИЧЕК
76	Заболеваемость раком яичек в России и мире. Этиология и факторы риска РЯ.
77	Клинические симптомы РЯ. Методы диагностики РЯ. Дифференциальная диагностика с другими заболеваниями яичек.
78	Морфологическая классификация РЯ. Маркеры РЯ.
79	Классификация и стадирование РЯ.
80	Лечение РЯ. Герминогенные опухоли 1 стадии. Семинома 1 стадии.
81	Лечение РЯ. Герминогенные опухоли 1 стадии. Несеминомные герминогенные опухоли 1 стадии
82	Тактика ведения пациентов стадии IS (постоянно повышенный уровень опухолевых маркеров)
83	Лечение РЯ. Диссеминированные герминогенные опухоли
84	Стромальные опухоли яичка.
85	Наблюдение пациентов после лечения. Прогноз и выживаемость пациентов с РЯ.
86	Рак яичек и фертильность пациентов.
	Видео-презентация лапароскопическая ЗЛАЭ tips&tricks
	Видео-презентация открытая ЗЛАЭ tips&tricks
	РАК ПОЛОВОГО ЧЛЕНА
87	Заболеваемость раком полового члена в России и мире. Этиология и факторы риска РПЧ.
88	Клинические симптомы РПЧ. Методы диагностики РПЧ. Дифференциальная диагностика РПЧ.
89	Морфологические варианты РПЧ. Риск метастазирования.
90	Диагностика метастазов. Стадирование РПЧ.
91	Лечение РПЧ. Tis, Ta, T1a
92	Лечение РПЧ. T1б
93	Лечение РПЧ. T2. Местный рецидив. Инвазия в пещеристые тела.
94	Лечение РПЧ. T3 и T4.
95	Лучевая терапия при РПЧ.
96	Химиотерапия при РПЧ.
97	Динамическое наблюдение. Ведение пациентов с метастазами в ЛУ – при пальпируемых и непальпируемых ЛУ.
98	Наблюдение за пациентом после лечения РПЧ.
99	Сексуальная функция, качество жизни, фертильность у пациентов с РПЧ и после его лечения.
100	Выживаемость и смертность от РПЧ.
	Видео-презентация фаллопластика 3-х компонентным протезом tips&tricks
	Видео-презентация лапароскопическая паховая ЛАЭ tips&tricks
	Видео-презентация открытая паховая, тазовая ЛАЭ tips&tricks
	Видео-презентация резекция полового члена, пенэктомия

Планы курсов дистанционного образования могут быть расширены/изменены по усмотрению организаторов.

Следите за анонсами на UroWeb.ru!

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

Get it on Google play

Available on the App Store

Мы в социальных сетях

www.vk.com/nethealth

www.facebook.com/nethealth.ru

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

V Научно-практическая конференция с международным участием «Мочекаменная болезнь: теоретические основы и клинический опыт»

7-8 декабря 2017 года

Оргкомитет

Председатели конференции:

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

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

Уважаемые коллеги!

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

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

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

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

Приглашаем к участию!

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

Участие бесплатное. Участникам будут выданы сертификаты и начислены баллы НМО

Организаторы:

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

Члены оргкомитета:

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

Рабочая группа:

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

Требуется регистрация:

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

Тематики программы:

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

Контакты:

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

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

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

Система аккредитации: чего ждать?

В ходе IV конгресса Ассоциации молодых урологов России, проходившего в Казани, Залим Замирович Балкизов, официальный представитель Ассоциации по медицинскому образованию в Европе на территории СНГ и член Координационного совета по развитию непрерывного медицинского образования Минздрава РФ, рассказал о том, какие перемены принесет с собой новая система аккредитации медицинских работников и как она будет реализована.

Как отметил З.З. Балкизов в своем докладе, основные изменения, которые сейчас происходят в системе медицинского образования, — это введение новой процедуры допуска к профессии — аккредитации, приходящей на смену сертификации — и продолжающееся развитие непрерывного образования.

Настоящее положение

Сегодня, согласно ФЗ N323 «Об основах охраны здоровья граждан», выпускники, успешно окончившие программы высшего медицинского образования (специалитет), получают право работать в первичном звене здравоохранения, пройдя первичную аккредитацию для врачей-участковых, терапевтов и педиатров. Далее выпускники аспирантуры и ординатуры проходят первичную специализированную аккредитацию. Вслед за этим можно говорить о продолжающемся непрерывном профессиональном образовании с периодической аккредитацией не реже одного раза в 5 лет.

Однако Федеральным законом от 29 декабря 2015 года «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» была существенно продлена выдача сертификатов — до 2021 года — а право на осуществление медицинской деятельности на их основании — до 2026. Параллельно с этим 25 февраля 2016 года Минздравом России был издан приказ «Об утверждении сроков и

этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов». Докладчик объяснил это невозможностью одномоментного переключения медиков на новую систему профессионального образования.

В 2016 году первыми прошли аккредитацию специалисты в областях фармации и стоматологи, всего 8 тысяч человек. В 2017 проходят обладатели девяти специальностей группы здравоохранения, таких, в частности, как «лечебное дело», «педиатрия» и «медико-профилактическое дело». Совокупно — порядка 30 тысяч человек. В 2018 году выпускники ординатуры будут проходить первичную специализированную аккредитацию, организуемую в 3 этапа с оценкой профессиональных компетенций.

Для действующих специалистов в 2021 году на смену сертификации придет процедура реаккредитации, включающая в себя оценку портфолио и экзамен. Таким образом, до 2021 года можно еще раз получить сертификат по каждой из действующих специальностей.

Образовательные траектории

Сегодня для действующих специалистов существуют три образовательных траектории.

Если сертификат был получен до 1 января 2016 года, можно либо пройти так называемый сертификационный цикл (программа повышения квалификации на 144 часа), после чего сдать сертификационный экзамен, либо включиться в модель отработки — это пилотный проект, идущий с 2013 года. Он включает в себя вузовскую часть — 108 часов, из которых не менее половины проводятся за счет дистанционных технологий — и часть, которую дает профессиональное сообщество — 36 часов, например, участия в образовательных общественных мероприятиях. Если же сертификат получался после начала 2016 года, нужно принимать участие в пятилетних циклах аккредитации, пока что слабо регламентированных в правовой базе.

Тем не менее, достаточно четко уже определено то, что такое реаккредитация и с чем на нее нужно приходить. Согласно приказу Минздрава РФ N334н, первичная и первичная специализированная аккредитация включают в себя несколько этапов: тестирование, оценку практических навыков в симулированных условиях и решение ситуационных задач. В периодическую аккредитацию входят оценка портфолио и тестирование.

Портфолио – как формируется и что включает?

Портфолио специалист формирует сам. Если в него входят сведения об освоении каких-либо образовательных программ, они должны подтверждаться соответствующими документами. Прохождение этого этапа оценивается комиссией «на основе соответствия уровня квалификации и дополнительного профессионального образования требованиям к осуществлению профессиональной деятельности по специальности». На официальном портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России edu.rosminzdrav.ru сейчас уже выложена подробная информация об устройстве пятилетних циклов обучения.

Кроме того, существуют профессиональные стандарты. По урологии они пока не утверждены, но, как сообщил докладчик, в Минюст уже направлены требования к характеристикам врача-уролога, согласно которым он должен принимать участие в нескольких видах образовательной активности:

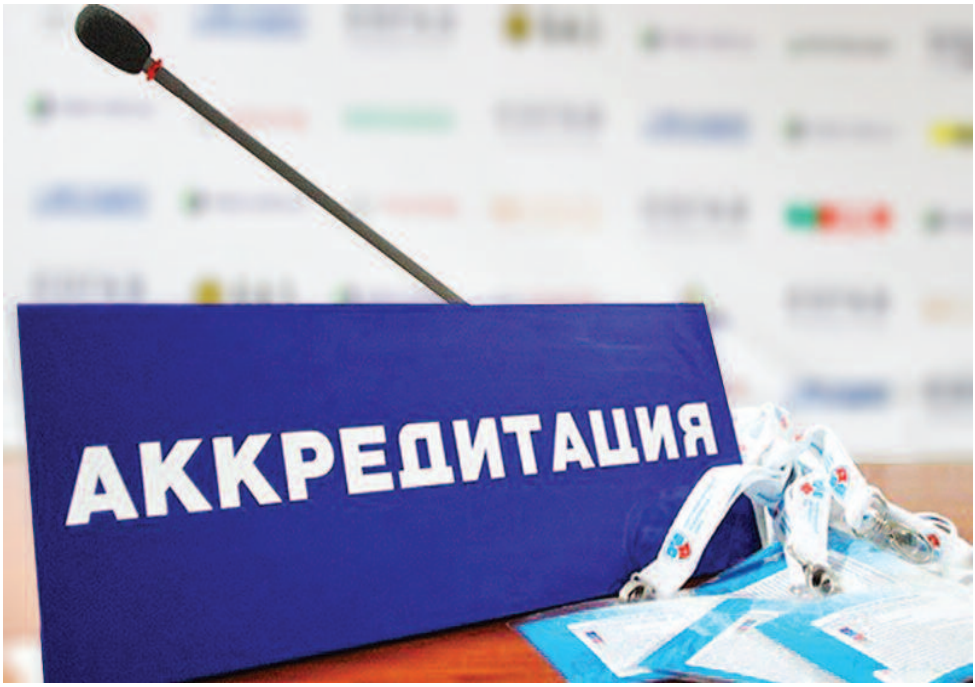
- с целью профессионального роста и присвоения квалификационных категорий — дополнительное профессиональное образование;
- в программах повышения квалификации;
- формирование профессиональных навыков через наставничество;
- стажировка;
- использование современных дистанционных образовательных технологий (образовательный портал и вебинары);
- тренинги в симуляционных центрах;
- участие в съездах, конгрессах, конференциях, мастер-классах, школах и других образовательных мероприятиях.

Помимо этого, в список характеристик вошли такие категории, как соблюдение врачебной тайны, клятвы врача, принципов врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами, их законными представителями и коллегами, а также следование законодательству в сфере охраны здоровья.

Конференции и электронные материалы

Как указано на сайте Минздрава, из 50 часов выполнения индивидуального плана аккредитации 36 отводятся на образовательные программы вузов и 14 — на участие в работе некоммерческих организаций (например, электронных модулях или конференциях). По урологии сегодня проводится довольно много меро-

ты – Альфа?



приятий: в 2017 году уже прошло более сотни. При этом аккредитационные баллы назначаются согласно параметрам целевой аудитории, указанным в материалах мероприятия. Таким образом, если специализированную конференцию посещает врач другой специальности, относящийся к группам целевой аудитории, указанным организаторами, он все равно получает за нее баллы. От организаторов, в свою очередь, требуется подробно и четко указывать образовательные цели мероприятия.

Большой раздел, который также учитывается в системе непрерывного образования, — это электронные материалы для самостоятельного изучения. По урологии на сегодня представлено всего около 14 сертифицированных модулей. За прохождение каждого модуля начисляется один аккредитационный балл. При этом докладчик призвал врачей не гнаться за баллами и при необходимости проходить модули, которые не относятся к их специальности и не оцениваются, однако затрагивают темы, актуальные для практического применения.

Материал подготовлен Ю.Г. Болдыревой

ТУР при раке мочевого пузыря: обновленные рекомендации AUA и EAU

Доля немышечно-инвазивного рака мочевого пузыря, как ожидается, будет составлять 75% от 79 тысяч новых случаев рака мочевого пузыря (РМП), диагностированных в 2017 году.

К счастью, в большинстве случаев он успешно лечится с относительно хорошим прогнозом. Тем не менее, в зависимости от класса опухоли и стадии в момент выявления до 60% пациентов с этой разновидностью РМП могут столкнуться с рецидивом заболевания в течение года после первоначальной резекции и до 78% — в течение пяти лет.

Золотым стандартом в терапии первой линии РМП остается трансуретральная резекция (ТУР) опухоли мочевого пузыря, применяемая как с диагностическими, так и с терапевтическими целями. Вместе с тем, после выполнения ТУР может наблюдаться некоторое количество остаточной опухолевой ткани. Ряд исследований показывает результат с разбросом от 34% до 76% пациентов, у которых при выполнении повторной ТУР через 2–6 недель обнаруживалась остатки опухоли.

Неполная первоначальная резекция была ассоциирована с повышенным риском рецидива рака, несмотря на назначение адъювантной интравезикальной терапии, что подчеркивает важность тщательного исполнения ТУР. К тому же, развитие технологий помогает хирургам в улучшении собственной техники проведения этой операции и достижении более полных результатов.

Обновленные рекомендации

Результатом объединения усилий Американской урологической ассоциации и Общества онкоурологии стали новые клинические рекомендации. Они подчеркивают, что прицельное и тщательное удаление всех опухолевых тканей до того, как будет назначена адъювантная терапия, не только повышает шансы на раннее и точное диагностирование, но и позволяет провести должным образом стратификацию рисков, что играет первостепенную роль в выборе правильных методов лечения у пациентов с РМП.

Еще более настойчиво подчеркивают важность тщательного выполнения ТУР клинические рекомендации Европейской ассоциации урологов. В части, посвященной немышечно-инвазивному РМП, доктор Babjuk отмечает, что «самым

важным методом в лечении немышечно-инвазивного РМП, вне зависимости от доступности на рынке БЦЖ (вакцина, применяемая для иммунотерапии мочевого пузыря — прим. ред.), остается полная и тщательно выполненная трансуретральная резекция мочевого пузыря».

В дополнение к этому, поскольку клиническое течение немышечно-инвазивного РМП динамично и вариативно, часто отличается множественными рецидивами и сменяющимися медицинскими вмешательствами, американские рекомендации советуют распределять пациентов по степеням риска — низкой, умеренной и высокой — относительно вероятности появления еще одной опухоли при каждом рецидиве.

Обновленные рекомендации отличаются тем, что предоставляют клинические рамки для стратификации по степеням риска у пациентов после хирургического вмешательства, а также подчеркивают критическую важность индивидуализированного подхода к больному перед принятием каждого терапевтического решения.

Сверх того, согласно американским рекомендациям, еще до распределения по степени риска у пациентов с опухолями среднего и высокого классов может быть рассмотрено проведение повторной ТУР (реТУР). Это позволяет хирургу убедиться в полном удалении всех тканей опухоли и создает оптимальную среду для активности адъювантной терапии (например, БЦЖ). Дополнительно к этому, для немышечно-инвазивного РМП высок риск недооценивания: до 30% опухолей при повторной ТУР получают более высокий класс Т2.

Расширенная цистоскопия

Чтобы облегчить обнаружение и резекцию тканей опухоли, американские рекомендации советуют применение в ходе ТУР расширенной цистоскопии. В частности, авторы предлагают прибегнуть к цистоскопии в синем свете, если она доступна, в качестве замены традиционной цистоскопии в белом свете. Это помогает повысить четкость позиционирования опухоли, облегчить ее оценку и снизить риск рецидива. Такой же совет был добавлен во все крупные клинические рекомендации, включая рекомендации ЕАУ и Национального института здравоохранения и повышения квалификации в Великобритании. Американские рекомендации, помимо этого, предлагают рассмотреть применение узкоспектральной эндоскопии (NBI) в ходе ТУР.

5-аминолевулиновая кислота, применяемая как агент при цистоскопии в синем свете, селективно накапливается в пролиферирующих клетках. В результате опухоль и ее границы напрямую определяются по красной флуоресценции под синим светом, в то время как при узкоспектральной цистоскопии выделяются кровеносные сосуды, которые с высокой вероятностью разрастаются вокруг опухоли. На сегодня 5-аминолевулиновая кислота является единственным оптико-диагно-

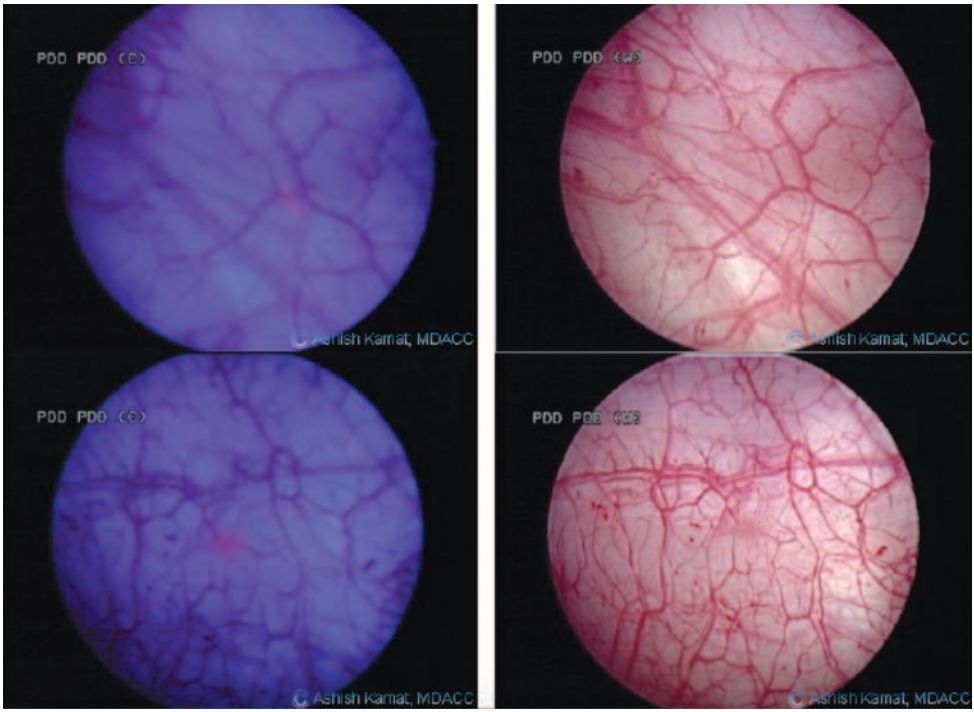


Рис. 1. Множественные поражения у одного пациента. Справа — отображение мочевого пузыря с помощью только цистоскопии в белом свете. Слева — цистоскопия в синем свете с применением 5-аминолевулиновой кислоты в дополнение к белому свету.

стическим агентом, одобренным в США и Европе для проведения цистоскопии в синем свете. Мета-анализ с использованием обобщенных данных девяти проспективных исследований показал, что применение такой методики значительно повышает выявляемость РМП.

Выводы

Тщательная и точная резекция всех остатков опухоли является критическим фактором исхода заболевания для пациента. Это происходит не только благодаря снижению риска недооценивания опухоли, но также за счет создания оптимальной среды для воздействия адъювантной терапии. Расширенная цистоскопия способна оказать урологам серьезную помощь в этой области и рекомендуется AUA по лечению немышечно-инвазивного рака мочевого пузыря.

Материал подготовлен В.А. Шадеркиной
по публикациям авторов Ashish Kamat, MD; Kamal Pohar, MD.

Начинает действовать новый порядок приема в ординатуру

Вступил в силу приказ Минздрава России от 11 мая 2017 г. № 212н, которым устанавливается новый порядок приема на обучение по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры.

Приказ до его принятия детально обсуждался в профессиональном сообществе, был размещен для общественного обсуждения в сети Интернет еще в январе 2016 года. Отдельно приказ обсуждался в вузовском сообществе – на Совете ректоров российских медицинских и фармацевтических вузов.

Основная цель приказа – сделать поступление в ординатуру максимально беспристрастным, прозрачным и основанным на объективных достижениях студентов.

Принципиально важными в приказе являются два момента.

Первый из них – необходимость прохождения аккредитационного тестирования в качестве вступительного экзамена. Это исключает предвзятость по отношению к студенту на уровне конкретных учреждения или экзаменатора, т.к. база вопросов для аккредитации едина и размещена в сети Интернет. Каждый может пройти пробное тестирование любое количество раз, зарегистрировавшись на сайте. Выпускники активно пользуются этой возможностью: тестирование в интернете прошли уже более 25 тысяч студентов, что составляет подавляющее большинство выпускников этого года.

«Мы видим большую активность студентов на сайте. В целом ребята хорошо сдают пробный тест, поэтому есть все основания надеяться, что и сам аккредитационный экзамен они сдадут хорошо», – говорит руководитель Федерального методического центра аккредитации ПМГМУ им. И.М. Сеченова, профессор Жанна Сизова.

Важно также, что прохождение аккредитационного экзамена даст возможность молодому специалисту не только поступить в ординатуру, но и сразу пойти на работу по базовым специальностям. Вопрос о том, нужно ли выпускнику вуза, не идущему работать в практику, проходить аккредитацию, очень внимательно рассматривался в профессиональном сообществе. Эксперты сошлись во мнении, что молодой специалист, идущий работать или желающий получать узкую специализацию, должен быть, прежде всего, врачом, то есть обладать всеми необходимыми профессиональными компетенциями.

«Нельзя стать врачом узкой специализации, минуя базовые компетенции, которыми должен обладать каждый врач. Аккредитация - простой, понятный , а самое главное, максимально эффективный способ проверки готовности выпускника медицинского вуза к самостоятельной работе. Общению с пациентом один на один», - говорит ректор Сибирского государственного медицинского университета, профессор Ольга Кобякова.

Переход на аккредитацию начался два года назад, а в прошлом году аккредитацию прошли выпускники стоматологических и фармацевтических факультетов.

Второе отличие приказа от ранее действовавшего порядка – установление единой для всей страны системы присуждения баллов за достижения во время учебы, которые принимаются во внимание при поступлении в ординатуру. Так, например, баллы присуждаются за получение стипендий и грантов Президента и Правительства, «красный диплом», индивидуальные достижения во время учебы и др.

«Все эти критерии основаны на опыте советского и российского медобразования. Собственно они и применялись всегда, только очень разрозненно. Главное - в ординатуру должны идти только те, кто показал наилучшие успехи в обучении. Но теперь это впервые унифицировано для всей страны», - уточняет ректор Тихоокеанского государственного медицинского университета, профессор Валентин Шуматов.

Ранее каждый вуз определял критерии приема в ординатуру по своему собственному усмотрению, что вызывало немало жалоб со стороны поступающих. Вводимая приказом унификация дает возможность выпускнику поступать в ординатуру в любой медицинский вуз в России по единым правилам.

«Наши выпускники получают равную возможность поступать в ординатуру в ведущие вузы страны на основании единых правил», - говорит ректор Амурской государственной медицинской академии, профессор Татьяна Заболотских.

Отдельно отметим, что критерии дают возможность вузам учитывать индивидуальные достижения будущего доктора в ходе обучения, включая волонтерство и др.

«Очень важно, чтобы профильные волонтерские активности студентов учитывались при поступлении в ординатуру, т.к. это позволит не только поддержать активистов, но и интенсивнее развивать добровольчество в медицине», – говорит председатель Всероссийского общественного движения «Волонтеры-медики» Павел Савчук.

Таким образом, новые правила поступления в ординатуру – важный шаг в сторону повышения беспристрастности, справедливости и качества в медицинском образовании.

Департамент общественного здоровья и коммуникаций

Частота эякуляций и риск рака простаты: обновленные результаты 10-летнего наблюдения

Получены данные, указывающие на то, что частота эякуляций может быть обратным образом связана с риском рака предстательной железы (РПЖ), заболевания, для которого было идентифицировано не так уж много модифицируемых факторов риска.

Цель исследования. Включить дополнительные 10 лет наблюдения в оригинальный анализ и всесторонне оценить ассоциацию между частотой эякуляций и РПЖ с учетом скрининга, клинически значимых подгрупп заболевания и влияния смертности от других причин.

Дизайн, условия и участники исследования. Проспективное когортное исследование с участниками «Health Professionals Follow-up Study» с использованием самостоятельно сообщаемых данных о средней частоте эякуляций в течение месяца. Исследование включает 31925 мужчин, ответивших на вопросы о частоте эякуляций в опроснике 1992 года и наблюдавшихся до 2010 года. Средняя частота эякуляций на протяжении месяца оценивалась в трех временных точках: возраст 20–29 лет, возраст 40–49 лет, и год перед выдачей анкет.

Определение результатов и статистический анализ. Общая встречаемость РПЖ и встречаемость его клинически значимых подгрупп. Модели Кокса использовались для оценки отношений риска (ОР) и 95%-ных доверительных интервалов (ДИ).

Результаты и ограничения. На протяжении 480831 человеко-лет у 3839 мужчин был диагностирован РПЖ. Частота эякуляций в возрасте 40–49 лет была положительно ассоциирована с стандартизованным по возрасту индексом массы тела, физической активностью, разводом, инфекциями передающимися половым путем в анамнезе, суммарным потреблением калорий и употреблением алкоголя. Частота анализа на простат-специфический антиген (PSA) на 2008 год, количество анализов на PSA и частота биопсий простаты были сопоставимыми в категориях, выделенных по частоте. При мультивариабельном анализе отношение рисков для заболеваемости РПЖ между ≥ 21 эякуляций и 4–7 эякуляциями в месяц составило 0.81 (95%-ный доверительный интервал [ДИ] 0.72–0.92; $p < 0.0001$ для тенденции) для частоты в возрасте 20–29 лет и 0.78 (95% ДИ 0.69–0.89; $p < 0.0001$ для тенденции) для частоты в возрасте 40–49 лет. Ассоциации определялись заболеванием низкого риска, были сопоставимыми в когорте мужчин, подвергавшихся PSA-скринингу, и навряд ли объяснялись другими причинами смерти.

Заключение. Эти результаты обеспечивают дополнительную доказательную базу в пользу благоприятной роли более частых эякуляций на протяжении взрослой жизни в этиологии РПЖ, особенно его форм низкого риска.

European Urology, Volume 70 Issue 6, December 2016, Pages 974–982

SHPHARMA

source of healing

Лечение рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей у женщин: результаты пилотного исследования

Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) больше распространены у женщин, и у многих пациентов с рецидивирующими ИМП не наблюдается эрадикации возбудителя, несмотря на получение нескольких курсов антибиотикотерапии.

Использование пищевых добавок может снизить риск рецидивирующих ИМП. Однако, роль добавок, применяемых в виде монотерапии, представляется ограниченной. Авторы исследования предположили, что комбинация клюквы, *Lactobacillus rhamnosus* и витамина С может оказывать положительный клинический эффект из-за своих аддитивных или синергетических свойств. Они проспективно изучили сплошную выборку из 42 женщин с рецидивирующими ИМП, получавших 120 мг клюквы (минимальное содержание проантоцианидинов: 32 мг), 1 миллиард убитых теплом *L. rhamnosus* SGL06 и 750 мг витамина С три раза в сутки непрерывно на протяжении 20 дней. Пациентам рекомендовали прекратить прием этих добавок на 10 дней, а затем повторить этот цикл три раза. С пациентами связывались через три месяца и через шесть месяцев после конца приема этих добавок и оценивали их состояние с помощью полуструктурированного опроса и общего анализа мочи. Ответ определялся как отсутствие симптомов, нормального общего анализа мочи или отрицательного посева мочи. Данные по наблюдению были доступны для 36 пациентов. Всего у 26 (72.2%) и 22 (61.1%) пациентов наблюдался ответ через 3 и 6 месяцев наблюдения. Не было отмечено значительных побочных эффектов.

Назначение клюквы, *L. rhamnosus* и витамина С может представлять собой безопасный и эффективный вариант лечения женщин с рецидивирующими ИМП.

European Urology, Volume 70 Issue 6, December 2016, Pages 912–915

Использование ингибиторов ФДЭ 5 типа и рецидивы заболевания после лечения рака простаты

Ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа (иФДЭ5) часто применяются для лечения эректильной дисфункции. В одноцентровых исследованиях сообщались противоречивые результаты о связи между применением иФДЭ5 и биохимическим рецидивом (БХР) после радикальной простатэктомии.

Цель исследования. Оценить связь между приемом иФДЭ5 и БХР после радикальной простатэктомии и лучевой терапии в национальной популяционной когорте.

Дизайн, условия и участники исследования. Это было исследование «случай-контроль» с использованием Национального регистра рака простаты Швеции, связанного с Регистром лекарственных назначений. Среди мужчин с локализованным раком простаты, подвергшихся первичной радикальной простатэктомии или лучевой терапии в 2006-2007 гг. с 5 годами наблюдения, у 293 был БХР после лечения (количество случаев). Для каждого случая мы идентифицировали 20 контрольных субъектов без БХР (n = 5767) с использованием отбора по плотности встречаемости.

Определение результатов и статистический анализ. Мультивариабельная кондиционная логистическая регрессия была использована для оценки ассоциации между иФДЭ5 и риском БХР. Были также проанализированы отдельные мультивариабельные модели с включением клинических переменных мужчин, подвергшихся простатэктомии или лучевой терапии, и гистологических данных по операционному материалу, полученному при простатэктомии.

Результаты и ограничения. Прием иФДЭ5 не был ассоциирован с БХР после радикальной простатэктомии (отношение вероятностей [ОВ] 0.78, 95%-ный доверительный интервал [ДИ] 0.59–1.03) или лучевой терапии (ОВ 0.98, 95% ДИ 0.49–1.97) после взвешивания по семейному положению, уровню образования, уровню дохода, концентрации простат-специфического антигена, клинической стадии, суммы Глисона и доле положительных биоптатов. Результаты были сопоставимы после дополнительного взвешивания по данным гистологического исследования хирургического препарата (ОВ 0.86, 95% ДИ 0.64–1.16). Мужчины, у которых суммарное количество таблеток иФДЭ5 было выше медианы, имели слегка меньший риск БХР после простатэктомии в клинической модели, и не было разницы по риску БХР после взвешивания по гистологическим характеристикам опухоли.

Заключение. Наши результаты из популяционной когорты предполагают, что риск БХР у мужчин, применяющих иФДЭ5 после лечения рака простаты, не повышен.

European Urology, Volume 70 Issue 5, November 2016, Pages 824-828

Etta

ANDROID APP ON Google play

Available on the App Store

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)

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

Производитель ООО «ЭТТА»
ettagroup.ru

Редакция дайджеста:

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

- Дизайн и верстка Белова Оксана Анатольевна
- Корректор Болдырева Юлия Георгиевна

Тираж 7000 экземпляров
Распространение бесплатное – Россия, страны СНГ
Периодичность 1 раз в 2 месяца
Аудитория – урологи, онкоурологи, урогинекологи, андрологи, детские урологи-андрологи, фтизиоурологи, врачи смежных специальностей

Издательство «УроМедиа»
Адрес редакции: 111020 Москва, ул. Боровая 18, офис 104
ISSN 2309-1835

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

При полной или частичной перепечатке материалов ссылка на Дайджест обязательна!

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

UroMedia

ФГБУ "НИИ урологии" Минздрава России

Урологическое телевидение

Образование в Урологии UroEdu.ru

Интернет форум Урологов

UroWeb

Издательский дом «УроМедиа»