

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ:

Вопросы
неотложной
детской
андрологии

Клинический
случай:
тератома яичка
у ребенка

Промежностная
template-биопсия
при РПЖ

ТЕМА НОМЕРА:

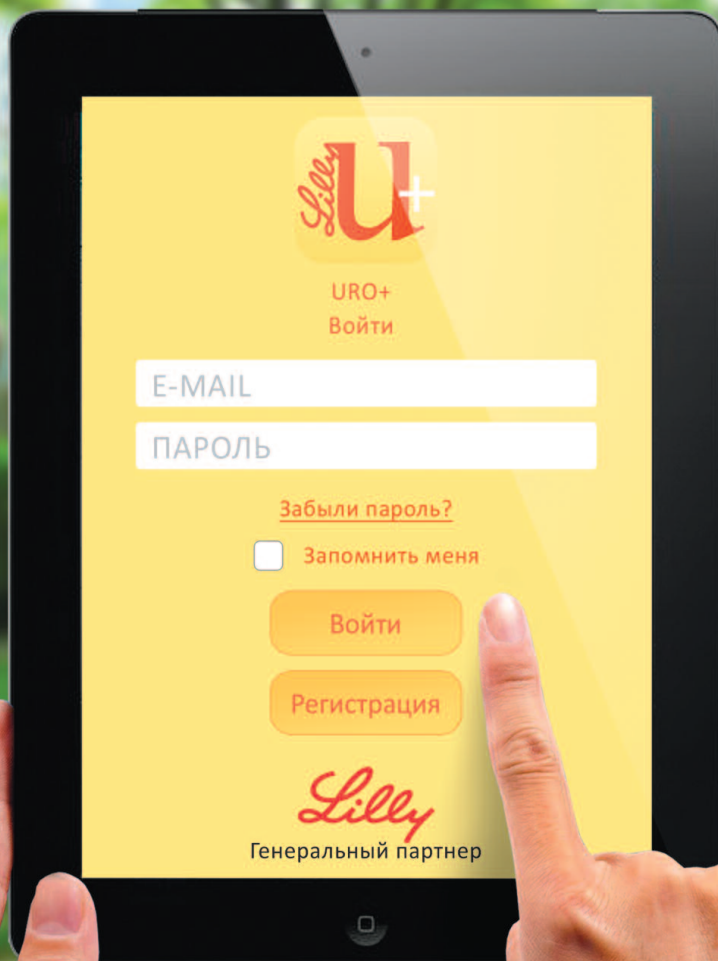
Актуальность МКБ





Мобильное приложение для урологов

*Всегда в курсе всех
урологических новостей!*



App Store



Google play

ТЕМА НОМЕРА:

·»»	Вопрос жизни и здоровья	2
НЕОТЛОЖНАЯ ДЕТСКАЯ АНДРОЛОГИЯ:		
·»	Перекрут яичка у детей: возможности ультразвуковой диагностики	10
·»	Современные аспекты хирургической тактики при завороте яичка у детей	14
·»	Опыт лечения пациентов с острыми заболеваниями органов мошонки .	16
·»	Редкие варианты скротальной патологии у новорождённых.....	19
·»	Неполный перекрут яичка у детей	22
·»	Дифференцированное лечение перекрута гидатиды у детей	24
·»	Диагностический алгоритм: четыре принципа при острых заболеваниях яичка у детей	26
·»	Дискуссионные вопросы в диагностике и лечении детей с острыми заболеваниями яичек	28
·»»	Третий израильский урологический симпозиум: что поразило, кроме сильной жары?.....	32
·»»	Персонализированная урология: понятно о непонятном.....	38
·»»	Ответственность пациента за свое здоровье: за и против.....	46
·»»	Младенческая смертность в РФ: статистика, причины, динамика	52
·»»	Как мы писали азиатский гайдлайн по инфекциям (рассказ с отступлениями).....	62
·»»	Клинический случай: Опухоль мошонки у ребенка 6 лет.....	70
·»»	Всероссийский курс дистанционного образования «Нейроурология и уродинамика».....	72
·»»	III научно-практическая конференция «Мочекаменная болезнь: профилактика, лечение, метафилактика»	74
·»»	IV научно-практическая конференция «Малоинвазивная онкоурология: рак предстательной железы».....	76
·»»	Междисциплинарный курс дистанционного образования по теме «Правильный дифференциальный диагноз: опыт + искусство»	78

ВОПРОС ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ

Проблема мочекаменной болезни не теряет своей актуальности у врачей, специализирующихся по этой проблематике. Это подтверждается огромным количеством публикаций по МКБ как в отечественной, так и в мировой литературе, разработка новых методов диагностики, лечения и метафилактики. Большое внимание специалистов привлекает проблема профилактики, включая диету и питьевой режим. О ситуации с МКБ в Хабаровском крае, личном опыте ведения пациентов с МКБ редакция Дайджеста урологии побеседовала с главным урологом Дальневосточного Федерального округа Александром Геннадьевичем Антоновым.



Александр Геннадьевич, насколько актуальна проблема мочекаменной болезни в структуре общей урологической заболеваемости? Какая ситуация в мире?

А.Г. Антонов: Тема МКБ в ближайшие годы не потеряет своей актуальности. Сегодня до 3% мирового населения страдает МКБ, при этом в 65% случаев она диагностируется у людей трудоспособного возраста (от 20 до 60 лет), а более 60% случаев МКБ носят рецидивирующий характер. У 11% пациентов заболевание приводит к развитию хронической почечной недостаточности. В России заболеваемость МКБ с 2003 по 2014 гг. увеличилась с 443,2 до 578,8 на 100 тыс. человек. Сегодня на лечение этой болезни расходуется до 9% всех средств российского здравоохранения. Только за 2014 год заболеваемость МКБ в нашей стране составила 846570 случаев. Стоит отметить, что некоторые регионы в силу географического расположения и климата являются эндемичными очагами МКБ: так, в Азии он составляет 1–5%, в Европе — 5-9%, в Америке — 12-15%, а в Саудовской Аравии — 20,1%. В развитых странах мира ежегодно регистрируется 85 тыс. случаев МКБ. Наиболее неблагоприятными районами сейчас являются Сирия, Пакистан, Афганистан, Ирак, Египет, Бирма, Япония и Скандинавские страны. В России эндемичными районами являются Дальний Восток, Поволжье и низовье Волги, юг страны, районы Алтая и



Крайнего Севера. По разным регионам удельный вес МКБ среди урологических заболеваний составляет от 25,2 до 41,5%.

Какая ситуация по мочекаменной болезни складывается в Хабаровском крае?

А.Г. Антонов: О ситуации в Хабаровском крае можно судить по показателям ОМС – в 2012-2015 гг с диагнозом МКБ ежегодно пролечивается в стационаре около 6 тысяч человек и еще около 9 тысяч – амбулаторно. По данным КГБУЗ «Городская клиническая больница №10» МЗ Хабаровского края мы можем сказать более точно – в 2013 году с камнями почек нами было пролечено в стационаре 111, с камнями мочеточников – 945, с камнями мочевого пузыря – 7 пациентов. В 2014 – 184, 859 и 8, соответственно, а в 2015 – 125, 799 и 2 пациента. Эти показатели ярко демонстрируют достаточно высокую заболеваемость мочекаменной болезнью в нашем регионе, подтверждая эндемичность последнего, делая это заболевание вопросом жизни и здоровья нашего населения.

Урология – это хирургическая специальность. Означает ли это, что каждого пациента с МКБ уролог будет стремиться прооперировать?

А.Г. Антонов: Есть ситуации, когда камень в мочевых путях требует удаления – планового или экстренного – в зависимости от конкретной клинической ситуации. Но любой без исключения пациент с МКБ нуждается в профилактике рецидива камнеобразования. Удаляя камень, мы устраняем следствие мочекаменной болезни, но не влияем на причины, приведшие к образованию конкремента и просто отпустив пациента без медикаментозных рекомендаций, обрекаем его на повторное обращение в течение ближайшего года-двух.

Другая ситуация – когда есть мелкие конкременты с высоким риском самостоятельного отхождения без нарушения уродинамики. В таком случае уролог, как правило, назначает консервативное лечение, корректирует диету и питьевой режим.

В настоящее время существует множество препаратов, рекомендуемых для лечения МКБ, в частности с литокинетической целью. Какие препараты Вы назначаете своим пациентам и почему?

А.Г. Антонов: Действительно при таком многообразии сложно ориентироваться. Мы в своих назначениях предпочитаем назначать оригинальные ■

препараты хорошо зарекомендовавших фармацевтических компаний, которые большое внимание уделяют доказательной базе своих препаратов. Только при серьезном научном подходе можно ожидать хорошей эффективности.

Российским урологам хорошо известен фитопрепарат на основе терпенов Роватинекс. Чем это препарат выделяется среди других?

А.Г. Антонов: У Роватинекса много преимуществ, которые делают этот препарат уникальным среди конкурентов, я бы выделил три основных. Первое – это история препарата, охватывающая уже более чем 50-летний период. За этот период показания к применению препарата изменялись и расширялись. Сложно назвать более изученный фитопрепарат для лечения МКБ, чем Роватинекс. За 50 лет накопилось огромное количество научных и клинических исследований как за рубежом, так и в России. Отсюда и второе преимущество – мощная доказательная база, подтверждающая высокую эффективность и безопасность препарата. Третье преимущество – многоплановость терапевтического эффекта Роватинекса: литокинетические и антибактериальные свойства позволяют назначать препарат практически в любых ситуациях, связанных с мочекаменной болезнью и/или воспалительным процессом в мочевых путях. Именно поэтому Роватинекс назначают в качестве фармакологической поддержки в пери- и постоперационном периоде после малоинвазивных и открытых операций, после дистанционной литотрипсии, для профилактики и лечения «каменной дорожки», при микролитах почек, для лечения хронических воспалительных процессов мочевых путей. Огромным плюсом Роватинекса является отсутствия влияния на pH мочи, благодаря чему его можно назначать пациентам независимо от состава камней.

Благодаря чему, как Вы считаете, Роватинекс обладает такими эффектами?

А.Г. Антонов: Уникальный состав Роватинекса существенно отличается от других фитопрепаратов для лечения МКБ – он содержит 7 терпенов – веществ из группы ненасыщенных углеводов, синтезируемых из эфирных масел хвойных деревьев. Более того, эти активные компоненты входят в Роватинекс® в точных дозировках: пинен (альфа + бетта) 31 мг, камфен 15 мг, цинеол 3 мг, фенхон 4 мг, борнеол 10 мг, анетол 4 мг. Каждый из терпенов оказывает свое действие на мочевые пути, благодаря чему формируется целостное влияние в виде отхождения из



мочевыводящих путей камней или фрагментов после их разрушения; спазмолитическое действие; уменьшает боли при почечных коликах; улучшает уродинамику, диурез и почечный кровоток; повышает содержание защитных коллоидов и глюкуроновой кислоты в моче. Также все семь терпенов обладают противомикробной активностью – прямой, т.е. направленной против микроорганизмов, в том числе устойчивых к антибиотикам, так и опосредованной – усиливая эффективность антибиотиков. Устраняя микробный компонент, тем самым мы снижаем вероятность рецидивного камнеобразования.

Как Вы оцениваете уровень комплаентности Роватинекса?

А.Г. Антонов: Уровень комплаентности при приеме Роватинекса можно оценить как очень высокий. Производитель выпускает препарат в виде капель и капсул, но в России доступна только вторая форма. Капсулы удобны в применении, позволяют сохранить все полезные вещества от воздействия агрессивного желудочного содержимого, позволяют легко регулировать дозировку. Кроме того, препарат обладает хорошей переносимостью – побочные явления наблюдаются в единичных случаях и связаны, как правило, с индивидуальной непереносимостью. Повышенная водная нагрузка, рекомендуемая пациентам с МКБ, вкупе с мягким мочегонным действием препарата позволяют увеличить диурез, что способствует более быстрому отхождению камней и их фрагментов. Курс лечения Роватинексом по данным наших российских исследователей может быть от 1 до 3 месяцев после почечной колики с самостоятельным отхождением конкремента и после ДЛТ. Для профилактики камнеобразования достаточно 1 месяца приема в осенне-весенний период.

Возвращаясь к доказательной медицине, какие исследования в отношении Роватинекса проводились в России за последние годы?

А.Г. Антонов: С 50-х гг XX века Роватинекс активно изучался за рубежом, первые исследования датируются 1954 и 1956 гг. Учитывая, что в СССР Роватинекс был доступен только самым высокопоставленным пациентам и поступал на территорию страны, в основном, в 4-е Управление Минздрава, научное обоснование применения препарата было ограничено. Тем не менее, в Советском Союзе Роватинекс применяли такие известные урологи, как Борис Викторович Ясинский, И. Л. Мاستика, Н. П. Турманидзе, М. Д. Джавад-Заде, академик М. Ф. Трапезникова. ■

В 2008 году Роватинекс возвращается на территорию РФ и с тех пор активно применяется для лечения пациентов с МКБ. С этого же времени кафедры и клиники урологии активно участвуют в научных исследованиях, посвященных исследованию эффективности и безопасности препарата у пациентов различных групп.

Так в 2010 году в НИИ урологии профессором Н.К. Дзерановым были изучены литокинетический эффект, спазмолитические свойства и снижение болевого синдрома при почечных коликах, обусловленных камнями почек и мочеточников, а также противовоспалительное и противомикробное действие Роватинекса. Проведенные исследования и клинические испытания показали эффективность применения препарата в комплексном лечении пациентов, страдающих уролитиазом и перенесших оперативные вмешательства по удалению камней почек и мочеточников. Применение препарата особенно показано при микролитах почек и мочеточников, при формировании «каменных дорожек», т.к. способствует снижению количества и выраженности почечных колик и более быстрому отхождению фрагментов. Особо было отмечена хорошая переносимость препарата.

В 2011 году эффективность применения Роватинекса в камнеизгоняющей терапии у больных нефролитиазом была изучена на кафедре урологии и нефрологии ГОУ ВПО Алтайского государственного медицинского университета под руководством профессора А.И. Неймарка. На основании полученных результатов авторы отметили, что за счет усиления диуретического эффекта и нормализации функции почек, препарат позволяет повысить процент самостоятельного отхождения микроконкрементов у пациентов с нефролитиазом.

В 2011–2012 гг. под руководством профессора О.В. Теодоровича был проведен анализ применения Роватинекса оценили 56 случаев у пациентов после эндоскопических операций и ДУВЛ. Эффективность у более чем 80% пациентов говорит сама за себя.

В 2014 году на кафедре урологии Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского и отдела реконструктивной уронефрологии и трансплантации почки НИИ фундаментальной и клинической уронефрологии под руководством профессора Б.И. Блюмберга было изучено применение Роватинекса в периоперационном периоде при дистанционно ударноволновой литотрипсии. Авторами исследования был сделан вывод о положительном влиянии Роватинекса на конечный результат аппаратной дезинтеграции конкрементов при назначении его в составе комплексной медикаментозной поддержки.

Доказанный спазмолитический, диуретический и противовоспалительный эффект

ДОКАЗАННОЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ*

Монотерпен	Спазмолитическое	Диуретическое	Противовоспалительное и/или антибактериальное	Усиление тканевого кровотока
Анетол		✓	✓	✓
Борнеол	✓		✓	✓
Камфен	✓		✓	✓
Пинен ($\alpha + \beta$)	✓		✓	
Фенхон	✓		✓	
Цинеол			✓	

Терпены природного происхождения, входящие в состав Роватинекса, оказывают 3 основных действия: спазмолитическое, диуретическое и противовоспалительное. Роватинекс улучшает пассаж мочи, уменьшает воспаление и спазм гладкой мускулатуры, тем самым, способствуя выведению песка и мелких конкрементов.*

* Bach T. Preclinical and Clinical Overview of Terpenes in the Treatment of Urolithiasis. European Urology Supplements 9 (2010) 814 – 818. doi:10.1016/j.eursup.2010.11.009 (с модификацией).



Роватинекс оказывает профилактическое действие на литогенную инкрустацию мочеточниковых стентов, препятствует манифестации инфекционных осложнений и улучшает биохимические показатели мочи у больных мочекаменной болезнью после хирургического вмешательства

Режим дозирования: по 1-2 капсулы 3 раза в сутки

Подробная информация:
www.rowatinex.ru

Производитель: Рова Фармасьютикалс Лтд, Ирландия
Официальный дистрибьютор: АО «Мединторг»
+7 (495) 921-25-15 | www.medintorg.ru

роватинекс



Эффективность препарата Роватинекс для лечения мочекаменной болезни всесторонне доказана как зарубежными, так и отечественными исследованиями. Препарат имеет многолетнюю историю применения более чем в 60 странах мира.

Роватинекс является комбинированным лекарственным средством, содержащим 7 активных веществ (растительные терпены) в строго определённом количественном соотношении. Стабильность состава гарантирует контролируемость и предсказуемость положительного результата, и практически полное отсутствие побочных эффектов.

За период с 1954 (год регистрации препарата для клинического применения) по 2016 год общее число участников испытаний препарата превысило 2000 человек. Два рандомизированных плацебо-контролируемых исследования свидетельствуют о достоверно более высокой вероятности самостоятельного отхождения конкрементов, локализующихся в мочеточнике при применении Роватинекса, составляющей соответственно 78% и 67,9%; в группах, получавших плацебо - соответственно 52% и 50% [Mukamel E. et al., 1992; Romics I. et al, 2010].

По данным НИИ урологии вероятность самостоятельного отхождения камня мочеточника вне зависимости от его локализации на фоне приёма Роватинекса составляет 73%. При нахождении камня в нижней трети мочеточника вероятность его отхождения на фоне назначения Роватинекса возрастает до 83%. При традиционной терапии самостоятельно отходят 32% конкрементов мочеточника и 51% камней при локализации в нижней его трети [Сивков А.В., Дзеранов Н.К. и соавт., 2011]

Для мочегонных фитопрепаратов характерен антисептический эффект, которым в полной мере обладает Роватинекс. Включение данного препарата в схему комплексной терапии хронического калькулёзного пиелонефрита позволило сократить сроки достижения ремиссии в среднем в 1,4 раза по сравнению с контрольной группой. [Азизов А.П., 2011]

Доказана эффективность Роватинекса в комплексном лечении пациентов, страдающих уролитиазом и перенёсших оперативное удаление камней почек и мочеточников, при формировании «каменных дорожек», так как препарат способствует более быстрому отхождению фрагментов, уменьшению количества и выраженности почечных колик.

Благодаря практически полному отсутствию токсичности и побочных эффектов Роватинекс может назначаться не только взрослым пациентам, но и детям с 6 лет. Недавние клинические исследования препарата Роватинекс в детской урологической практике подтвердили отличную переносимость даже полугодовых курсов детьми, которым проводилось длительное стентирование мочеточника в связи с гидронефрозом. На фоне приёма препарата не отмечалось ни одного случая удаления дренажа по причине его инкрустации. [Казанская И.В., Бабанин И.Л., и др. 2015]

Приём препарата Роватинекс приводит к снижению лейкоцитурии, увеличению суточного диуреза и стабилизации pH мочи, что снижает риск рецидива после ДЛТ. Приём Роватинекса не сопровождается развитием осложнений и побочных эффектов, что позволяет принимать его в течение длительного времени в составе комплексной литокинетической терапии и для метафилактики рецидивного камнеобразования. [Аляев Ю.Г., Руденко В.И. и др., 2016]

Учитывая хорошую доказательную базу, препарат целесообразно включать в формулярные перечни урологических клиник, особенно занимающихся дистанционной ударно-волновой литотрипсией, а также стационаров, оказывающих урологическую помощь детям.

Подробная информация:
www.rowatinex.ru



В 2014 году в Первом МГМУ им. И.М. Сеченова проведено исследование с участием 150 пациентов с МКБ после ДЛТ. Руководитель исследования – проф. В.И. Руденко – отметил достоверно более сильное спазмолитическое, диуретическое, противовоспалительное и антимикробное действие, чем на фоне стандартной терапии.

В 2015 году на базе Центра «Оперативной андрологии и эндоскопической урологии» Детской городской клинической больницы № 9 им. Г.Н. Сперанского под руководством профессора И.В. Казанской было проведено исследование влияния Роватинекса на уродинамику верхних мочевыводящих путей и дисметаболические процессы у детей с гидронефрозом и обструктивным мегауретером. Полученные данные стали основанием для рекомендации пролонгировать прием Роватинекса до 2-3 месяцев у детей с ретенционными изменениями чашечно-лоханочной системы 1-ой и 2 степени. Такая же схема применения рекомендована детям с дезадаптационным вариантом для повышения эффективности консервативной терапии, а у детей с тяжелыми обструктивными вариантами - с целью более эффективной подготовки к последующим эндоскопическому или хирургическому вмешательствам.

Есть ли ограничения в применении Роватинекса?

А.Г. Антонов: Роватинекс можно назначать практически всем пациентам, за исключением беременных в первом триместре и детей до 6 лет.

При мочекаменной болезни пациент может принимать и другие лекарственные средства. Как сочетается с ними Роватинекс?

А.Г. Антонов: Вы назвали еще одно достоинство препарата – Роватинекс можно сочетать практически со всеми классами лекарственных средств – антибиотиками (фторхинолоны, бета-лактамами, и др), спазмолитиками (но-шпа, папаверин и др.), НПВС, обезболивающими, альфа-адреноблокаторами. Фармакокинетика Роватинекса позволяет использовать его в комбинированной терапии без опасения увеличения побочных эффектов.

Спасибо за интервью! ■

Интервью подготовила В.А. Шадеркина

НЕОТЛОЖНАЯ ДЕТСКАЯ АНДРОЛОГИЯ

В апреле в Москве состоялась IV Всероссийская конференция «Неотложная детская хирургия и травматология», в рамках которой заметным событием стал симпозиум по неотложной детской андрологии «Острые заболевания яичка у детей». Специальный корреспондент Дайджеста урологии посетил мероприятие, благодаря чему читатели смогут узнать содержание некоторых наиболее ярких выступлений.

ПЕРЕКРУТ ЯИЧКА У ДЕТЕЙ: ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Сообщение, посвященное возможностям ультразвуковой диагностики при перекруте яичка у детей, подготовили выступившая с докладом М.С. Юткина, М.И. Горицкий и М.Э. Шувалов. Исследование проведено на базе Московского государственного медико-стоматологического университета имени А.И. Евдокимова и Детской городской больницы святого Владимира (Москва).

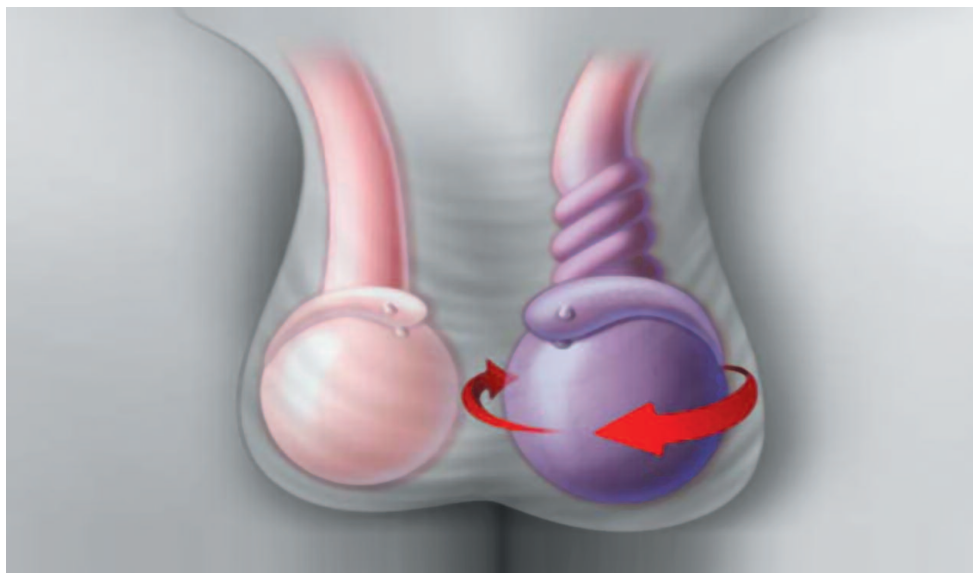
Перекрут яичка является одним из наиболее тяжелых состояний из всех неотложных патологий органов мошонки у детей. При продольной ротации яичка относительно его оси более чем на 180 градусов развиваются тяжелые ишемические нарушения в гонаде, вплоть до ее дальнейшего некроза. К предрасполагающим анатомическим факторам относят нарушение или отсутствие крепления яичка ко дну мошонки, деформацию в виде «языка колокола»: аномально высокий переход одного листка влагалищной оболочки в другую, а также пороки развития, связанные с нарушением миграции яичка в мошонку. Преморбидный фон – отягощенная беременность и сложные роды.

При синдроме отечной мошонки наблюдаются отек и изменение цвета кожных покровов. В таком случае резко снижается диагностическая ценность клинического исследования, в то время как ценность УЗИ увеличивается. Как отметила докладчик, в таком случае ультразвуковое исследование является

наиболее высокоинформативным и безопасным неинвазивным методом лучевой визуализации органов мошонки.

Исследователи проанализировали большое количество пациентов с подозрением на патологию мошонки, разделив их на две группы наблюдения. Первая из них – антенатальный перекрут яичка: с 2002 по 2014 год осмотрено 237 новорожденных (до 1 месяца жизни). В 46 случаях наблюдался перекрут яичка, еще в 5 – двусторонний перекрут. Вторая группа – перекрут яичка у детей старше первого месяца жизни. Наблюдалось 2746 пациентов, выявлено 148 случаев перекрута (ни одного двустороннего).

Всем детям УЗИ выполнялось на аппаратах экспертного и премиум-класса без дополнительной подготовки, по стандартной методике. Продолжительность исследования составляла около 8 минут. В первой группе пациентов (новорожденные) наиболее высокоинформативным эхографическим симптомом являлось отсутствие сосудистого рисунка при цветовом доплеровском картировании в паренхиме яичка и придатка. Единственным ложноположительным оказалось одно наблюдение отсутствия сосудистого рисунка при ишемическом поражении гонады на фоне ущемления пахово-мошоночной грыжи. Несколько менее чувствительными, но также высокоспецифичными и информативными симптомами были ■

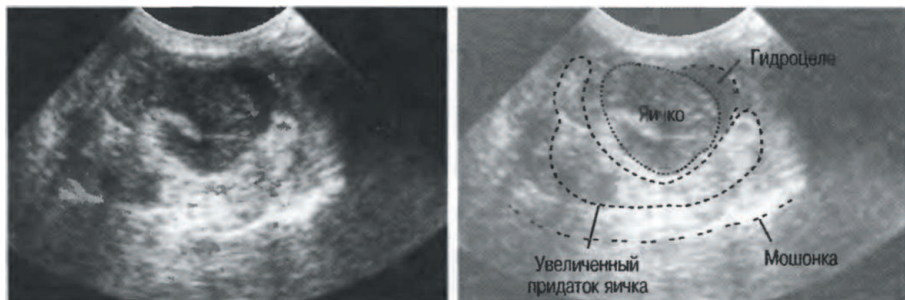


структурные изменения паренхимы (в подавляющем большинстве случаев – гетерогенность), а также изменения размеров, облигатно сочетавшиеся с изменением формы яичка. Такие эхографические симптомы, как утолщение оболочек яичка, наличие гетерогенного или гомогенного жидкостного содержимого в оболочках, были неспецифичными.

Такой эхографический симптом, как «whirlpool sign» – собственно перекручивание семенного канатика – в группе новорожденных выявлен не был. Он оказался характерен для детей в возрастной группе старше 1 месяца жизни.

По данным только эхографической картины сложно судить только о сроках давности ишемических нарушений в гонаде, однако докладчик считает целесообразным выделить в группе антенатальных перекрутов условно «остро-подострого» перекрута, для которого характерно сочетание следующих симптомов: визуализируются нормальные или несколько увеличенные размеры гонады на фоне ее овальной, шаро- или бобовидной формы, сочетающихся с нарушением структуры (гетерогенность). Необлигатным симптомом может являться гетерогенное или жидкостное содержимое в оболочках на фоне их утолщения.

Кроме того, условно выделяется «давнопрошедший» перекрут яичка у новорожденных. При нем характерна визуализация уменьшенных размеров гонад на фоне неструктурности их паренхимы с невозможностью достоверно отделить яичко от окружающих тканей. Кроме того, в таком случае возможно диффузное повышение эхогенности паренхимы или различие гиперэхогенного «ободка» по периферии яичка. Также для обоих типов – «остро-подострого» и «давно-прошедшего» – характерно отсутствие сосудистого рисунка в оболочках яичка при цветовом доплеровском картировании.





К сожалению, ни в одном наблюдении антенатальных перекрутов не получено благоприятного результата. Как после оперативного лечения, так и в случаях консервативного наблюдения был зарегистрирован один склероз гонады, и в трех случаях при динамическом наблюдении отмечался лизис тканей яичка.

При перекруте яичка у детей старше 1 месяца также наиболее информативным являлся эхографический симптом отсутствия сосудистого рисунка. Единственным ложноотрицательным результатом было наблюдение спонтанной деторсии непосредственно до ультразвукового исследования. Также высокоинформативным симптомом являлось изменение формы, облигатно сочетавшееся с увеличением поперечного размера гонады на фоне диффузных изменений паренхимы.

Собственно, изменения паренхимы у детей старше месяца зависят от сроков давности ишемических нарушений. Чем больше срок ишемии, тем они выраженнее. Исследователи связывают это с доказанной полной гибелью клеток Сертоли и Лейдига после двенадцати часов ишемии гонад. После десяти часов анамнеза перекрута также наблюдались выраженные гетерогенные изменения паренхимы. Во всех случаях наиболее информативным симптомом было отсутствие визуализации сосудистого рисунка.

В небольшом количестве наблюдений удалось визуализировать сам перекрут семенного канатика, «*whirlpool sign*», однако этот симптом не является абсолютно информативным и визуализируется не всегда. В подавляющем большинстве случаев для этой группы результаты были благоприятными.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что перекрут яичка у новорожденных эхографически, в отличие от детей старшей возрастной группы, характеризуется грубыми структурными изменениями паренхимы яичка и придатка, что свидетельствует о необратимых изменениях гонады. Наиболее информативными эхосимптомами при перекруте яичка являются отсутствие сосудистого рисунка в яичке и придатке и нарушение их структуры. По результатам, полученным исследователями, точность высокоразрешающего УЗИ с доплерографией при перекруте яичка для всех возрастных групп достигает 98%. Кроме того, эхографический симптом «*whirlpool sign*», типичный для детей старшего возраста, у новорожденных не обнаруживается и диагностической ценности не имеет. ■

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЗАВОРОТЕ ЯИЧКА У ДЕТЕЙ

Исследование Д.Н. Щедрова, А.И. Андреева и А.С. Симанова, проведённое на базе Ярославской областной детской клинической больницы, освещает некоторые спорные аспекты хирургической тактики лечения заворота яичка у детей.

Несмотря на то, что заворот яичка составляет относительно небольшой удельный вес в структуре синдрома острой мошонки (около 10% по собственным данным исследователей), высокая распространенность неблагоприятных исходов и социальная значимость оставляют место для дальнейшего изучения проблемы. Основные вопросы, которые возникают в этом случае перед хирургом, – показания к первичной орхэктомии, показания и сроки проведения закрытой мануальной деторсии, выявление критериев нежизнеспособности гонады, необходимость фиксации как страдающего, так и контрлатерального яичка, необходимость эндопротезирования, а также выбор тактики при рецидивирующем и привычном завороте.

Что касается **показаний к первичной орхэктомии**, по опыту ярославских специалистов, сочетание срока заболевания более 24 часов и степени торсии более 360° в 98% означает некроз гонады. Вопросы возникают в сомнительных случаях жизнеспособности. Так, в случае выраженной критической ишемии первоначально гонада может сохраняться, но при ревизии через 2–5 суток у 84% таких пациентов была выполнена орхэктомия в условиях выраженного вторичного воспаления мягких тканей мошонки. У других 16% через год наблюдалась выраженная атрофия яичка с потерей более 70% объёма. Так что критическую ишемию в Ярославле считают показанием для удаления гонады.

Что касается **мануальной деторсии**, эффективность метода оценивается авторами в 50%. Проведение целесообразно при малом сроке заболевания (до 6–8 часов), однако мануальная деторсия не отменяет скорейшего оперативного вмешательства: даже при ультразвуковом контроле может сохраняться неполный заворот с частичной ишемией. Кроме того, эту методику исследователи считают противопоказанной при выраженных воспалительных изменениях.

Наиболее трудноразрешимый вопрос – **критерии жизнеспособности яичка**. Принятые клинические критерии: ориентацию на срок и степень заворота, пульсацию сосудов семенного канатика, посветление яичка и придатка после деторсии, наличие



кровотечения при выполнении насечек белочной оболочки, восстановление реперфузии по данным УЗИ и УЗДГ – авторы считают достаточно субъективными. Однако, как подчеркнул Д.Н. Щедров, выступавший с докладом, предложить какие-либо альтернативные ответы на сегодня проблематично.

Следующий вопрос – **фиксация страдающего и контрлатерального яичка**. Страдающая гонада фиксировалась во всех случаях, поскольку, как пояснил докладчик, всегда имеется дефект связочного аппарата. От фиксации контрлатеральной гонады, которая практиковалась на начальном этапе, ярославские специалисты со временем отказались, поскольку только у 8% были отмечены здесь дефекты связочного аппарата. Сейчас она практикуется только при наличии клинических проявлений.

Фиксация всегда проводится по запатентованной методике: с наложением основного срединного шва, а также двух дополнительных боковых швов (латерального и медиального). При необходимости фиксации контрлатеральной гонады, в случае отсутствия воспалительных изменений оболочек и при малой давности заболевания, она производится одновременно с операцией на страдающем яичке. При выраженном отеке оболочек фиксация проводится через 5–7 суток, после стихания воспалительного процесса.

Мало освещены, по словам докладчика, **вопросы эндопротезирования яичка у детей** и подростков. Показания к нему неоднозначны. Исследователи считают протезирование возможным в возрасте ребёнка не младше 14 лет, объеме контрлатеральной сохранённой гонады не менее 14 см³ и сроке после выполнения первичной орхэктомии не менее 3 месяцев. В ярославской клинике было выполнено 22 таких операции. В 17 случаях использовались протезы «МГТ» и в 5 – «Promedon». При эндопротезировании с орхэктомией атрофированного яичка выполняется паховый доступ, а в случае орхэктомии при первичной операции (эндопротезирование в «пустую» мошонку) доступ мошоночный.

Помимо этого, докладчик описал *опыт лечения при рецидивирующем и привычном завороте*. Всего наблюдалось 13 пациентов с рецидивирующим неполным заворотом в среднем возрасте 15 лет и 4 месяца. С жалобами на боли в мошонке все они обращались неоднократно (зарегистрировано 42 обращения). Средний срок от первого эпизода до фиксации составил 7 месяцев, при этом показанием для экстренной госпитализации и фиксации яичка являлась клиническая картина заворота со спонтанной деторсией. У всех 13 больных на операции были выявлены нарушения связочного аппарата, и у 6 – косвенные признаки торсии.

Несомненно, опыт ярославских детских урологов представляется очень важным для его применения в рутинной практике на территории РФ. ■

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МОШОНКИ

Опытом лечения пациентов с острыми заболеваниями органов мошонки поделился сотрудник Детской городской больницы 2 имени святой Марии Магдалины (Санкт-Петербург). Доклад, подготовленный А.Г. Баировым, С.В. Александровым, А.С. Кашиным, Н.А. Зайцевой и П.Н. Поляковым, имел своей целью продемонстрировать опыт лечения пациентов с острыми заболеваниями органов мошонки, а также поделиться некоторыми парамедицинскими аспектами, в том числе, юридическими.

Показания к оперативному вмешательству – к орхэктомии и к фиксации контралатерального яичка при завороте яичка, а также роль ультразвуковой диагностики, – остаются актуальными вопросами в обследовании пациентов с острыми заболеваниями органов мошонки.

Целью исследования было продемонстрировать опыт и тактику лечения таких пациентов. Было включено всего 1256 клинических наблюдений за восьмилетний период (с 2008 по 2015 гг.) В группе преобладали пациенты с перекрутом подвешка придатка или яичка (905 человек) и острым эпидидимитом (199). Ещё 97 случаев приходится на заворот яичка и 39 – на травму органов мошонки. Всем пациентам первично выполнялось оперативное вмешательство. В клинике принято, что **клинический диагноз острого заболевания органов мошонки – это показание для оперативного вмешательства**. Прежде всего, это касается пациентов с заворотом яичка. Существует вопрос гипердиагностики заворота яичка: так, на уровне приемного отделения диагноз был установлен 174 пациентам, однако только у 93 из них он был подтвержден после операции. Тем не менее, по утверждению докладчика, это позволяет существенно сократить сроки до оперативного вмешательства: прекрасно известно, что каждая минута в таком случае идёт в счёт к жизнеспособности гонады. При таком подходе с момента поступления до момента операции у пациентов с заворотом яичка проходит всего лишь 40 минут.

Ревизия органов мошонки выполняется по классической методике. У пациентов с перекрутом подвешка выполняется сначала мини-скрототомия, при необходимости доступ расширяется. С эпидидимитом и травмой яичка выполняется полное выведение гонады изначально. У пациентов с заворотом яичка не так про-



сто бывает различить цвет гонады: признак, на который часто ориентируются диагностически. В процессе вмешательства страдающая гонада фиксируется. Контралатеральную гонаду в этой клинике фиксировать не принято. Дело в том, что за 8 лет наблюдений исследователи не встретили ни одного асинхронного заворота с контралатеральной стороны.

Юридические аспекты – очень сложный момент. Потеря яичка классифицируется как тяжкий вред здоровью (111 и 118 ст. УК РФ.) Докладчик привёл цитаты из двух зарубежных работ, согласно которым и на Западе это является частым поводом для появления судебных тяжб. Так, в американской статье 2001 года (J.R. Matteson и соавт.) говорится: «Перекрут яичка – это потенциальная область для судебных тяжб в связи со срочностью диагностики, диагностической недостоверностью, потенциально неблагоприятным исходом и психологическим страхом потерять гонаду). Более подробная статистика приводится в известном учебнике 2010 года по детской урологии (Gearhart и соавт.): «Ретроспективное исследование более чем 50% застрахованных врачей в Нью-Джерси говорит о 39 случаях за 18 лет. Большинство из них сопровождалось выплатами около 60000 \$. Чаще всего ошибочными диагнозами были эпидидимит и эпидимоорхит. Чаще всего урологи ошибаются, назначая ультразвуковое обследование, также имеется 4 случая неверной хирургической тактики».

Помимо оценки данных истории болезни, проводилось катамнестическое исследование, наблюдение пациентов. Всем пациентам при выписке рекомендовалось обязательное обращение через полгода для осмотра. Из 97 пациентов практически всем было предложено явиться на осмотр в амбулаторно-консультативное отделение стационара, 33 из них согласились. Их удалось разредить на три группы в соответствии с теми данными, которые были получены по УЗИ на третьи сутки после оперативного вмешательства. Прежде всего, оценивался кровоток в гонаде на третьи сутки. В первой группе наблюдалось полное восстановление кровотока, во второй – частичное, и в третьей – его отсутствие (18, 12 человек и 3 человека, соответственно). Безусловно, гонады пострадали у всех. Однако, по словам докладчика, только в третьей группе произошла полная атрофия гонады. Также пациентам старше 16 лет предлагалось самостоятельно выполнить спермограмму и сдать кровь на антиспермальные антитела. При этом не было зафиксировано отклонений по данным спермограммы или достоверного повышения антиспермальных антител. ■

Практически никогда у пациентов с заворотом яичка не удаляется пострадавшая гонада. Это происходит только в том случае, если имеются значительные воспалительные изменения вплоть до расплавления гонады или в случае присоединения бактериальной инфекции. Из 97 пациентов орхэктомия первично была выполнена лишь двум. Докладчик привёл для сравнения данные литературы, где первичная орхэктомия выполняется в диапазоне от 26% до 80% случаев. В представленном исследовании, даже если включить трёх пациентов, у которых произошла атрофия в анамнезе (из 33, явившихся на катamnестическое исследование), неблагоприятный результат наблюдался лишь у 5 пациентов (15% от общего числа).

Таким образом, в результате исследования сделаны следующие основные выводы:

- 1. показания для оперативного лечения пациента с диагнозом острого заболевания органов мошонки выставляются клинически, без дополнительных данных исследований, в том числе, УЗИ;*
- 2. выполнение орхэктомии показано только лишь при наличии тотального некроза гонады, с элементами расплавления паренхимы;*
- 3. показания для фиксации контралатеральной гонады не выявлены;*
- 4. выполнение УЗИ органов мошонки необходимо лишь в послеоперационном периоде для оценки прогноза пострадавшей гонады. ■*



РЕДКИЕ ВАРИАНТЫ СКРОТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У НОВОРОЖДЁННЫХ

Выступление подготовили Е.Б. Ольхова, Е.В. Карцева, Е.В. Дземешко и Г.В. Венгерская на базе кафедры лучевой диагностики МГМСУ и отделения УЗД детской городской больницы святого Владимира (Москва).

Ультразвуковая диагностика является единственным реально доступным визуализирующим методом при скротальной патологии. При этом важно, что УЗИ не имеет противопоказаний и не требует дополнительной подготовки, инвазивное и недорогое исследование. Показаниями к его проведению являются все варианты внешних и пальпаторных изменений области мошонки, лонной области и паховых областей, негативная реакция младенца на пальпацию в этих зонах, а также анамнестические данные о структурных изменениях органов мошонки, лонной и паховой областей (включая данные антенатального УЗИ).

Одной из редких патологий является **двусторонний антенатальный перекрут яичка**. Он существует в двух вариантах: гомохронном и гетерохронном. Второй требует к себе особого внимания: при наличии недавно произошедшего перекрута одного из яичек перекрут второго, произошедший ранее, часто пропускается при диагностике.

Часть детей, перенёсших недиагностированный антенатальный перекрут яичка, поступили к врачам уже в возрасте нескольких лет с предположением о наличии у них крипторхизма. При обследовании у них обнаруживается склерозированная неструктурная гонада предельно малых размеров.

Другая хорошо знакомая специалистам патология – **пахово-мошоночная грыжа**. В зависимости от содержимого в просвете, эхографически кишечные петли в грыжевом мешке могут иметь чрезвычайно разные формы. В частности, возможно наличие большого количества газа в кишечных петлях, затрудняющее процесс диагностики. При выполнении ультразвукового исследования обязательна оценка тестикулярного кровотока, а также кровотока в элементах брыжейки кишки, являющихся грыжевым содержимым.

Редкий вариант пахово-мошоночной грыжи – так называемая грыжа Amyand, аппендикс, расположенный в грыжевом мешке. Как отметила профессор Е.Б. Ольхова, выступавшая с докладом, в практике исследователей встретилось 9 таких наблюдений, ■

и в 6 из них аппендикс был воспалительно изменён, соответственно, последовали значительные изменения органов мошонки. Эхографически наблюдается воспалительно изменённый червеобразный отросток в грыжевом содержимом, увеличенный в диаметре до 4–5 мм, структуры отростка плохо дифференцируются. Также заметно значительное усиление сосудистого рисунка в стенке и брыжейке воспалённого отростка. Во всех 9 случаях данные УЗИ были подтверждены интраоперационно.

При **водянке оболочек яичка** часто имеет место диагностическая ошибка: яички на фоне выраженной водянки трактуют как склерозированные из-за зрительного повышения эхогенности их паренхимы вследствие эффекта дистального усиления (большое количество жидкостного содержимого). Для избежания этой ошибки, как подчеркнула докладчик, нужно выполнять позиционное сканирование: смотреть яичко с другой стороны.

Более редкие ситуации при водянке – наличие взвеси или множественных септ в водяночной жидкости, что обычно свидетельствует о перенесённом или текущем воспалительном процессе. В любом случае здесь необходимо проявить настороженность и расширить зону обследования с обязательным выполнением УЗИ органов брюшной полости. В частности, производится прицельный поиск энтероколита, перитонита и внутрибрюшного выпота.

Орхоэпидидимит у младенцев встречается не так редко, как можно предположить. Из 250 обследованных младенцев он оказался у 30. Распространённое мнение о том, что причиной орхоэпидидимита у младенцев является рефлюкс инфицированной мочи, специалисты не подтверждают. Сочетанная патология органов мочевыделительной системы в виде аномалий развития или воспалительных поражений была выявлена только у 10% пациентов: недостаточно, чтобы говорить об этом генезе как об основном. При орхоэпидидимите на УЗИ наблюдаются значительное утолщение оболочек яичка, гнойно-фибринозное содержимое в оболочках, а также значительное усиление сосудистого рисунка яичка, придатка, оболочек яичка и семенного канатика.

Крайне редко встречается **тестикулярный микролитиаз**. Достоверных данных о его частоте у детей нет: заболевание обнаруживается случайно при осмотре по поводу других состояний.

Киста семенного канатика обычно не вызывает проблем при диагностике. На УЗИ видно овальной формы тонкостенное образование с чисто жидкостным содержимым, расположенное по ходу семенного канатика. При атипичной форме кисты



(со втяжениями и деформациями), а также наличии септ, перетяжек и взвеси в её просвете может иметь место воспалительный процесс.

Варианты экстратестикулярной патологии также могут клинически манифестировать **синдромом отечной мошонки**. Причина такой ситуации – незаращенные вагинальные отростки брюшины, соответственно, у младенцев, в отличие от других возрастных групп, могут возникнуть коммуникативные пио- и **гематоцеле**. Настораживать специалиста должны наличие взвеси, дисперсных включений, осадка на поверхности яичка. Само яичко структурно не изменено. Обязательна также оценка паховых каналов, открытых при коммуникативных пио- и гематоцеле. Во многих случаях заболевание бывает двусторонним.

Часто коммуникативное гематоцеле развивается у младенцев как следствие натальной травмы. Редчайшее состояние при этом – разрыв селезенки, более частое – разрыв печени. Приходит такой пациент зачастую с диагнозом «антенатальный перекрут яичка».

У младенцев с перитонитом на фоне язвенно-некротического энтероколита возникают ситуации, связанные с резким отеком мягких тканей мошонки. Патологического содержимого в оболочках нет, но внешний осмотр не позволяет определить патологию.

Глубокая экстравагинальная гематома мошонки может развиваться при наличии забрюшинного кровотечения. Стандартный случай – массивная гематома надпочечника. В отличие от коммуникативных гематоцеле, экстравагинальные гематомы развиваются только на стороне поражения.

Гематома мошонки может возникать на фоне позднего геморрагического синдрома (в практике авторов доклада – у младенца после операции по поводу пахово-мошоночной грыжи). На УЗИ наблюдается значительное количество гетерогенного содержимого в оболочках яичка. Необходим контроль интратестикулярного кровотока: возможно сдавление яичка и нарушение кровообращения. Также гематома мошонки с массивным кровоизлиянием в мягкие ткани может развиваться при раннем геморрагическом синдроме. В таком случае эхографически мягкие ткани мошонки резко утолщены, малоструктурны, с неравномерным повышением эхогенности (имбибиция кровью мягких тканей), жидкостного содержимого в оболочках нет.

Приведенные в докладе данные лишний раз подтверждают необходимость выполнения ультразвукового исследования и его применения в качестве доступного скринингового метода в отношении патологии мошонки. ■

НЕПОЛНЫЙ ПЕРЕКРУТ ЯИЧКА У ДЕТЕЙ

Авторы исследования, проведённого на базе НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Научного центра здоровья детей (Москва) – М.В. Григорьева, Э.Н. Гасанова, О.О. Саруханян, И.В. Батунина и В.Б. Чертюк – решили поделиться взглядом на диагноз, который, по словам докладчика, многим в аудитории мог бы показаться спорным: неполный перекрут яичка. В структуре острых заболеваний органов мошонки перекрут яичка занимает относительно небольшой процент (в среднем 7% – по сравнению с 71% для перекрута гидатиды), но это тяжелое повреждение и потенциально органоуносящая ситуация, требующая подробного обсуждения среди специалистов.

Характерный возраст заболевания — 12–17 лет. В пубертате увеличивается кровоснабжение яичка, повышаются подвижность и чувствительность, кремастерный рефлекс. В результате из-за особенностей расположения кремастерной мышцы происходит перекрут яичка.

Проанализировав результаты на примере 38–40 больных, исследователи увидели, что клиническая картина более выражена при перекруте на один или два полных оборота. Клиника и ультразвуковые проявления в таких случаях отличаются от всех прочих. В результате было принято решение выделить как отдельную патологию неполный перекрут яичка (степень перекрута до 360°).

Характерным признаком перекрута яичка является его острое начало. Как правило, оно сопровождается болевым шоком вместе с сопутствующими ему бледностью и слабостью, иногда — тошнотой. В первые часы отёка и гиперемии не бывает, однако они развиваются со временем как вторичные изменения при некрозе яичка. Однако при неполном перекруте боль может быть умеренной, а начало — постепенным.

Эхографическая картина типична и отличается от других острых заболеваний яичка. Основной эхографический признак при перекруте яичка — деформация мошоночной части семенного канатика, обычно спиралевидная или по типу «улитки».

Выделяются округлость яичка из-за венозного застоя, небольшое количество жидкости и отсутствие кровотока в паренхиме при полном перекруте. При неполном перекруте яичка кровоток сохранен, потому, как утверждает докладчик, встречаются ложноотрицательные диагностические случаи. Нужно помнить о необходимости комплексной постановки диагноза. Любое подозрение на перекрут



яичка должно быть показанием к операции: клиническое, анамнестическое или ультразвуковое.

Как показывает практика исследователей, при неполном перекруте яичка своевременное хирургическое вмешательство позволяет сохранить орган и добиться полного его восстановления. Даже у пациента с неполным перекрутом суточной давности (первоначально ему был диагностирован орхоэпидидимит) не наблюдалось явных нарушений кровообращения. По словам докладчика, обычно в случае неполного перекрута яичка микроциркуляторные нарушения обратимы. Несмотря на это, таким пациентам в не меньшей степени необходимо оказание экстренной помощи.

Кроме того, на ранних сроках заболевания практикуется закрытая мануальная деторсия под контролем УЗИ. В случаях, когда эта мера не помогает, применяется хирургическое вмешательство.

В заключение докладчик ещё раз подчеркнула, что умеренная болезненность и постепенное начало не исключают перекрута яичка: он может оказаться неполным. Сохранение кровотока при ЦДК в проекции паренхимы также не исключает наличия неполного перекрута, так что врачу в процессе диагностики необходимо проявлять бдительность. ■



ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕКРУТА ГИДАТИДЫ У ДЕТЕЙ

Доклад о лечении осложненного и неосложненного вариантов перекрута гидатиды был представлен сотрудниками НИИ неотложной детской хирургии ДЗ г. Москвы и Научного центра здоровья детей Минздрава РФ. Авторы – Э.Н. Гасанова, М.В. Григорьева, О.О. Саруханян, Н.В. Телешов и И.В. Батунина.

Гидатида яичка — это рудимент мюллеровых и вольфовых протоков. Различные провоцирующие факторы способны приводить к резкому сокращению кремастерной мышцы, перегибу и перекруту ножки гидатиды и, вследствие этого, ишемии и некрозу гидатиды.

В исследование вошло 664 пациента с острыми заболеваниями яичка в период за 6 лет: с 2009 по 2015 год. Основную часть патологий представляют перекруты гидатиды: 72% (480 больных). Были выделены две группы: с осложненным (78%) и неосложненным течением (22%). В распределении по возрасту основная доля приходится на пациентов от 7 до 12 лет.

Клиническая картина осложненного течения характеризуется отеком и гиперемией пораженной половины мошонки, а также резкой болезненностью. При неосложненном течении наблюдаются субклинические проявления: локальная болезненность (только при движении и пальпации), отсутствие гиперемии и отека.

Всем пациентам выполнялась ультразвуковая диагностика. При осложненном течении визуализировалась гидатида, вместе с тем вывалились утолщение, слоистость оболочек яичка, определялось скопление жидкости в полости собственной влагалищной оболочки яичка, наблюдалось увеличение размеров и снижение эхогенности головки придатка. При неосложненном течении визуализировалась только гидатида, отсутствовали эхографические патологические изменения органов мошонки.

Терапевтический алгоритм для перекрута гидатиды выбирается в зависимости от течения. При осложненном применяем хирургическое лечение: гидатидэктомия путем электрокоагуляции ножки гидатиды. Неосложненное течение лечится консервативно с обязательным клиническим и ультразвуковым контролем.



В ходе исследования было выполнено 372 экстренные операции, в 104 случаях примерялось консервативное лечение. Еще 4 пациента, у которых консервативные меры оказались неэффективны, получили отсроченные операции.

Специалисты провели катамнез для всех пациентов с неосложненным течением перекрута гидатиды, лечившихся консервативно. При этом жалобы отсутствовали, не было повторных приступов болей в мошонке, пальпация в мошонке оказывалась безболезненна, не определялось патологических образований. Во всех случаях при клиническом обследовании патологических изменений органов мошонки не было выявлено.

При ультразвуковом исследовании для определения отдаленных результатов консервативного лечения в 70% случаев гидатида не визуализировалась, исследователи связывают это с лизированием тканей. В 28% случаев визуализировалась неизменная гидатида. У двух пациентов выявлены у верхнего полюса яичка гидатиды в виде гиперэхогенного образования (склерозированные).

Дифференцированный подход к хирургической тактике при перекруте гидатиды у детей предусматривает консервативное противовоспалительное лечение про неосложненной форме заболевания и хирургическое — при осложненном течении. УЗИ является высокоинформативным методом дополнительного исследования, который в комплексе с клиническими данными позволяет дифференцировать острые заболевания яичка у детей и определить показания к хирургическому лечению.

Таким образом, дифференцированный подход к хирургической тактике при перекруте гидатиды у детей предусматривает консервативное противовоспалительное лечение про неосложненной форме заболевания и хирургическое — при осложненном течении. УЗИ является высокоинформативным методом дополнительного исследования, который в комплексе с клиническими данными позволяет дифференцировать острые заболевания яичка у детей и определить показания к хирургическому лечению. Использование ультразвуковой диагностики и разумный подход к необходимости хирургического вмешательства позволяют добиться хороших результатов лечения: в данном исследовании 22% пациентов получили лечение без операционной травмы. ■

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ: ЧЕТЫРЕ ПРИНЦИПА ПРИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЯИЧКА У ДЕТЕЙ

Алгоритмом диагностирования острых заболеваний яичка поделились сотрудники Детской краевой клинической больницы г. Ставрополя и Ставропольского государственного медицинского университета.

Свой доклад Ю.Н. Болотов, С.В. Минаев, И.Н. Анисимов, Е.В. Степанова адресуют, прежде всего, врачам первичного звена. Как подчеркнул Ю. Н. Болотов, выступавший с докладом, ключевыми фигурами в диагностике острых заболеваний яичка у детей являются детские хирурги и детские урологи поликлиник, доктора приёмных отделений, дежурные врачи, а в районах – общие хирурги и общие урологи.

Предложенный алгоритм представляет собой схему, последовательно отвечая на вопросы которой врач должен неминуемо прийти к правильному диагнозу и, соответственно, к правильной тактике лечения. В основе его лежат четыре принципа:

1. Пока не доказано иное, причиной острых болей в яичке следует считать его перекрут.
2. УЗИ используется для исключения, но не для подтверждения клинически выставленного диагноза перекрута яичка.

3. Необходимо помнить об этапности течения острых заболеваний яичка. О ней известно давно, но, по словам докладчика, на определённом этапе этот факт потерял свою значимость в связи с переходом на активную хирургическую тактику, потому следует напомнить, что обычно выделяется начальная фаза, когда есть боль, но нет отёка и гиперемии, фазу разгара, когда отёк и гиперемия появляются, плюс ранее выделялась фаза стихания воспалительных процессов, медленно переходящая в атрофию яичка.

4. Последний принцип основан на собственных данных исследователей, которые показали, что чувствительность и специфичность клинической диагностики в первую фазу очень высоки и превышают таковые для ультразвуковых исследований. В то же время, на второй фазе, при развитии отека и гиперемии, чувствительность и специфичность клинической диагностики резко снижаются до 4%, но возрастают у УЗИ.

В общих чертах алгоритм состоит из трёх блоков: локального статуса, анамнеза и диагностики. Поворотным моментом является наличие или отсутствие отёка мошонки. Если отека нет, то диагноз должен ставиться, в основном, на клиническом осмотре. При наличии отёка и гиперемии незаменимо УЗИ.

При обращении пациента с острой болью в мошонке без отёка и гиперемии специалисты, согласно алгоритму, переходят к **первому блоку**, детально и активно разыскивая ряд симптомов. Если яичко подтянуто к корню мошонки, имеет горизонтальное положение,



болезненно, кремастерный рефлекс отсутствует, головка припадка, по данным пальпации, расположена спереди, снизу и медиально, то не вызывает сомнений перекрут яичка, обследование нужно прекратить и приступить к лечению. Если эти симптомы отрицательные, переходят к поиску следующих: наличия пальпируемого образования у верхнего полюса яичка, его эквивалента — симптома «синего пятна» или же симптома «плавающей точки» при диафаноскопии. Если все эти симптомы положительные, уверенно диагностируется перекрут гидатиды, можно приступать к лечению. В случае, когда все эти данные отрицательные или сомнительные, или же пациент поступил уже с отёком и гиперемией мошонки, что автоматически делает их таковыми, вероятен эпидидимит, и следует перейти ко **второму блоку** — анамнезу. Здесь выявляется возраст: наиболее опасными в плане перекрута яичка являются промежутки 0–3 года и 12–18 лет. Далее устанавливается выраженность болевого симптома: при бледности кожных покровов и наличии холодного липкого пота эпидидимит маловероятен. Другие рассматриваемые факторы: острое начало симптомов, наличие связи с травмой или резкими движениями, тошнота и рвота, первичное обращение в срок до шести часов. Докладчик подчеркнул, что в его практике ни один пациент с перекрутом яичка долго не оставался дома. Все они обращаются за помощью, как правило, в первые 2–3 часа. При наличии трёх и более признаков очень высока вероятность перекрута яичка, и следует немедленно перейти к лечению.

В случае, когда признаков менее трёх, переходят к **третьему блоку** — ультразвуковой диагностике. В ставропольской клинике используются только четыре ультразвуковых признака: относительный размер яичка и придатка, а также эхоструктура яичка и придатка. Если и яичко, и придаток гомогенные и не увеличены по сравнению с контралатеральными более, чем на 20%, диагностируется эпидидимит и назначается консервативное лечение. Когда яичко увеличено не более, чем на 20% по сравнению с контралатеральным и гомогенно, а придаток гетерогенный и резко увеличен в размерах, диагностируется перекрут гидатиды, показано оперативное лечение. Самый сложный вопрос возникает, когда и яичко, и придаток гетерогенны и увеличены в размерах по сравнению с контралатеральными. Тут возникают два варианта: либо перекрут яичка, либо орхоэпидидимит. Необходимо дифференциальная диагностика по результатам ультразвуковой доплерографии (кровоток снижен при перекруте яичка, нормальный или повышен при орхоэпидидимите).

Как подчеркнул в заключение Ю.Н. Болотов, внедрение предложенного алгоритма в ставропольской Детской краевой клинической больнице позволило в течение двух лет сократить количество эксплоративных операций в три раза при сохранении среднего годового количества операций по поводу перекрута яичка и гидатид. ■

ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЯИЧЕК

В завершение симпозиума «Неотложная андрология: острые заболевания яичка у детей» на IV Всероссийской конференции «Неотложная детская хирургия и травматология» был представлен доклад о спорных вопросах в диагностике и терапии детей с острыми заболеваниями яичек. Материал подготовили Е.А. Володько, К.К. Мираков, А.В. Аникеев и А.Б. Окулов на базе Российской медицинской академии последипломного образования Минздрава РФ.

По мнению докладчика, актуальность заявленной темы не вызывает сомнений в силу большой медико-социальной значимости. Оперативные вмешательства по поводу «синдрома острой мошонки» у мальчиков занимают по частоте второе место после аппендэктомий. При этом доля перекрута яичка у детей после 1 года составляет от 13 до 26%, а у детей до года — 67%. В случае, если длительность ишемии превышает 6–8 часов, атрофия яичка наступает практически в 90% случаев. Общая частота проведения орхэктомии колеблется в пределах от 59 до 88%.

Острые заболевания мошонки включают в себя несколько нозологий: это перекрут гидатиды, воспалительные изменения яичка и придатка (эпидидимит, орхит), которые могут иметь серьёзные последствия в связи со значительными изменениями паренхимы органов, а также перекрут яичка. Здесь, при кажущейся однозначности проблемы, имеется целый ряд дискуссионных вопросов относительно диагностики и лечебной тактики. В условиях современной клиники стандартом инструментальной диагностики можно считать ультразвуковой метод. К сожалению, он не всегда бывает доступен и может не давать нужной информации на ранних сроках заболевания. В таком случае решается вопрос об экстренной скрототомии при наличии любых подозрений на перекрут яичка.

Как отметил докладчик, для хирурга принятие решения о необходимости органоуносящей операции — всегда морально тяжёлый момент. Имеется достаточно признаков нежизнеспособности гонады, но многие из них, к сожалению, являются субъективными. Какой из критериев более достоверен, сложно сказать. Таким образом, необходимо учитывать совокупность факторов, куда входят возраст паци-



ента, степень перекрута яичка, срок заболевания, данные УЗИ, внешний вид после деторсии, а также качественная оценка артериального кровотока из белочной оболочки.

Существуют различные данные о **фертильности пациентов, перенёсших перекрут яичка**. По некоторым из них, вне зависимости от удаления или же сохранения гонады, в отдалённом периоде фертильность снижается до 12–27% (Puri, 1995; Hagen, 1992), а качество репродуктивного материала ухудшается — олигоспермия у 11–42% пациентов (Anderson, 1992; Arap, 2007).

Различные авторы пытаются найти связь атрофии пострадавшего яичка со степенью перекрута семенного канатика, а также с его длительностью. Так, согласно одному из исследований, при перекруте длительностью от 0 до 12 часов атрофия гонады наступает в 10% случаев, от 12 до 24 часов — в 40%, и в 75% случаев после 24 часов (Visser & Heyns, 2003).

Надежда на хотя бы частичную жизнеспособность яичка порой заставляет сохранять полностью некротизированную ткань. При этом не принимаются во внимание такие механизмы, как гематотестикулярный барьер и иммунная изоляция яичка, при нарушении которых возникает риск аутоиммунной агрессии, что подтверждается многими исследованиями. В случае развития аутоиммунной реакции существует вероятность повреждения сперматогенного эпителия и здорового яичка.

Показаниями к экстренной орхиэктомии на данный момент считаются отсутствие визуальных признаков кровоснабжения в течение 10–15 минут, отсутствие кровотока из белочной оболочки и признаков кровотока при интраоперационной эхографии, а также некроз ткани по результатам интраоперационной биопсии. Показанием к отсроченной орхиэктомии считают наличие признаков атрофии.

Многие авторы стремятся к объективизации **фактора некроза яичка**. К объективным критериям на сегодня относят результаты качественной оценки артериального кровотока из разреза белочной оболочки в течение 10 минут, а также результаты биопсии (некроз семенных канальцев и диффузные кровоизлияния в межканальцевой строме). Однако сложно сказать, насколько полезной окажется биопсия в экстренной ситуации.

Кроме того, остаётся дискуссионным вопрос о необходимости фиксации контрлатерального яичка в плановом порядке или же при первичной операции. Известны варианты анатомии и пороки развития, которые predisposing к ■

перекруту. В практике часто наблюдается перекрут интактного яичка после перенесённого перекрута с другой стороны. Так что, с точки зрения исследователей, фиксировать противоположное яичко все-таки следует для обеспечения его сохранения.

В послеоперационном периоде не всегда производится адекватный контроль над состоянием гонады. Нередко ограничиваются проведением ультразвукового исследования с оценкой кровотока. Возможно, для более четкого понимания происходящих процессов имеет смысл привлекать более современные методы исследования, в числе которых сцинтиграфия или ангиография. Может понадобиться оценка секреторной функции гонад, биохимических показателей некроза и уровня эндотоксинов. Однако при наличии интактного яичка может быть тяжело оценить секреторный уровень пострадавшего.

Спорным также является вопрос о назначении *терапии глюкокортикоидами*. Некоторыми авторами её необходимость ставится под сомнение. Неоднозначно отношение и к блокаде семенного канатика: должна она выполняться однократно во время операции, или же ежедневно в послеоперационном периоде? То же касается назначения гонадотропных препаратов и ангиопротекторов с целью улучшения гемодинамики и трофики яичка: каковы должны быть сроки их применения?

С точки зрения исследователей, терапия должна быть комплексной: необходимо учитывать все патогенетические, биохимические, иммунные и биологические факторы для конкретного пациента.

Кроме того, обсуждается возможность *сохранения биологического материала* при перекруте яичка и орхэктомии. Известно о ведущихся в этом направлении исследованиях и получении положительных результатов при других патологиях, сопровождающихся атрофией тестикулярных тканей. Сложно бывает оценить возможные воздействия антиспермальных антител на интактное яичко, способные в будущем повлечь патоспермию, так что, возможно, методики забора биологического материала имеет смысл апробировать и при перекруте яичка. Это представляется авторам доклада одним из приоритетных направлений для исключения инфертильности у пациентов с перекрутом. Методики забора и сохранения материала, однако, остаются под вопросом.

В заключение докладчик выразил надежду на то, что совместное решение дискуссионных вопросов, представленных в выступлении, приведёт к улучшению качества помощи детям с острыми заболеваниями яичка. ■

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

Урологическая заболеваемость в России
Стресс, метаболический синдром и
почек
TVT - 10 лет в России
Генетическая предрасположенность
к заболеваниям мочевого пузыря



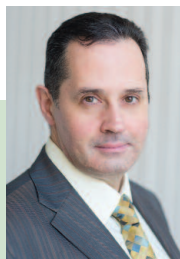
Профессиональное издание для урологов, онкологов, урогинекологов, андрологов, детских урологов, фитизиоурологов и врачей смежных специальностей, научных работников, ординаторов, аспирантов.

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.

ТРЕТИЙ ИЗРАИЛЬСКИЙ УРОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПОЗИУМ: ЧТО ПОРАЗИЛО, КРОМЕ СИЛЬНОЙ ЖАРЫ?



В.Ю. Старцев

д.м.н., профессор кафедры онкологии, детской онкологии и лучевой терапии СПбГПМУ, член-корреспондент РАЕ

С 5 по 7 июля 2016 года в Тель-Авиве (Израиль) состоялся очередной, третий по счету, урологический Симпозиум. Какими же находками может поразить очередное урологическое мероприятие своих участников, слетевшихся со всего мира (Ближний Восток, Евразия, Американский континент и Австралия)?





Без финансовой поддержки

Первый отличительный момент мероприятия – все гости 3го FOIU (3rd Friends of Israel urological symposium, или дословно «3й урологический симпозиум друзей Израиля») прибыли в Тель-Авив **без поддержки фармакологических компаний**. Этот факт подчеркнул председатель оргкомитета симпозиума проф. Jacob Ramon (Из-раиль), что было подтверждено содержанием самих выступлений. Из более 80 докладов за 2,5 дня не прозвучало ни одного выступления, напоминающего «тонкий маркетинговый ход» от фармкомпаний. Каждый доклад был выверен, в соответствии с клиническими рекомендациями, и построен с четким медико-статистическим обоснованием.

Невзира на регалии

Второй отличительный момент – четкая регламентация докладов. Вне зависимости от рангов и званий, что явилось интересным решением. Изначально каждому докладу в Программе отводилась продолжительность в 10 минут, и в случае превышения допустимого времени, **микрофон просто... отключали**. Это мотивировало излагать четко, внятно, без лирических отступлений. Сессии стабильно начинались в 8.00 и завершались к 8 часам вечера. Поэтому представителю русскоязычного сообщества, с наступлением вечерних сессий, доставляло больших усилий удерживать голову в вертикальном положении. Спасало вечернее Средиземное море и бокал прекрасного израильского сухого. Но я отвлекся...

В ходе симпозиума обсуждалось множество вопросов. Наиболее ярких дискуссий в первый день удостоилась проблема радикального лечения больных раком предстательной железы: хирургия или лучевая терапия? Известные урологи, во главе с проф. Laurence Klotz (Канада), против команды радиологов с проф. Michael Zelefsky (США), представили альтернативные данные о разных подходах при данном заболевании, в сочетании с убедительными результатами. Итогом стал вывод о том, что каждому лечебному учреждению экспертного уровня необходим штат и оборудование для осуществления любого метода лечения больных, при обязательном персональном подходе.

Новые классификации

Вообще **индивидуализация лечения больных** разной патологией была краеугольной темой выступлений большинства докладчиков. После обилия полученной научной ■

информации, несомненно, работать становится легче, поскольку есть возможность использовать опыт десятков коллег из разных стран. А голова, как известно, идет впереди рук, даже у хирурга. Во всяком случае, к этому призывают все Guidelines.

Известно, что большинство клиник США, Канады, Германии, Австралии и Израйля оснащены установками для робот-ассистированной хирургии DaVinci и DaVinci Xi. Поэтому не случайно несколько научных секций были посвящены результатам роботической хирургии в клиниках разных стран. Обсуждались нюансы хирургического вмешательства при высоких тромбах рака почки (Genady Bratslavsky, США), при раке предстательной железы (Mark Frydenberg, Австралия), «по полочкам» были разложены этапы роботической радикальной цистэктомии (Gilad Amiel, Израиль). Последний из приведенных подходов вызвал дискуссию со стороны опытных хирургов «открытой цистэктомии» (George Thalmann, Швейцария), что было вдвойне интересно.

Каждая система постоянно нуждается в обновлении, и это неизбежно при современном обилии информации. Изменения в оценке прогноза рака предстатель-



ной железы, благодаря использованию новой патологической классификации, приведены в ходе блестящих выступлений проф. Jonathan Epstein (США), одного из авторов данной классификации (2014). А с новой классификацией рака почки от ВОЗ (2016), в которой учтены размеры клеточных ядрышек и выделены новые типы злокачественных и доброкачественных опухолей, познакомил проф. Evgeny Yakirevich (США). Докладчики отметили, что изменения в трактовке структуры каждой опухоли приближают врача к индивидуальному анализу структуры неоплазмы и ее потенциала, в соответствии с достижениями молекулярной биологии. Ряд ведущих уропатологов Израйля во главе с Eddie Fridman (руководитель отделе-



ния патологии Sheba medical center) успешно перешли на использование новых классификаций в ежедневной клинической практике. Подобные нововведения пока не приняты российским профессиональным сообществом, и потребуется время для оценки, осмысления и принятия решений на уровне Минздрава.

В отрыве от практики

Как это часто бывает, общий объем научных вопросов явно перевешивал чисто практические возможности медиков: некоторые выступления звучали в отрыве от рутинной клинической практики. Так, целая секция была посвящена преимуществам «фьюжн-биопсии» предстательной железы, методики с высокой специфичностью. Проведение этой процедуры стало доступным для пациентов

крупных клиник США, Канады и Израиля, однако рядовые врачи этих стран пока не воспринимают ее как «рутинный» метод. Впрочем, как и в России.

Достоинство прозвучали сообщения о целесообразности резекции яичка при его опухоли небольших размеров (Zohar Dotan, Израиль) и о создании специальных программ, позволяющих сформировать индивидуальные рекомендации по коррекции образа жизни больных СНМП (Andrea Tubaro, Италия). Много дискуссий вызвали вопросы пенильной реабилитации после операций на органах малого таза (Ege Seregoglu, Турция) и восстановления фертильности после применения анаболических стероидов (Eduard Amar, Франция), при кажущейся очевидности ответов на эти и многие другие вопросы.

Российские друзья Израиля

Российская делегация в составе проф. Д.Ю. Пушкаря и Вашего покорного слуги представила в совокупности 4 постерных доклада (из 25 постеров, отобранных оргкомитетом). «Российские постеры вызвали интерес среди участников симпозиума», – отметил в неформальной беседе проф. Laurence Klotz, признавшийся о родственных корнях из Ростова-на-Дону. Кроме того, Дмитрий Юрьевич Пушкарь принял активное участие в качестве докладчика и модератора сессии «Стрессовое недержание мочи и пролапс тазовых органов».

В холле отеля «Хилтон», где проводился симпозиум, поразило обилие интересных стендов. Аппарат для термохимиотерапии больных немышечно-инвазивным раком мочевого пузыря (НМИРМП) приковал внимание простотой устройства, в сочетании с оригинальным дизайном. У меня появилась твердая уверенность, что скоро и отечественные умельцы изготовят нечто подобное. Любопытно, но пока недоступны гелевые химиопрепараты для внутрипросветной (внутрипузырной и внутримочеточниковой) терапии больных НМИРМП, что уже успешно применяется израильскими урологами. Стойка роботической хирургии с симулятором, сиденье которого практически не остывало, пользовалась неизменным интересом.

Плотное общение с коллегами, с обсуждением новых взглядов на старые научные и практические вопросы, возможностей стажировок для молодых врачей и протоколов клинических исследований, в сочетании с морским воздухом и радужным приемом, сделали Израильский урологический симпозиум незабываемым событием середины 2016 года. ■



Что такое сервис медицинских услуг



Nethealth



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



Мы в социальных сетях

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ УРОЛОГИЯ: ПОНЯТНО О НЕПОНЯТНОМ



М.П. Перова
Член Ассоциации медицинских журналистов

30 июня 2016 г. в НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина состоялся круглый стол «Персонализированная урология». Данная тема была выбрана не случайно: на фоне стремительного развития технологий и появления новых знаний происходят кардинальные сдвиги и изменения в различных сферах науки и областях, включая медицину. Основное внимание во время дискуссии было приковано к возможностям осуществления профилактических мероприятий при использовании современных мобильных информационных технологий.



В ходе круглого стола различными специалистами, в числе которых были врачи-урологи, биохимики, а также научные сотрудники нескольких научно-исследовательских центров, были представлены 9 докладов. Возглавили проведение круглого стола директор НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина Олег Иванович Аполихин и заведующий отделом развития региональной урологии с группой телемедицины НИИ урологии и ин-

тервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина Игорь Аркадьевич Шадеркин.

Началась дискуссия с обсуждения новой концепции здравоохранения «Медицины 4П», в основе которой лежит медицина 1) предсказывающая, 2) профилактическая, 3) персонализированная, 4) предполагающая личное участие и вовлеченность пациента. Непосредственно в таком комплексе стало возможным выработать индивидуальный подход к пациенту, что, в свою очередь, способствует профилактике заболеваний, торможению их развития и предотвращению рецидивов. Важно отметить, что персонализированная медицина ни в коей мере не исключает доказательную, а, напротив, расширяет ее рамки и возможности. Именно благодаря новейшим мобильным дистанционным технологиям, стало доступным получение широкого спектра необходимых показателей состояния пациента для постановки точного диагноза при минимальных временных затратах.

Каждому – по потребностям

Главный научный сотрудник Медико-генетического научного центра РАМН, доцент School of Systems Biology, George Mason University **Баранова Анна Вячеславовна** представила доклад «Персонализированный подход в здравоохранении. Медицина, основанная на доказательствах и персонализированная медицина – есть ли противоречие?». В ходе выступления специалист представила историческую справку о зарождении доказательной медицины, плавно перейдя к преимуществам персонализированной медицины индивидуумов, предполагающей выбор различных препаратов для разных групп, сегментацию по геномным профилям, минимизацию побочных эффектов. Среди двух направлений, достигших персонализации, Анна Вячеславовна Баранова отметила раковые вакцины и терапевтическое использование стволовых клеток. Отдельное внимание было приковано различиям масштаба возможностей генотипирования, экзомного секвенирования и секвенирования полного генома.



Биомаркеры – персонализация диагностики

Информативный доклад был представлен доктором биологических наук, заведующим отделом персонализированной медицины ФГБУ «Научно-исследовательский институт биомедицинской химии имени В. Н. Ореховича» РАМН ■



особенностях секвенирования экзома и генома человека. Был дан анализ применения технологий транскриптомики, протеомики, а также метаболомики для выявления злокачественной опухоли.

Практические решения в урологии



специалист выделил 1) прямую ДНК-диагностику наследственных болезней с патологическими изменениями в мочеполовой системе, 2) выявление генетических причин бесплодия, 3) молекулярно-генетическую диагностику онкоурологических заболеваний. По итогам выступления были обозначены следующие выводы: для многих наследственных синдромов с урологической патологией и наследственных онкологических синдромов с поражением почек доступна прямая ДНК-диагностика; генетическое тестирование на делеции AZF, мутации CFTR и ряд других анализов являются эффективной частью обследования бесплодных пар;

Мошковским Сергеем Александровичем на тему: «Геномные и постгеномные технологии в урологии: геномика, транскриптомика, протеомика, метаболомика – введение в проблематику». Специалист подробно рассказал о геномных и постгеномных биомаркерах, их классификации по диагностическому, прогностическому и предиктивному назначению, об

Кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела патологической анатомии с группой молекулярной генетики НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина *Михайленко Дмитрий Сергеевич* представил доклад на тему «Молекулярно-генетическая диагностика в урологии». Среди основных областей применения генетической диагностики в урологии

анализ РНК из опухолевых клеток, присутствующих в осадке мочи, может использоваться в качестве неинвазивной лабораторной диагностики РПЖ; в настоящее время активно применяются (Progenesa) или разрабатываются (Синтол, ТестГен, НИИ урологии) тест-системы для анализа экспрессии генов с помощью ПЦР-РВ.

Становление ИГХ-исследований

Доклад на актуальную тему «Роль современных иммуногистохимических исследований в персонализации противоопухолевой терапии» был представлен заведующим отделом патологической анатомии с группой молекулярной генетики НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина **Ефремовым Геннадием Дмитриевичем**. Докладчик рассказал о становлении развития ИГХ-исследований, об их проведении при раке молочной железы (РМЖ), а также в урологии при раке мочевого пузыря, раке почки, раке предстательной железы (РПЖ) на современном этапе. Были рассмотрены гипотезы возникновения нейроэндокринной опухоли при РПЖ, среди которых были отмечены: пролиферация имеющихся нейроэндокринных клеток, дифференцировка *de novo* стволовых клеток, трансдифференцировка клеток первичной опухоли.



Мочекаменная болезнь – прогноз для каждого пациента

Кандидат медицинских наук, заведующий отделом мочекаменной болезни НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина **Просьянников Михаил Юрьевич** представил доклад на тему «Возможности профилактики и лечения МКБ с позиции персонализированной медицины». Была представлена информация о статистике заболеваемости ■



в РФ и патогенезе МКБ, а также о генетических предпосылках к развитию МКБ среди российской популяции. Специалист рассказал о возможностях использования генетических данных человека для предсказания развития, течения и рецидивирования заболевания, о роли протеома, микробиоты, метаболома и нутрициома в развитии МКБ.

УроГен – прогнозирование урологических заболеваний



Практическому применению новейших разработок в области генетики было уделено внимание в ходе выступления научного сотрудника отдела андрологии и репродукции человека НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина **Красняк Степана Сергеевича** на тему «УроГен – прикладной инструмент генетического исследования для урологов». УроГен является уникальным генетическим тестом, основанным на анализе однонуклеотид-

ных полиморфизмов (SNP или снп) – небольших изменений ДНК, определяющих индивидуальные отличия в течении физиологических процессов в организме, течения заболеваний, а также реакции на медицинские препараты. Эти полиморфизмы оцениваются с применением технологии ДНС-чипов, что делает возможным осуществление одновременного анализа несколько тысяч участков ДНК. В общей урологии УроГен может использоваться для выявления и характеристики МКБ и доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ); в андрологии – по вопросам мужского бесплодия, преждевременной эякуляции, гипогонадизма; в онкоурологии – для определения риска раннего развития РПЖ, риска развития агрессивного РПЖ, осложнения после лучевой терапии. В ходе проведенных ранее исследований было отмечено, что о риске онкоурологических заболеваний может свидетельствовать целый ряд генетических особенностей: rs6497287 (HERC2), определенный цвет глаз, выброс ХРА и BRCA1, уровень стабильности генома. Кроме того, УроГен несет практическую пользу для определения общих параметров мужского репродуктивного здоровья и функционирования мочевыделительной системы, ме-

таболизма лекарственных средств, применяемых в урологии, а также для определения прочих 365 показателей здоровья, 55 личностных качеств, 40 показателей по питанию и спорту, этнических корней.

Мониторинг пациентов



Заведующий отделом развития региональной урологии НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина **Шадеркин Игорь Аркадьевич** выступил с докладом на тему «Персональный мониторинг физиологических функций организма – новый подход к диагностике, скринингу и оценке результатов лечения в урологии». В ходе выступления специалистом были представлены новейшие данные о популярности среди пациентов мобильных

устройств с целью контроля своего здоровья (49% заинтересованных), о заинтересованности в онлайн-предоставлении медицинских данных для последующего лечения (83%), о тенденциях консолидации мобильных платформ. Большое внимание было уделено усиленно развивающемуся мобильному здравоохранению (mHealth, mobile health) – разделу телемедицины, обеспечивающему предоставление медицинской помощи и контроль здорового образа жизни человека с использованием беспроводных телекоммуникационных технологий и мобильных устройств. Был детально рассмотрен уникальный прибор «ЭТТА» – анализатор мочи клинического уровня для домашнего использования. Также речь шла об уникальном журнале международного сообщества телемедицины и электронного здравоохранения (www.jTelemed.ru) под ред. д.м.н. А.В. Владзимирского. Среди основных проблем в направлении телемедицины является отсутствие законодательного закрепления порядка предоставления телемедицинских услуг, однако 19 мая 2016 г. состоялось расширенное заседание Комитета Государственной Думы по информационной политике, информационным технологиям и связи на тему «Телемедицина: проблемы и перспективы», и в настоящее время ожидается принятие последующих шагов для решения вопроса на законодательном уровне. ■

Научите пациентов здоровью



Актуальная тема была поднята и в ходе выступления младшего научного сотрудника отдела развития региональной урологии НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина **Войтко Дмитрия Алексеевича**: «Школа здоровья и активного социального долголетия как инструмент вовлечения пациентов в заботу о своем здоровье». Было

отмечено, что Школа является мультидисциплинарным пациент-ориентированным инструментом профилактического направления, осуществляемым очно и в режиме онлайн с прямым доступом для обращения к специалистам в области здравоохранения. Целью школы является улучшение здоровья населения и продление социально активного периода жизни. Среди задач обозначены: 1) вовлечение граждан в решение вопросов собственного здоровья, 2) актуализация проблемы и необходимости раннего выявления различных проблем репродуктивного здоровья и социально значимых заболеваний, 3) повышение активности населения в вопросах раннего выявления проблем репродуктивного здоровья и социально значимых заболеваний, 4) повышение санитарной грамотности населения, 5) увеличение доступности медицинской помощи, 6) организация адресного обращения за помощью, 7) разгрузка врачей первичного звена. Начиная с 2014 г. было проведено 13 Школ, на которых присутствовали около 2000 слушателей и в ходе которых были обследованы около 700 человек.

Таким образом, в ходе круглого стола «Персонализированная урология» были подняты и детально рассмотрены наиболее актуальные проблемы в области «медицины будущего» – персонализированной медицины, которая находит практическое применение и во многом стала возможна для реализации уже сегодня. По итогам выступлений между участниками была проведена дискуссия, во время которой специалисты обменялись мнениями по соответствующей тематике и пришли к единому мнению о необходимости развития и использования дистанционных информационных технологий при профилактике и лечении заболеваний. ■



Генетический анализ на основе ДНК-чипа: 500 000 полиморфизмов в 10 000 генов.



Онкоурология:

- рак предстательной железы (агрессивность и раннее начало)
- осложнения после лучевой терапии



Андрология:

- мужское бесплодие (причины и выбор лечения)
- преждевременная эякуляция
- гипогонадизм



Общая урология:

- мочекаменная болезнь
- ДГПЖ



Нефрология и трансплантация почки:

- диабетическая нефропатия
- почечная недостаточность
- отторжение почечного трансплантата
- IgA-нефропатия

А также урологическая фармакогенетика, эффективность применения БАД и многое другое!

Заказать тест вы сможете на сайте Nethealth.ru/urogen

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПАЦИЕНТА ЗА СВОЕ ЗДОРОВЬЕ: ЗА И ПРОТИВ

Круглый стол «Ответственность пациента за свое здоровье: За и Против», организованный Ассоциацией медицинских журналистов, прошел 24 июня 2016 года в московском ГК «Измайлово».



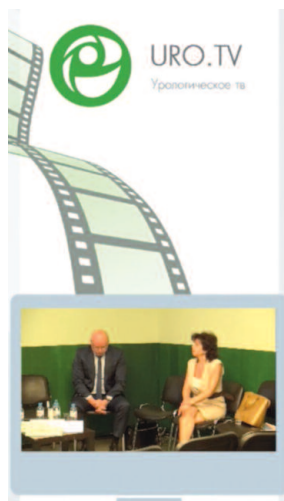
В дискуссии приняли участие:

Эдуард Леонидович Гаврилов, директор фонда «Здоровье», заместитель руководителя Федерального неврологического центра экстрапирамидных заболеваний и психического здоровья ФМБЦ им. А.И. Бурназяна, член Общественной палаты России.
Иван Анатольевич Захаров, врач-педиатр, заведующий консультативным отделением ДГП №94 ДЗМ.

Мехман Ниязович Мамедов, профессор, д.м.н., руководитель лаборатории по разработке междисциплинарного подхода в профилактике хронических неинфекционных заболеваний, ФГБУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России.

Иван Олегович Печерей, доцент кафедры судебной медицины и медицинского права Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова.

Ирина Феликсовна Токарева, клинический психолог, психотерапевт (Европейская ассоциация психотерапии, Азиатская федерация психотерапии), врач высшей категории (педиатрия).



АССОЦИАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ЖУРНАЛИСТОВ	
ЛИДЕРЫ МНЕНИЙ	
	Салагай Олег Олегович, пресс-секретарь Министра здравоохранения Российской Федерации, Директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций
	Гаврилов Эдуард Леонидович, директор фонда «Здоровье», заместитель руководителя Федерального неврологического центра экстрапирамидных заболеваний и психического здоровья ФМБЦ им. А.И. Бурназяна, член Общественной палаты России
	Мамедов Мехман Ниязович, профессор, д.м.н., руководитель лаборатории по разработке междисциплинарного подхода в профилактике хронических неинфекционных заболеваний, ФГБУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России
	Токарева Ирина Феликсовна, клинический психолог, психотерапевт (Европейская ассоциация психотерапии, Азиатская федерация психотерапии), врач высшей категории (педиатрия)
	Захаров Иван Анатольевич, врач-педиатр, заведующий консультативным отделением ДГП №94 ДЗМ.

Напомним, что вопрос введения юридической ответственности пациента за сохранение своего здоровья активно обсуждается в СМИ, начиная с 2015 года. Первым вероятностью такого нововведения обозначил вице-президент Национальной медицинской палаты Евгений Владимирович Шляхто. Выступая в сентябре 2015 года на пресс-конференции Российского национального конгресса кардиологов, он отметил необходимость законодательно определить ответственность пациента за свое здоровье, если тот не следует рекомендациям врачей и не проходит вовремя профилактические осмотры.

В свою очередь, вице-премьер РФ по социальным вопросам Ольга Юрьевна Голодец рассказала прессе, что правительство не рассматривает возможности введения такой меры. В ответ на эти заявления, пресс-служба Минздрава РФ сообщила, что министерство готово рассмотреть идею в установленном порядке, если та будет предложена правительством. С тех пор вопрос неоднократно поднимался широким кругом экспертов и успел вызвать немало споров.

На круглом столе беседа началась с выступления председателя Ассоциации медицинских журналистов **Виктории Анатольевны Шадёркиной**, обрисовавшей актуальность проблемы и определившей спектр вопросов для обсуждения.

С кратким докладом о психосоматическом подходе к здоровью пациента выступила **Ирина Феликсовна Токарева**. Спикер напомнила участникам круглого стола об определении ВОЗ, согласно которому здоровье трактуется как отсутствие не только ■

болезней или физических дефектов, но также полное душевное и социальное благополучие. С точки зрения эксперта, несмотря на некоторую идеалистичность этой дефиниции, она позволяет увидеть широкую перспективу и выработать комплексный подход к здоровью пациента. Зачастую, по словам И.Ф. Токаревой, в болезни проявляется подсознательное нежелание человека нести определенную ответственность и решать текущие проблемы. В таких случаях даже самая активная терапия, направленная лишь на физическое оздоровление, может не давать результатов: вторичная выгода от заболеваний, позволяющая уйти от давящих проблем, перевешивает любые попытки лечения. Те же причины побуждают больного халатно относиться к собственному состоянию.

Таким образом, прежде чем говорить о введении для пациента ответственности и мер пресечения за халатное отношение к своему здоровью, доктор предлагает лечить не только тело человека, но и его душу.

Мехман Ниязович Мамедов, принявший эстафету выступления, рассказал собравшимся о текущих проблемах, мешающих реализации масштабных программ в сфере здравоохранения, в том числе, внедрению диспансеризации широкого охвата. Согласно приведенным экспертом статистическим данным, сегодня причина 76% всех смертей на российской территории – хронические неинфекционные заболевания. Таким образом, их профилактика и своевременное выявление оказываются в ряду наиболее острых проблем здравоохранения страны. Вместе с тем, воплощению масштабных программ диспансеризации в регионах часто мешают нехватка комплексного подхода, проблемы финансирования и несвоевременный доступ к статистике. Особенно тяжелая ситуация наблюдается там, где проекты подобного рода финансируются не из федерального источника, а из местного бюджета: здесь все зависит от осознания важности проблемы региональными властями.

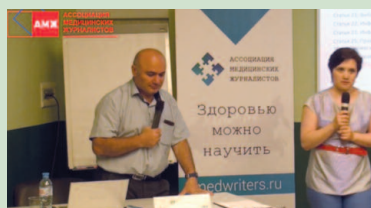
Благодаря внедрению, начиная с 2013 года, масштабной программы диспансеризации удалось, по словам спикера, достигнуть заметных успехов. В частности, возросла выявляемость эндокринных заболеваний и сахарного диабета, а также онкологии. Однако этого, как считает эксперт, недостаточно.

Особого внимания при построении будущих программ профилактики, на взгляд М.Н. Мамедова, требуют поведенческие факторы, из-за которых развивается множество хронических неинфекционных заболеваний. Здесь должно работать, в первую очередь, медицинское просвещение. Таким образом, необходима выработка популяционной стратегии, имеющей в своей базе комплексное воздействие на образ

жизни населения и окружающую среду, выявление факторов высокого риска и снижение их негативного влияния, а также вторичную профилактику: минимизацию воздействия факторов риска у тех, кто уже болеет. В качестве примера спикер привел «Северо-карельский проект», реализованный в Финляндии. Благодаря масштабной программе медицинского просвещения и профилактики там удалось снизить потребление животных жиров населением с 70 до 10%, благодаря чему заметно упал общий уровень холестерина. Также снизилось потребление поваренной соли. Все это благотворно повлияло на общую динамику смертности в государстве, однако стоит учитывать, что на реализацию проекта ушло около 30 лет.

Что касается ответственности пациентов, М.Н. Мамедов считает необходимым поэтапное введение регулирующих административных мер. При этом он не видит потребности во внедрении, к примеру, штрафов для беспечных больных. С точки зрения эксперта, полезной может оказаться разработка другой системы санкций, включающей, к примеру, коллективный подход к убеждению пациента. Все это не отменяет того факта, что культуру сохранения здоровья необходимо воспитывать у населения с малых лет, подчеркнул спикер.

Врач-педиатр **Иван Анатольевич Захаров** рассказал, в свою очередь, о ситуации в детском здравоохранении и ответственности



родителей за здоровье своих детей. По словам специалиста, в сложных случаях могут применяться меры вплоть до уголовной ответственности: в частности, им упомянута статья УК РФ 125 «Оставление в опасности». При этом в текущей практике врач обычно может повлиять на решения родителей только уговорами. К примеру, часто приходится проводить просветительские беседы с противниками прививания детей. В целом же, как рассказал Иван Захаров, хорошие результаты дает обучение родителей основам медицинской грамотности. В частности, он привел в пример «Комнаты здоровья ребенка», где родителям предоставляется основная необходимая информация. Аудитория, как отметил педиатр, заинтересована в таких проектах, за счет чего они дают хороший результат.

Необходимость просветительской работы подчеркнул и **Эдуард Леонидович Гаврилов**. Однако вместе с тем он является последовательным противником введения мер ответственности для пациентов за несвоевременное посещение врача и другие действия, которые могут быть расценены как невнимательное отношение к своему здоровью. В качестве аргумента он привел данные о снижении доступности медицинской помощи, прежде всего, в отдаленных от региональных центров районах страны. Кроме того, свой негативный вклад вносят сокращения медиков, проводимые в рамках модернизации системы здравоохранения. В прошлом году суммарный объем платных услуг перевалил за 500 млрд рублей, что расценивается спикером как свидетельство снижения доступности медицинской помощи. Вместе с тем, продолжает страдать ее качество, что подтверждается высокими показателями смертности. В таких условиях, считает Э.Л. Гаврилов, введение санкций для пациентов может быть расценено только как попытка Минздрава снять с себя ответственность за сложившуюся ситуацию. В целом же медиа-дискуссию о внедрении регулирующих мер эксперт охарактеризовал как «информационный вброс», не имеющий под собой практических оснований.

Юридическую точку зрения по вопросу представил участникам круглого стола **Иван Олегович Печерей**, подчеркнув, что выступает на собрании как частное лицо. Начиная свое выступление, он отметил, что 41 статья Конституции РФ вовсе не предоставляет пациентам права на бесплатную медицинскую помощь: речь идет о медицинской помощи за счет государства, так как никакое лечение не может быть бесплатным по умолчанию. При этом статья 27 Федерального закона «Об основах охраны здоровья» устанавливает лишь обязанность пациента заботиться о своем здоровье, об ответственности в любой форме речи не идет. Однако тем же законом

прописан и ряд других обязанностей: к примеру, подписывать информированное добровольное согласие или отказ от лечения.

По словам эксперта, при сегодняшней системе правоотношений, даже когда неудовлетворительный результат лечения полностью спровоцирован пациентом, «виновата» зачастую остается медицинская организация, и она же несет материальный урон в виде штрафов и судебных издержек. Юрист не рассматривает в качестве меры регулирования отказ в оказании медицинской помощи, но говорит, что закрепление ответственности пациента с санкциями в виде вынесения предупреждений или отказа в определенных правах может принести свои плоды. Такие меры, по его словам, не могут расцениваться как нарушение прав человека. Определять же степень вины пациента в спорной ситуации может судебный орган. Со стороны медицинских организаций разбирательство логично доверить врачебным комиссиям. Кроме того, эксперт полагает, что работодатель должен поощрять своих сотрудников на регулярное прохождение медосмотров, к примеру, введением кратких оплаченных отпусков, предназначенных для этой цели. Что касается ответственности родителей за здоровье своих детей, спикер упомянул важную «развилку» в законодательстве: согласно действующим нормам, пациент вправе самостоятельно принимать решения о своем здоровье начиная с 15-летнего возраста. При этом родители продолжают нести ответственность за жизнь и благополучие детей до их 18 лет. Таким образом, на практике лечащий врач, к примеру, 16-летнего больного оказывается в затруднительной ситуации: следовать указаниям пациента или же его родителей.



По итогам круглого стола следует признать, что тема введения той или иной формы ответственности для пациентов в российском законодательстве остается дискуссионной. Большинство участников поддержали необходимость мягких регулирующих мер, способных стимулировать и мотивировать граждан к повышению внимания своему медицинскому благополучию, однако ряд острых проблем системы здравоохранения становится на пути внедрения каких-либо жестких санкций. ■

Материал подготовлен Ю.Г. Болдыревой, членом Ассоциации медицинских журналистов

МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В РФ: СТАТИСТИКА, ПРИЧИНЫ, ДИНАМИКА



М.П. Перова
Член Ассоциации медицинских журналистов

В прошлом выпуске Дайджеста урологии №3-2016 мы рассматривали вопрос материнской смертности. Младенческая смертность всегда считалась «чутким барометром» социального благополучия общества, по уровню которой, равно как и по величине продолжительности жизни, оценивают общее состояние здоровья и качество жизни населения и уровень социально-экономического развития и благополучия общества, в целом. В совокупности с уровнем материнской смертности он указывает на состояние репродуктивного здоровья населения, а также на состояние служб родовспоможения, педиатрии.

Статистика

Младенческая смертность характеризует смертность детей на первом году жизни. Смертность в возрасте до 1-го года намного превышает показатель смертности в большинстве возрастов: ее вероятность в этот период времени сопоставима с вероятностью смерти лиц, достигших 55 лет. При этом, как отмечает ВОЗ, на долю новорожденных приходится 40% всех случаев смерти детей в возрасте до пяти лет. Большинство всех случаев смерти в неонатальный период (75%) происходят на первой неделе жизни, а 25-45% из них – в течение первых 24 часов.

По классификации ВОЗ существует следующее распределение периодов младенческой смертности (рис.1):

- перинатальный период (с 22 недели беременности по 7 сутки жизни (включая ранний неонатальный – с момента живорождения по 7 сутки – учитывая, что при расчете непосредственно неонатальной смертности в знаменателе находятся лишь родившиеся живыми, а перинатальной – все родившиеся, включая мертворожденных)
- поздний неонатальный период (с 8 по 28 сутки жизни)
- постнеонатальный период (до конца 1 года жизни)

Кроме того, отдельно выделяется период с 1 года жизни до достижения 5 лет, когда смерть классифицируется как «детская смертность».

Классификация смертности

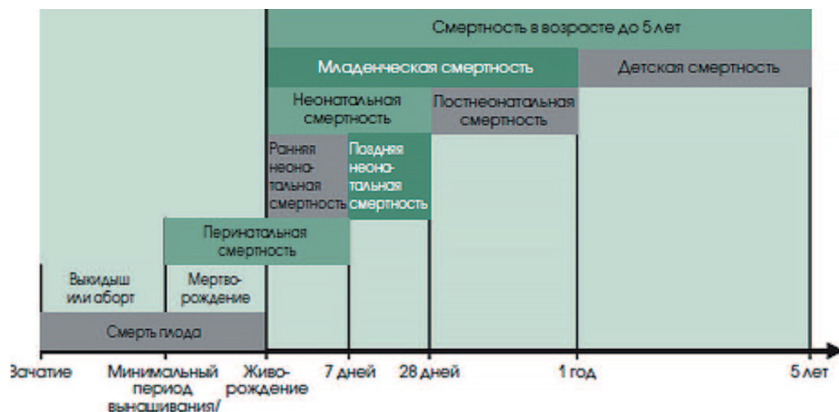


Рис. 1. Терминология для классификации случаев смерти в период беременности и в раннем детском возрасте

Вычисление показателей

Алгоритмы вычисления показателя младенческой смертности:

$$\frac{\text{Число детей, умерших на 1-м году жизни в течение года}}{\text{Числе родившихся живыми в данном календарном году}} \times 1000 =$$

Рис. 2. Алгоритм вычисления коэффициента младенческой смертности, принятый в органах государственной статистики РФ

$$\frac{\text{Число детей, умерших на 1-м году жизни в течение года}}{\frac{2/3 \text{ родившихся живыми в данном календарном году} + 1/3 \text{ родившихся живыми в предыдущем календарном году}}{2}} \times 1000 =$$

Рис. 3. Алгоритм ВОЗ вычисления коэффициента младенческой смертности по формуле Ратса

Формула, принятая в органах государственной статистики в РФ (рис.2):

Однако в связи с тем, что ребенок может родиться в одном календарном году (например, в декабре 2015 г.), а умереть в другом календарном году (например, в январе 2016 г.), для определения показателя используют и следующий способ расчетов (рис.3): Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 декабря 2008 г. N 782н "Об

утверждении и порядке ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти" документами для регистрации младенческой смертности утверждены «Врачебное свидетельство о смерти» (ф. 106/у-08) и «Врачебное свидетельство перинатальной смерти» (ф. 106-2/у-08).

Динамика в России

В соответствии с последними данными, за первое полугодие 2015 г. показатель младенческой смертности в России достиг 6,6 на 1000 родившихся живыми. С учетом того, что данный показатель – лишь полугодовой, коэффициент действительно ■

высок. Как отмечает глава Фонда «Здоровье» Эдуард Гаврилов, «...такого роста младенческой смертности не было даже во время экономического кризиса 2008 года и в последующие годы».

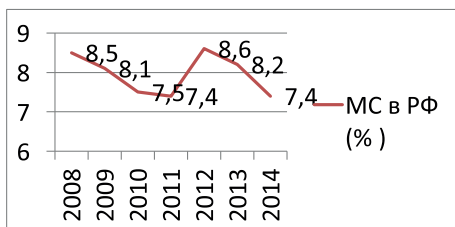


Рис. 4. Динамика изменения коэффициента младенческой смертности в РФ в период 2008-2014 гг.

Необходимо отметить, что динамика изменения коэффициента младенческой смертности в РФ все еще не стабильна. В различные периоды времени ФСГС РФ отмечает как его понижения, так и повышения (рис. 4).

К примеру, в 2014 г. показатель младенческой смертности составил 7,4 на 1000, что ниже показателя за 2013 г. – 8,2 на 1000 родившихся живыми. При этом, как прокомментировал эти данные заместитель директора по научной работе ФГБУ Научного Центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова Дмитрий Дегтярев, снижение показателей младенческой смертности никогда не

МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ

Годы	Все население		Городское население		Сельское население	
	всего, человек	на 1000 родившихся живыми	всего, человек	на 1000 родившихся живыми	всего, человек	на 1000 родившихся живыми
1950	249051	88,4	119864	100,9	129187	79,3
1960	102040	36,6	46241	34,9	55799	38,1
1970	43511	23	26349	22,1	17162	24,5
1980	48500	22,1	32422	21,2	16078	24
1990	35088	17,4	23902	17	11186	18,3
1995	24840	18,1	16258	17,4	8582	19,8
2000	19286	15,3	12934	14,7	6352	16,8
2001	19104	14,6	12899	14	6205	16,2
2002	18407	13,3	12511	12,7	5896	14,9
2003	18142	12,4	12235	11,7	5907	13,9
2004	17339	11,6	11596	10,8	5743	13,4
2005	16073	11	10716	10,3	5357	12,7
2006	15079	10,2	9839	9,4	5240	12,1
2007	14858	9,4	9497	8,6	5361	11,2
2008	14436	8,5	9273	7,8	5163	10,1
2009	14271	8,1	9189	7,5	5082	9,7
2010	13405	7,5	8641	6,9	4764	9,1
2011	13168	7,4	8398	6,6	4770	9,1
2012	16306	8,6	10843	8,1	5463	10,1
2013	15477	8,2	10418	7,7	5059	9,4
2014 ¹⁾	14322	7,4	9641	6,9	4681	8,5

¹⁾ Данные с Крымским федеральным округом.

Рис. 5. Распределение по показателям младенческой смертности в РФ в зависимости от места проживания

бывает синхронным во всех регионах. Так, в первом полугодии 2013 г. показатели младенческой смертности выше среднероссийских наблюдались в 25 регионах (30,11%), в первом полугодии 2014 г. – в 16 (18,8%), а за первую половину 2015 г. повышение показателей младенческой смертности были выше среднероссийского уровня в 20 из 85 регионов, составив 23,5%.

Различен показатель младенческой смертности и в зависимости от проживания роженицы в городе или сельской местности (рис. 5). Как и в случае со статистикой ФСГС РФ по материнской смертности, показатели смертности среди сельского населения превышают показатели среди городского.

Младенческая смертность по регионам РФ

Как было отмечено выше, различны показатели младенческой смертности и по регионам. По данным ФСГС РФ о младенческой смертности по субъектам РФ за период январь-декабрь 2015 г., округа с наибольшим показателем младенческой смертности –

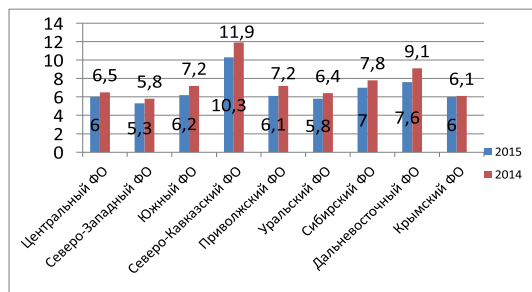


Рис. 6. Младенческая смертность по субъектам РФ в 2014 и 2015 гг.

Северо-Кавказский федеральный (11,9‰ за 2014 г. и 10,3‰ за 2015 г.) и Дальневосточный федеральный (9,1 ‰ за 2014 г. и 7,6‰ за 2015 г.). Округа по наименьшему показателю – Приволжский федеральный (7,2‰ за 2014 г. и 6,1‰ за 2015 г.) и Северо-западный федеральный – (5,8‰ за 2014 г. и 5,3‰ за 2015 г.) (рис. 6)

Периоды младенческой смертности

В рамках первого года человеческой жизни, который и рассматривает показатель младенческой смертности, выделяют три периода, различных как по вероятности смерти, так и по структуре доминирующей патологии.

Перинатальный период представляет собой отрезок времени от 22-й недели беременности до конца 7-х суток внеутробной жизни. Отдельно в нем выделяются интранатальный (от времени появления регулярных родовых схваток до момента перевязки пуповины – 6-8 часов) и ранний неонатальный периоды (с момента живорождения до 7х суток жизни). Разница: при расчете неонатальной смертности в знаменателе находятся лишь родившиеся живыми, при расчете ■

перинатальной – включая мертворожденных. Этот период – важнейшее время жизни плода и новорожденного, отличающееся наибольшим риском смерти (с учетом того, что включает детей, родившихся недоношенными). На его долю приходится до 75% смертей на первом году жизни и до 40% всех случаев детской смертности до 5 лет. Величина данного показателя – особенно при межрегиональных и межгосударственных сопоставлениях – характеризует уровень репродуктивного здоровья матери, качество ее жизни, состояние родовспоможения и многие другие аспекты медицинского и социального развития. Также считается, что при резких колебаниях показателя динамика перинатальной смертности указывает на искажения статистического учета младенческой смертности, поскольку число умерших в этот период соотносится с общим числом родившихся – как живыми, так и мертвыми.

С 2012 г. Российская Федерация перешла на регистрацию рождения по критериям ВОЗ (срок беременности 22 недели и более, масса тела при рождении ребенка 500 г и более или менее 500 г при многоплодных родах; длина тела ребенка при рождении 25 см и более – в случае, если масса тела ребенка при рождении неизвестна). Выхаживание таких детей представляет собой задачи нового уровня сложности и направляет на поиск решений для снижения плодовых потерь, инвалидности новорожденных и младенческой смертности.

Причины младенческой смертности в перинатальном периоде принято разделять на две группы:

- 1) заболевания или состояние матери или последа, патология беременности и родов;
- 2) заболевания и состояние плода.

К первой группе причин относятся осложнения со стороны плаценты, пуповины и оболочек – преждевременная отслойка плаценты, патология пуповины и т.д.; такие осложнения беременности, как токсикозы второй половины беременности, преждевременное излитие околоплодных вод; непосредственно осложнения родов и родоразрешения.

Причинами перинатальной смертности со стороны ребенка в развивающихся странах являются: по 22,5% – асфиксия и родовая травма, 12,7% – врожденные пороки развития, 1,4% – инфекции. Развитые страны имеют более высокий удельный вес врожденных аномалий и более низкий – интранатальных причин и инфекции.



Неонатальный период – период жизни ребенка от момента рождения до достижения им 28 дней. В рамках неонатального периода выделяют два: ранний (1-я неделя жизни) и поздний (2-я – 4-я недели), которым соответствуют понятия и показатели ранней и поздней неонатальной смертности.

Основными причинами неонатальной смертности являются: врожденные пороки развития, родовые травмы, пневмонии новорожденных (исключая врожденную). Соотношение этих причин различается в зависимости от уровня жизни и состояния здравоохранения в части родовспоможения. Принципиальной особенностью младенческой смертности в России, качественно отличающей ее от показателей ЕС, является устойчивая тенденция снижения доли неонатальной смертности в пользу увеличения постнеонатальной. Эта особенность динамики показателя обусловлена т.н. «недорегистрацией» умерших новорожденных. Основные способы занижения показателя младенческой смертности – «переброс» умерших детей в мертворожденные, не учитываемые в государственной статистике, или отнесение умершего ребенка к нерегистрируемым в ЗАГСе «плодам» («выкидышам», к которым в отечественной медицине – до 2011 г. включительно – относились прерывания беременности в сроке до 27 полных недель). На практике эти два «механизма» выявляются на основании очевидных структурных диспропорций числа живо- и мертворожденных, а также по диссоциации весовой структуры умерших – исчезновению детей пограничной массы тела (1000-1499г), «пересылаемых» в нерегистрируемые «плоды».

Третьим периодом, который выделяется в рамках первого года жизни, является постнеонатальный – начиная с 29-го дня жизни и до достижения 1 года, для которого рассчитывается соответствующий ему показатель постнеонатальной смертности. Среди основных причин постнеонатальной смертности находятся врожденные аномалии, болезни органов дыхания, внешние причины. К последним относятся качество ухода и питания, своевременность оказания педиатрической помощи, травмы.

Динамика – исторические факты

Минувшее столетие во всем мире ознаменовалось значительным снижением младенческой смертности. Если в начале XX в. в Норвегии умирал, не дожив до года, каждый двенадцатый-тринадцатый новорожденный, во Франции – каждый седьмой, в Германии – каждый пятый, в России – каждый четвертый, то в период ■

с середины до окончания XX в. показатели младенческой смертности небывало снизились.

Однако изменения происходили с переменным успехом. В начале XX в. показатели младенческой смертности в России были крайне высоки: в 1901 г. доля умерших в этом возрасте составляла 40,5%, постепенно снижаясь до 38% в 1910 г. В этот период российские показатели превышали соответствующие данные в развитых странах в 1,5-3 раза. Основными причинами младенческой смертности в начале XX в. были желудочно-кишечные и инфекционные заболевания, болезни органов дыхания. Во многом её столь высокий уровень был связан и с особенностями вскармливания грудных детей в русских семьях, где традиционно было принято едва ли не с первых дней жизни давать ребенку прикорм или же полностью лишать его грудного молока, оставлять без матери на попечении детей-подростков или стариков.

Также причинами высокой смертности были неразвитость системы медицинской помощи и родовспоможения, сложная санитарная обстановка труда, быта и жилищных условий, отсутствие знаний по гигиене, низкая грамотность населения. В России отсутствовало какое-либо законодательство об охране материнства и детства, существовавшее во многих европейских странах уже длительное время. В 1920х гг. в результате реформ здравоохранения по принятию и реализации законодательных актов и декретов об охране материнства и детства, по развитию системы родовспоможения и медицинской помощи матери и ребенку, по созданию инфраструктуры для ухода за детьми (молочные кухни, ясли, патронажная система, приюты для грудных детей), по проведению санитарно-просветительской работы как составной части культурной революции, было достигнуто снижение младенческой и материнской смертности. В 1926 г. российский показатель смертности детей до 1 года составил 188 на 1 000 родившихся, т. е. за первую четверть XX века сократившись почти на треть.

1930е гг. характеризуются вновь колебанием уровня младенческой смертности в силу влияющих экономических и социальных причин. Происходило свертывание НЭПа, начался процесс индустриализации и коллективизации сельского хозяйства, что способствовало росту показателей до уровня первого десятилетия XX века. В 1933 г. был достигнут высочайший уровень младенческой смертности – 295,1‰ – во многом из-за массового голода населения, и лишь к концу 1930х гг. стал вновь устойчиво сокращаться. Основной тому причиной стала реализация

мер по охране материнства и детства, рост санитарной грамотности населения, улучшение качества медицинской помощи.

После Великой Отечественной войны вновь происходили улучшения показателей. В первую очередь, это связано с появлением и использованием при лечении желудочно-кишечных инфекций и пневмоний антибиотиков и сульфаниламидных препаратов, которые привели к значительному сокращению смертности детей до 1 года от болезней органов дыхания и инфекционных заболеваний. В итоге, в 1946 г. коэффициент младенческой смертности в России составил 124,0‰ по сравнению с 205,2‰ в 1940 г. А к середине 1960х гг. смертность на первом году жизни снизилась в стране еще в 5 раз: до 26,6‰ в 1965 г.

Сокращение младенческой смертности продолжалось и в дальнейшем. Начиная с 1960х гг до конца XX в. ее уровень снизился в 2,5 раза. Однако это снижение неоднократно прерывалось периодами возрастания: в 1971–1976, 1984, 1987, 1990–1993 и 1999 гг. Весомым был рост показателя в 1990–1993 гг. с 17,4 до 19,9‰, что связано с переходом с 1 января 1993 г. на рекомендованные ВОЗ определения живорождения.

В настоящее время, как упоминалось в начале данной работы, показатели младенческой смертности не стабильны, но по сравнению с XX в. динамика, безусловно, положительна.

На Всемирной встрече на высшем уровне в интересах детей, состоявшейся в 1990 г., первая из согласованных целей касалась существенного сокращения смертности младенцев и детей в возрасте до 5 лет. В дальнейшем существенный акцент на этом был сделан в обязательствах, принятых в итоговом документе «Мир, пригодный для жизни детей» в ходе специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по положению детей в 2002 г.. Кроме того, начиная с 2000 г. сокращение детской смертности на 2/3 к 2015 г. входило в список Целей развития тысячелетия ООН. И, в соответствии с опубликованным докладом о ЦРТ за 2015 г., коэффициент смертности среди детей в возрасте до пяти лет во всем мире снизился более чем наполовину, сократившись с 90 до 43 смертей на 1 000 живорождений за период 1990–2015 гг.

В настоящее время, как упоминалось в начале данной работы, показатели младенческой смертности не стабильны, но по сравнению с XX в. динамика, ■

безусловно, положительна. По данным ФСГС РФ в 2014 г. коэффициент младенческой смертности составит 7,4, хотя показатели 2015 г., судя по данным за первое полугодие, скорее всего, будут более высоки. В соответствии с анализом существующих проблем для снижения младенческой смертности, являющегося одной из целей «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года» можно выдвинуть следующие положения:

- обеспечение равного доступа к высококвалифицированной специализированной помощи независимо от проживания в городской или сельской местности путем регионализации помощи;
- уровневая система оказания перинатальной помощи
- расширение сети перинатальных центров с возможностями оказания оптимальной помощи тяжелобольным и крайне незрелым недоношенным детям
- обеспечение равнодоступной высокотехнологичной помощи беременным и роженицам высокого риска;
- обеспечение полноценного обследования потенциальных родителей на предмет врожденных заболеваний и возможных патологий будущего плода;
- повышение качества и регулярности наблюдения беременных для своевременного направления в учреждения необходимого функционального уровня, соответствующего состоянию здоровья женщины, состоянию плода, характеру течения беременности и предполагаемым срокам родоразрешения;
- мониторинг эффективности и своевременности госпитализации с соблюдением принципов регионализации; развитие экстренной транспортной службы для беременных, рожениц и новорожденных;
- обеспечение условий для непрерывного медицинского образования и повышения квалификации кадров;
- повсеместный анализ причин перинатальной смертности (включая мертворождения) отдельно для доношенных и недоношенных детей с целью выявления существующих резервов снижения перинатальных потерь;
- повышение репродуктивного образования российской молодежи и развитие соответствующего менталитета будущих родителей, основанного на ответственном отношении к собственному здоровью.

Несомненно, строгое следование рекомендациям на всех этапах позволит снизить уровень младенческой смертности уже в обозримом будущем. ■

Межрегиональная общественная организация

www.forumurology.ru



Интернет форум урологов



КАК МЫ ПИСАЛИ АЗИАТСКИЙ ГАЙДЛАЙН ПО ИНФЕКЦИЯМ (Рассказ с отступлениями)



Е. В. Кульчавеня

Д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ФГБУ Новосибирский НИИ туберкулёза Минздрава России, руководитель отдела урологии.

...Два года назад я получила витиевато-изысканное письмо, подписанное иероглифами. Мол, не соблаговолят ли фрау профессор, как признанный эксперт в области урогенитального туберкулеза, принять участие в написании Азиатского гайдлайна по урогенитальным инфекциям и заболеваниям, передаваемым половым путем под эгидой одноименного общества?

Разумеется, я ответила согласием, и получила другое приглашение – на ознакомительную встречу соавторов в Сеуле. Но, поскольку решение финансовых вопросов несколько затянулось, на ту встречу я не попала – и вскоре получила третье письмо, с подробным описанием совещания и глубокими сожалениями по поводу моего отсутствия. Также прилагались подробные инструкции по структуре главы и как образец – черновик, написанный руководителем проекта, профессором Shingo Yamamoto из Японии. Он выбрал себе тему «острый неосложненный цистит».

Каждые три-четыре недели все соавторы обменивались текстами; внешними кураторами были небезызвестные в России профессора из Германии Florian Wagenlehner и Kurt Naber. Разгорались такие жаркие баталии! Требовалось обосновать каждую дозу каждого препарата, полностью избегая двусмысленностей и какого-либо недопонимания. Курт и Флориан ненавязчиво продавливали Европейское руководство как эталонный образец, азиаты в принципе соглашались, но настаивали на национальных особенностях.

Отступление 1. У нас в России исподволь сложилось какое-то двойное отношение к Евразии: преклонение перед Европой и пренебрежение Азией. Хотя, на минуточку, 66% территории России – это Азия. Да, азиаты мы. Мы скифы. С раскосыми и, главное, жадными очами. Но хотим: евро-ремонт, евро-бетон, евро-клиник и т.д. А надо бы иногда и в другую сторону смотреть.

Так прошел год. Перфекционизм коллектива вымотал все нервы, почту открывала с испугом – вдруг опять замечания пришли. Не то, чтобы именно мою главу шпыняли и заставляли переделывать – нет, оттачивали формулировки и устраняли потенци-

альные разночтения у всех авторов. Как пример, привожу ниже одно из писем.

Problems to be solved UTI

1. Diagnosis and treatment

a) 10x4 uncomplicated cystitis is OK?

10x3?, 4? Uncomplicated pyelonephritis?

b) should do urine culture for uncomplicated cystitis?

High risk of resistant strains in older women?

See the domestic data in terms of susceptibility?

2. Uncomplicated cystitis

a) Even in countries where the resistant rate of FQs is high, they want to use FQs because high dose FQs is still effective in such counties. Although high dose FQ can eradicate FQ-resistant strains, we need to change the strategies, from FQs and 3rd cefems to 1st cefemss and alternatives.

b) Nitrofurantoin is still a standard in some countries although it is not available in some countries.

3. Uncomplicated pyelonephritis

a) No mismatch with EAU guidelines

4. Complicated UTI with NGB

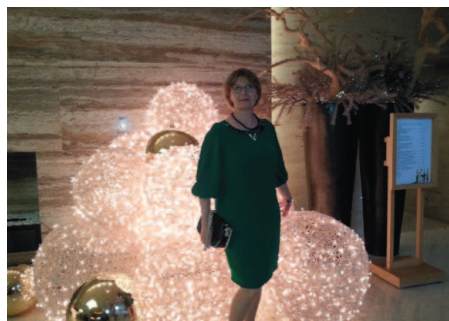
a) Do not recommend prophylaxis for CIC-patients.

b) Management of constipation should be included.

5. Complicated UTI with obstruction (mainly due to urolithiasis)

a) Drainage should be tried as soon as possible.

b) Which is better, PCN or ureter catheter stenting for drainage ■





- c) Hamasuna's data may be useful (now under submit)
- d) Pathogens causing pyelonephritis due to urolithiasis may be similar to those causing uncomplicated cystitis. 3rd cefems could be first choice than 4th cefems, carbapenems, and FQs. Takahashi's paper may be useful.

6. Complicated UTI with DM

- a) Emphysematous pyelonephritis should be included.
- b) Describe new drugs; sodium-dependent glucose transporter 2 (SGLT2) inhibitors.

7. Catheter associated UTI

- a) Short term treatment (3 days) is enough for low-risk patients?

8. UTI in children

- a) AMP is not required in children with low grade of VUR

9. Tuberculosis

- a) Describe BCG-induced cystitis
- b) Describe MDR- tuberculosis
- c) PCR assay for detection is common in many countries

10. Fungal UTI

This part will be written Dr. Zheng Bo's group.

11. ESRD?

#1: Let me know the frequency of ESBL and FQ-resistant in uncomplicated and complicated UTI in your country.

#2: Let me know which antibiotic is available in your country.

GTI



Специальные места для женщин на парковке



Продавцы перед открытием выстраиваются у входа, приветствуя покупателей...

1. Diagnosis and treatment

2. Acute bacterial prostatitis

a) Describe risk factors

b) Describe management of prostatic abscess

c) ABP after manipulation (e.g.; Prostate biopsy) should be included in another part (4. AMP for prostate biopsy)

3. Epididymis

a) Describe epididymitis in children (Antibiotics may be unnecessary)

b) Describe chronic epididymitis (No consensus?)

4. AMP for prostate biopsy

a) Cleansing the rectum using popidone could be beneficial.

b) Culture of rectal swab could be beneficial, but for all patient?

c) Trend to prevent infection is longer duration of AMP and change/combination of antibiotics.

STI

1. Diagnosis and treatment

a) Check and Screen STI pathogen in pregnancy

b) Describe options in countries where PCR or Nucleic acid Amplification Test is not available.



...и предлагая им напитки



Физкультуру и спорт – в массы! Во всех парках обустроены спорти площадки с тренажерами, на которых занимаются и стар, и млад.



Неистребимая привычка ходить в масках – может, они все приверженцы Бутейко? Нравится им жить в легкой гипоксии.



Первое мая – день солидарности всех трудящихся. Демонстрация и митинг на главной площади города

2. Gonococcal urethritis

a) 1g of ceftriaxone should be recommended rather than low dose to eradicate pharyngeal infection.

b) Azithromycin should not be recommended for 1st choice.

3. Chlamydial urethritis

4. Genital skin infection

a) Describe HPV vaccine

b) Warts (condyloma) should be treated in accordance with size and number.

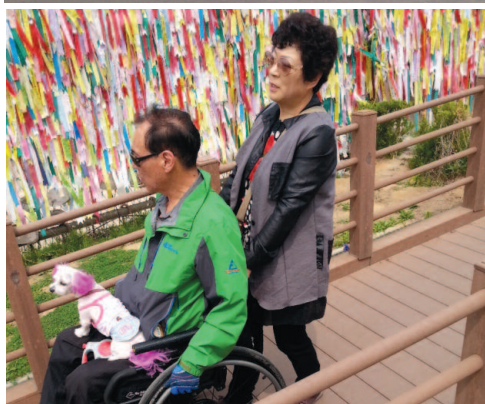
c) Urologists rarely treat them and usually sent to dermatologist. Diagnosis is important for urologists.

Притом, прошу заметить, ни один из авторов не был носителем английского языка, на котором писался гайдлайн. А в Азии не только языков, но и наречий и диалектов сотни и тысячи!



Рядом – вход в бывший императорский дворец. Фото – бесплатно

Отступление 2. Собиралась я как-то с докладами в Сингапур на конгресс Азиатского общества урологов. Организаторы сочли необходимым прислать напоминание с рекомендацией освежить в памяти наречие «мандарин», как наиболее употребляемое в Куала-Лумпур. Освежить! Кстати, помимо мандарина там почти все разговаривали по-русски – они наш язык и литературу изучают в школе. Не



Очень болезненная тема – разлад с Северной Кореей. Есть даже специальный туристический аттракцион – Демилитаризационная Зона.

знаю, как теперь, но в то время в Сингапуре министр здравоохранения совмещал должность министра финансов, и все вопросы по материальному обеспечению госпиталей решались на удивление быстро.

Так что литературную правку гайдлайна проводили Курт со своей женой – профессиональной переводчицей.

Скоро ли сказка сказывается, скоро ли дело делается – но подошли и мы к финалу. Опять решили собраться в Сеуле, чтобы в последний раз заслушать всех «вживую», обсудить – уточнить все неясности, и коллегиально утвердить Руководство.

Дорога в Сеул оказалась дальняя и не очень комфортабельная, поскольку как назло отменили прямой рейс Новосибирск-Сеул. Пришлось лететь через Хабаровск (альтернативой был Владивосток – через него я возвращалась). От этих городов лёту всего ничего – около двух часов, и необычайно развит медицинский туризм. Прямо по пути к паспортному контролю (виза не нужна) – огромные щиты, где по-русски предлагают все – от подтяжки век до пересадки органов. Тут же в очереди нашлось ■



Это руки профессора Шинго Ямамото

человек 20 внешне явных азиатов, но с правильной русской речью, которые скрашивали ожидание бюрократической процедуры раздачей визиток и обещанием помощи в организации медицинских услуг любого уровня.

Но вот приветливый пограничник дал добро, встретил не менее приветливый

водитель, который сдал меня с рук на руки уже просто-таки невероятно улыбчивым и предупредительным девушкам на ресепшен в отеле. В номере ждало в нарядном конверте приглашение на вечерний прием.

Отступление 3. С этими вечерними приемами вечно рискуешь попасть впросак. В 2002 году в Гиссене, где сейчас работает Флориан, Wolfgang Weidner проводил конференцию по хроническому простатиту. У меня там было два доклада. Собрались человек двести, преимущественно из Европы, Израиля и России. Очень миленько в камерной обстановке все обсудили, в конце первого дня – банкет. Вот скажите, какие у Вас ассоциации возникают, когда Вас приглашают на прием? Вот и я тоже решила не ударить в грязь лицом. Костюмчик какой был на мне уже не помню, но вот туфли – на шпильке! А как же иначе «походку от бедра» держать? И меня по тогдашней неопытности не смутил тот факт, что Вейднер, даром что президент конгресса, сразу после закрытия первого дня и приглашения пройти на прием в старинный замок, на минуточку куда-то отлучился и вернулся в очень демократичном виде – джинсы, пуловер и кроссовки. Делегаты вышли за ворота, Вейднер неопределенно махнул рукой, – мол, замок там, следуйте за мной! – и помчался как молодой лось. Кто Вейднера видел, тот знает – у него ноги такой длины, что любая Джулия Робертс позавидует.

А надо Вам сказать, что весь первый день турок Mete Cek, с которым позже жизнь неоднократно сталкивала по совместной работе в ESIU, и какой-то израильтянин, имя которого уже стерлось из памяти, оказывали мне знаки внимания, всячески демонстрируя свое расположение и заинтересованность. Наверное, пресловутые шпильки виноваты.

И вот, значит, Вейднер уже ускакал, делегаты – почти все мужчины и буквально несколько женщин, одетых вполне туристически, – спокойно поднимаются за ним в гору, и я – на шпильках! Ужас состоял в том, что дорога еще в средние века была вымощена крупными булыжниками, да так и осталась. Нога у меня на камне не поме-

щалась, идти на цыпочках было страшно неудобно, шпильки застревали в щелях. Плюс обременение в виде портфеля делегата.

Выискивая булжники с более – менее плоской поверхностью, прыгая и шипя сквозь зубы, я всерьез рассматривала идею разуться и идти дальше босиком. Ну и что, что на дворе конец сентября? Оба моих кавалера – и Мете, и израильтянин, – шли рядом и наперебой меня подбадривали: ах, какая я сильная да ловкая! При этом ни один не предложил помочь – хотя бы сумку понести.

Когда злость и отчаяние смешались в пропорции один к одному, кто-то нежно взял меня под локоток и вкрадчиво произнес: «Вы ведь Екатерина Валерьевна? А мы из клиники профессора Мазо». Боже, какое я испытала облегчение! Один из ребят подхватил мою сумку, двое других как на учениях по ГТО буквально под руки доволокли меня до замка на вершине горы, где Вейднер уже давал пояснения по поводу открывшегося живописного вида.

Всех пригласили в зал, я гордо проигнорировала зазывания Мете с израильтянином (как только посмели!) и села за стол со своими ребятами. Фамилия одного из них, если мне не изменяет память, была Тириши, как звали других, к сожалению, не помню. На обратную дорогу, к счастью, был заказан автобус...

После того случая я долго опасалась носить модельную обувь в командировках, а тут, в Сеуле, что-то расслабилась. И второй раз наступила на те же грабли.

К назначенному времени спускаюсь в лобби, одетая как белая женщина, собирающаяся на прием. Скажем, по случаю завершения написания гайдлайна – вполне достойный повод. Угум. Вот чего это я на азиатский прием оделась как европейская женщина, если стол был накрыт на полу, а вместо стульев – подушки? Ну, сбегала, переоделась, – успела.

На азиатских банкетах всегда четко указывают не только начало (соблюдается неточно), но и окончание приема (соблюдается неукоснительно). В 21:00 Ученый секретарь Азиатского общества урологов AAUS (Asian Association of UTI and STI) профессор Seung



Это руки профессора Шинго Ямамото

Ju-Lee хлопнул в ладоши, сказал, что надеется, что все остались довольны, а теперь пора расходиться. Все сказали: «Спасибо», поклонились и пошли искать свою обувь, оставленную при входе. Кстати, некоторые авторы приехали с семьей в полном составе, включая грудничковых детей. ■

ОПУХОЛЬ МОШОНКИ У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ

Данный клинический случай приводится для того, чтобы еще раз подчеркнуть необходимость и значимость ультразвуковых методов в диагностике заболеваний органов мошонки у детей раннего возраста.

Ребёнок Л., 2010 г.р., от 5й беременности, 2х родов, родоразрешение – кесарево сечение на 40-й неделе. При рождении пальпаторно определялось мягко-эластичное образование в правой паховой области и мошонке безболезненное при пальпации, кожа мошонки локально не изменена. Детским урологом установлен диагноз: киста семенного канатика. Рекомендовано наблюдение.

Мальчик находился на грудном вскармливании до 1 года и 7 месяцев, нарушений в питании кормящей матери не было, ферментативная недостаточность исключена, тем не менее, неоднократно был госпитализирован по неотложным показаниям с болями в животе и предварительным диагнозом: Дискинезия кишечника. Функциональное нарушение ЖКТ. Инвагинация? Аппендицит? После приёма миотропных спазмолитиков но-шпа 10мг и ветрогонных симетикон 20мг per os + очистительная клизма, боли каждый раз купировались.

В возрасте 1 года и 10 месяцев (в 2012 году) снова после физических нагрузок в вертикальном положении у ребёнка возник болевой синдром, при осмотре выпячивание в области мошонки справа, после указанных выше мероприятий вправимое в брюшную полость через наружное отверстие пахового канала. Диагноз: Правосторонняя пахово-мошоночная грыжа. Произведено оперативное вмешательство: грыжесечение справа. В первые сутки после операции температура 38С, ребёнок получал нурофен, затем температура нормализовалась, но отёк мошонки и гематома сохранялись. На 5-е сутки после операции ребёнок выписан с рекомендациями снять шов амбулаторно на 7-сутки.

УЗИ органов мошонки в послеоперационном периоде не проводилось. Амбулаторно сняты швы. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Температура тела – норма. По настоянию матери произведено УЗ-обследование органов мошонки + ЦДК (от рака яичка умер её родной брат). Обнаружено образование правого яичка. Онкомаркёры ХГЧ, ЛДГ, Альфафетопротеин, РЭА, ОАК в пределах нормы.

Приведу статистические данные украинских коллег* Український Журнал Хірургії № 4, 2009 «Редкие доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования яичек у детей» «...в статье обобщен опыт лечения 12 детей в возрасте от 3 месяцев до 16 лет с доброкачественными опухолями и опухолеподобными образованиями яичек за последние 22 года. У наблюдавшихся пациентов встретились такие новообразования: тератома (5 больных), эпидермоидная киста (2 ребенка), эктопия ткани надпочечника в яичко

(2 детей), дермоидная киста, эпителиома Малерба, ганглионеврома (по 1 случаю). Описаны методы диагностики, особенности клинических проявлений доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований яичек у детей, определены показания к оперативному лечению. Своевременная диагностика описанных новообразований и радикальное оперативное вмешательство привели к выздоровлению всех пациентов».

Данный ребенок после обнаружения образования был направлен на консультацию к детскому онкологу в НИИ детской онкологии и гематологии. Рекомендовано оперативное вмешательство в объеме орхофуникулэктомии справа. Родители отказались.

При наблюдении на протяжении последующих 3х лет размеры яичек увеличились в пределах возрастной нормы, ПЯ 1,8*1,3*1,1 см, ЛЯ 1,8*1,0*0,8 см, придатки яичек с обеих сторон одинаковых размеров 0,4*0,3 см, само образование прежних размеров, округлое, неоднородное, гиперэхогенное, без динамики, размеры 0,8*0,6 см, с неровными четкими контурами, ЦДК без эхосигналов, сосудистый рисунок не изменен, гидроцеле нет. Онкомаркеры: АФП 2,26 МЕ/мл, В-ХГЧ менее 1,2 мЕД/мл, ЛДГ 279 ЕД/л.

15.11.15 поступил в НИИ детской онкологии и гематологии для оперативного лечения. При поступлении состояние ребенка удовлетворительное, жалоб нет. Температура тела 36,7, кожные покровы и видимые слизистые чистые, лимфоузлы не увеличены. Язык влажный, чистый. Дыхание через нос свободное. В легких дыхание проводится во все отделы, хрипов и одышки нет. Тоны сердца громкие, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот симметричный, не вздут, при пальпации безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме.

Локально: Правая и левая половины мошонки визуально не изменены. При пальпации объемное образование достоверно не определяется. Пальпация органов мошонки безболезненна. Половой член развит правильно. По данным УЗИ в структуре правого яичка определяется объемное образование размерами 0,9*0,7*0,7 см (тератома?).

Ребенку выполнена ревизия органов мошонки, органосохраняющая операция – удаление объемного образования (под бинокулярной лупой прецизионно вместе с капсулой). Гистологическое заключение: «зрелая тератома, без признаков атипии».

Послеоперационный период протекал без осложнений, рекомендовано снятие швов на 7е сутки, наблюдение детского уролога по месту жительства.

Данный клинический случай ярко демонстрирует необходимость выполнения УЗИ органов мошонки при любых образованиях или подозрении на них у детей раннего возраста. ■



Всероссийский курс дистанционного образования «Нейроурология и уродинамика»

Начало курса - декабрь 2015, окончание - декабрь 2016.

Организаторы курса:

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

Техническая поддержка:

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



Целевая аудитория – урологи.

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

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

Учебный план курса:

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

Российское общество по эндоурологии и новым технологиям (РОЭНТ)
Российское общество урологов (РОУ) МБУЗ Клинико-диагностический центр
«Здоровье» г.Ростова-на-Дону

V Российский Конгресс по Эндоурологии и Новым Технологиям

8-10 сентября 2016 года



г. Ростов-на-Дону, Конгресс-центр «ВертолЭкспо»

Уважаемый Коллега!
приглашаем Вас принять участие в
V Российском Конгрессе по Эндоурологии и Новым Технологиям,

который состоится 8-10 сентября 2016 года в г. Ростове-на-Дону. В работе Конгресса примут участие представители медицинской элиты России и других государств, ведущие хирурги и специалисты в области диагностики и лечения заболеваний мочеполовой системы.

Программа конгресса включает следующие тематические секции:

- | | |
|-------------------------------|-------------------------|
| - Диагностика | - Лапароскопия |
| - Малоинвазивная онкоурология | - Гибкая эндоскопия |
| - Фокальная терапия | - Лазеры в эндоурологии |
| - Эндоурология | - Роботическая хирургия |

В рамках конгресса состоится выставка новейшего высокотехнологичного медицинского оборудования, многие образцы которого будут представлены в России впервые.

Если Вы еще не были в Ростове-на-Дону, не упустите свой шанс! Мы приглашаем Вас!

С уважением,

*Президент Российского общества по Эндоурологии и Новым Технологиям,
профессор, д.м.н. Мартов Алексей Георгиевич*

*Президент конгресса по Эндоурологии и Новым Технологиям в г.Ростове-на-Дону
профессор, д.м.н. Абоян Игорь Артемович*

Информация о мероприятии:

www.endourorus.org, www.center-zdorovie.ru, www.Uroweb.ru



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



III научно-практическая конференция «Мочекаменная болезнь: профилактика, лечение, метафилактика»

Оргкомитет

Председатели конференции:

О.И. Аполихин

доктор медицинских наук, профессор, главный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью, директор НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина

Каприн А.Д.

член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава России, главный уролог АН РФ

Уважаемые коллеги!

Мочекаменная болезнь (МКБ) – одно из самых распространенных урологических заболеваний на территории Российской Федерации с прогрессирующей тенденцией к росту.

История развития методов лечения МКБ претерпевает значительные изменения в последние 20 лет за счет внедрения технических достижений – дистанционной литотрипсии, высокотехнологичного эндоскопического оборудования. В рамках конференции пройдет демонстрация современных возможностей хирургического лечения МКБ и обсуждение показаний к каждому из представленных методов. Особое внимание будет уделено аспектам профилактики и метафилактики МКБ, которые долгое время незаслуженно оставались на втором плане лечения уролитиаза.

Рост заболеваемости мочекаменной болезнью требует усиления работы не только стационарного звена, но и амбулаторно-поликлинической службы, в области определения и устранения факторов риска развития, консервативного лечения и предупреждения рецидивирования мочекаменной болезни.

В современных экономических условиях пересмотрены некоторые аспекты ведения пациентов в пользу стационар-замещающих технологий. Стремительно развивающиеся мобильные технологии mHealth позволяют проводить удаленный мониторинг состояния здоровья пациентов не только с целью контроля и коррекции консервативной терапии, но и, что ценно, после оперативных вмешательств.

Мы надеемся, что представленная на конференции информация будет полезна и интересна не только научным сотрудникам и состоявшимся практических врачей, но и для молодых ординаторов, студентов старших курсов медицинских ВУЗов, что найдет свое отражение в отдельной секции молодых ученых.

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

Приглашаем к участию!

8-9 декабря 2016 г.

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

Организаторы:

- «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава России
- НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава России

Члены оргкомитета:

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

Рабочая группа:

- Войтко Д.А.
- Цой А.А.
- 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.
- Современные методы оценки риска развития МКБ
- Возможности диагностики литогенных нарушений
- Современные возможности оперативного лечения МКБ
- Алгоритмы консервативного ведения пациентов МКБ
- Принципы метафилактики МКБ
- Принципы персонализированной медицины в диагностике, профилактике и лечении МКБ
- Современные формы дистанционного мониторинга за больными МКБ, технологии mHealth
- Принципы профилактики МКБ – что нужно изменить в жизни?

Секция молодых ученых

Доклады от молодых ученых принимаются на конкурсной основе до 01.08.2016 года. Продолжительность доклада 4 минуты. Планируется награждение отдельных докладчиков.

Контакты:

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

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

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



IV Научно-практическая конференция
«Малоинвазивная онкоурология:
рак предстательной железы»

25
ноября
2016

IV научно-практическая конференция «Малоинвазивная онкоурология: рак предстательной железы»

18 ноября 2016 года

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина -
филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России
МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России
МРНЦ им. А.Ф. Цыба - филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России



On-line трансляция Uro.TV



Техническая и информационная поддержка МООУ
«Интернет форум урологов»

Заинтересованная аудитория: урологи, онкоурологи, онкологи,
радиологи, патоморфологи, химиотерапевты.

Оргкомитет конференции

Председатели:

Каприн Андрей Дмитриевич – генеральный директор ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, главный уролог АН Ф, член-корреспондент РАН, член-корреспондент РАО, доктор медицинских наук, профессор

Аполихин Олег Иванович – директор НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиала ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор

Научный руководитель:

Борис Яковлевич Алексеев – заместитель генерального директора по научной работе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, ученый секретарь Российского Общества Онкоурологов.



Организаторы:

- Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации
- НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России
- МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России
- МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России
- МООУ «Интернет форум урологов»

Тематики программы:

- Эпидемиология рака предстательной железы
- Скрининг рака предстательной железы: за и против
- Возможности лучевой диагностики рака предстательной железы
- Таргетная биопсия предстательной железы
- Активное наблюдение у больных раком предстательной железы
- Клинически незначимый рак предстательной железы
- Геномные и постгеномные технологии в диагностике, прогнозировании и лечении рака предстательной железы
- Аблативные технологии в лечении рака предстательной железы: HIFU, лазерная абляция, радиочастотная терапия, фотодинамическая терапия и др.
- Лучевая рака предстательной железы – кибернож, брахитерапия, конформная лучевая терапия и др.
- Химиотерапия рака предстательной железы
- mHealht – дистанционные, мобильные и IT технологии в менеджменте рака предстательной железы

Адрес проведения мероприятия:

Россия, Москва, ул. 3-я Парковая, дом 51, корп. 4,
конференц-зал административного корпуса
Участие бесплатное

Контакты для спонсоров и рекламодателей:

Шадёркина Виктория Анатольевна
+7 (926) 017-52-14
viktoriashade@uroweb.ru



Междисциплинарный курс дистанционного образования по теме «Правильный дифференциальный диагноз: опыт + искусство»

Даты проведения 01.09.16 - 31.12.16
Длительность курса 3 месяца

Выдача сертификата после успешного завершения курса лекций и тестирования – в личном кабинете Интернет форума урологов.

Организаторы курса:

- МООУ «Интернет форум урологов»
- Uroweb.ru



Техническая поддержка:

- Издательский дом «УроМедиа»
- Uro.TV
- UroEdu.ru



Целевая аудитория – урологи, детские урологи, педиатры, терапевты, хирурги, гинекологи.

Учебный план курса состоит из 5 лекций, которые дополнены статьями, методическими разработками, клиническими случаями и другим дидактическим материалом. Тема включает в себе конкретный практический навык или теоретический вопрос.

Цель КДО – предоставить наиболее полную информацию для врачей различных специальностей по дифференциальной диагностике хирургических и урологических заболеваний.



Преподаватель: Антонов Олег Николаевич
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, доцент кафедры
госпитальной хирургии №1 лечебного факультета.

Ученая степень, ученое звание: Доктор медицинских наук, доцент.

Специализация (квалификация): Общая хирургия (высшая категория), онкология. Высшая аттестационная категория по специальности «Хирургия»

Участие в профессиональных сообществах: Российское общество хирургов, действительный член.

Учебный план курса:

	Название лекции
1	Дифференциальная диагностика почечной колики и острого аппендицита
2	Дифференциальная диагностика острых заболеваний билиопанкреатической системы и почечной колики.
3	Дифференциальная диагностика заболеваний ободочной кишки и почечной колики.
4	Дифференциальная диагностика острой сосудистой патологии и почечной колики.
5	Закрытая травма живота. Повреждение почек и мочевого пузыря.

Правила для участников курса

1. Предварительная регистрация на сайте **UroEdu.ru**, отправка заявки на участие в курсах.
2. Отправка заявки на участие возможна до 1 декабря 2016 года
3. Получение доступа к 1й лекции. Доступ будет осуществляться персонально для каждого участника, лекции выкладываться для общего просмотра не будут.
4. Прослушивание 1й лекции, итоговое тестирование (5 вопросов методом случайной выборки по теме лекции).
5. При положительном прохождении теста – получение доступа к очередной лекции.
6. Участник может отправить в письменной форме вопросы как лектору, так и организаторам курсов. Вопросы можно будет задать через специальную форму на страницекурса.
7. Участник может оценить качество каждой лекции и курсов в целом путем голосования на сайте **UroEdu.ru**.
8. В конце курса участнику будет выдан именной сертификат о прохождении курсов дистанционного образования по теме «Правильный дифференциальный диагноз: опыт + искусство». Сертификат будет доступен для печати или скачивания в личном профиле пользователя.

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)



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 Болотова Елена Владимировна

Тираж 7000 экземпляров

Подписка на сайте urodigest.ru

Распространение бесплатное – Россия, страны СНГ

Периодичность 1 раз в 2 месяца

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

Издательство «УроМедиа»

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

Свидетельство о регистрации средства массовой информации

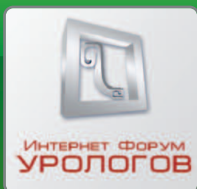
ПИ № ФС77-54663 от 09.07.2013

e-mail: info@urodigest.ru

www.urodigest.ru

При полной или частичной перепечатке материалов ссылка на Дайджест обязательна!

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



Издательский дом «УроМедиа»