

**АКТУАЛЬНЫЕ  
ТЕМЫ:**

**Новый этап в  
теоретическом и  
практическом  
образовании  
эндо- и  
лапароскопии  
в урологии**

**Практический  
тренинг – взгляд  
учащегося**

**В центре внимания –  
развитие урологии  
в регионах**

**ТЕМА НОМЕРА:**

**Российская система ВУЗовского и  
Последипломного образования по  
урологии в России: нужны ли перемены?**



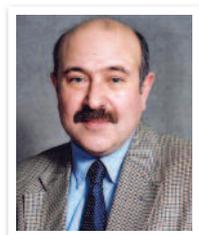


**Обновленная версия Uro.TV работает  
не только на компьютерах и ноутбуках,  
но также на мобильных устройствах,  
включая iPhone и iPad!**



·»» Тема номера: Российская система ВУЗовского и последипломного образования по урологии в России: нужны ли перемены? .....	2
·»» Новый этап в теоретическом и практическом образовании эндо- и лапароскопии в урологии .....	10
·»» Практический тренинг – взгляд учащегося .....	12
·»» В центре внимания – развитие урологии в регионах .....	14
·»» Летний день здоровья .....	20
·»» Показатели эффективности медицинской помощи жителям Санкт-Петербурга при раке предстательной железы за 10 лет наблюдения .....	24
·»» Протонно-ионная терапия .....	28
·»» Правда и ложь диспансеризации .....	34
·»» Правительство: рост зарплат медиков невозможен без увеличения нагрузки. .	36
·»» Ординатуру могут включить в трудовой стаж врача .....	38
·»» Врачи и интернет: данные 2014 года. ....	40
·»» Здоровая «мобилизация»: эксперты предрекают восьмикратный рост рынка переносных медицинских устройств. ....	42
·»» Медиков опросят на предмет реальных заработков. ....	44
·»» Здоровье россиян в 2020 году. Мнение Минздрава .....	45
·»» Минздрав опубликовал показатели здоровья россиян. ....	46
·»» Количество врачей в России в 2014 году. ....	48
·»» Исход ЭКО. От чего зависит .....	50
·»» Езда на велосипеде и мужское здоровье. ....	51
·»» Две трети продаваемой «Виагры» в мире — контрафакт. ....	52
·»» Отправь SMS-ку пациенту! .....	53
·»» Россияне оценили достижения современной медицины .....	54
·»» Российские микроисточники для брахитерапии .....	55
·»» Разработка препаратов, повышающих потенцию, для местного применения .	56
·»» Проблемы здравоохранения волнуют россиян больше других .....	57
·»» Вечная жизнь: пока получается .....	58
·»» Инвалидность: ответы юриста .....	62

## Российская система ВУЗовского и последипломного образования по урологии в России: нужны ли перемены?



Проф. А.К. Чепуров

Кафедра урологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова



к.м.н. Е.А. Пронкин

*В последние годы в Российской Федерации происходят значительные изменения в области высшего и послевузовского профессионального образования, что отвечает требованиям времени. В этой связи перед медицинской высшей школой стоят важные задачи по реформированию образовательного процесса.*

**М**едицинское образование – это важнейший фактор обеспечения высокого профессионального уровня работников системы здравоохранения. Постоянное повышение профессиональных знаний, усовершенствование умений и навыков, овладение современными технологиями – является основой формирования современного врача-специалиста.

В 2013 году нами было проведено исследование для того, чтобы оценить существующий в настоящее время уровень качества преподавания урологии в медицинских ВУЗах, качества обучения

в ординатуре по специальности «Урология», а также оценить уровень полученных знаний и практических навыков у молодых урологов, необходимых им для дальнейшей самостоятельной работы.

В опросе исследовании приняли участие выпускники 3-х медицинских университетов (МГМУ им. И.М. Сеченова, РНИМУ им. Н.И. Пирогова, МГМСУ им. А.И. Евдокимова) и 2-х медицинских факультетов (Медицинский факультет РУДН, Факультет Фундаментальной Медицины МГУ им. Ломоносова) г. Москвы. Также нами были опрошены ординаторы-урологи 1-го и 2-го

годов обучения, обучающиеся на кафедрах урологии МГМУ им. И.М. Сеченова, РНИМУ им. Н.И. Пирогова, МГМСУ им. А.И. Евдокимова, НИИ Урологии.

Всего было опрошено 132 респондента. Из них 41 студент, 45 ординаторов 1-го года обучения и 46 ординаторов 2-го года обучения.

Анкета-опросник был составлен при поддержке одной из кафедры психологии ведущего московского ВУЗа.

### Образование в высшем учебном заведении

В настоящее время цикл урологии, включенный в план обучения в зависимости от учебного учреждения составляет от 18 до 36 часов. В некоторых ВУЗах преподавание урологии идет в курсе факультетской хирургии. Это дезавуирует урологию как специальность и не позволяет студентам приобрести знания позволяющие им ориентироваться в дисциплине. Как следствие, 25% студентов не получили никаких знаний на цикле по урологии, а 60 % считают, что полученных знаний им недостаточно.

В настоящее время, обучаясь в любом из медицинских высших учебных заведений, студенты, мечтающие связать свою дальнейшую судьбу с профессией уролога, к сожалению, не считают что могут получить полные и качественные знания по этой специальности. По всей видимости это свя-

зано с недостаточным количеством часов обучения, а так же уровнем и распределением педагогического процесса.

По образовательному стандарту, существует перечень практических знаний и умений, которыми должен овладеть студент к окончанию цикла по урологии: пальпация и перкуссия органов мочевыводящей системы, катетеризация мочевого пузыря, рентгенографические исследования и их анализ, оформление историй болезни, ведение и уход за пациентами с наружными дренажами (нефростомы, цистостомы, уретральные катетеры)

По данным проведенного исследования, 100 % студентов не смогли освоить все перечисленные выше практические навыки. Таким образом, даже такая элементарная манипуляция, как установка уретрального катетера, не всегда может быть выполнена, ввиду отсутствия представления о том, как это делается. Эту манипуляцию должен уметь делать любой врач, независимо от того, в какой области он будет работать. Как следствие, 35 % студентов считают, что учебный процесс на цикле по урологии организован неудовлетворительно.

Подведя краткий итог по высшему образованию, можно с уверенностью сказать, что из-за ограниченного времени, выделенного на цикл по урологии, из-за нерационального использования учебного времени, обучающиеся не имеют возможности получить полные современные знания и освоить практические навыки по урологии в полном объеме. ■

Все вышеописанное приводит к тому, что отсутствие качественных знаний в процессе перерастает в отсутствие знаний при поступлении в ординатуру.

### Образование в ординатуре

Основная цель обучения в клинической ординатуре — подготовка высококвалифицированных специалистов для самостоятельной работы в учреждениях здравоохранения.

Таким образом, основными задачами обучающихся является углубленное изучение методологических, клинических и медико-социальных основ медицинских наук и формирование умений и навыков самостоятельной профессиональной деятельности.

Но существующая система последипломного образования в России не претерпела глобальных изменений более 40 лет. В отличие от европейских стран, где сроки обучения составляют 5-7 лет, в нашей стране обучение происходит за гораздо меньший период времени, а именно 2 года. («Положение о клинической ординатуре» Министерства здравоохранения СССР № 362 от 19 мая 1971 г).

Достаточно ли 2-х лет, для достижения желаемого профессионального образования? Рассматривая процесс обучения, отметим, что крайне важно личное стремление обучающегося и анализ происходящего, ведь поступая в ординатуру, каждый ставит перед собой определенные задачи, понимая зачем ему это нужно и что он хочет получить от процесса обучения.



Поступая в ординатуру, каждый выпускник ожидает, что за 2 года он получит достаточно знаний и практических умений, необходимых ему в дальнейшем для самостоятельной работы. На практике, у большинства ординаторов процесс обучения проходит за написанием историй болезни и выполнения писильной физической работы.

По данным одного из ведущих российских ВУЗов рабочая программа по урологии, принятая в 2008 г., выглядит следующим образом: по окончании обучения в ординатуре, молодой специалист-уролог должен уметь самостоятельно выполнять типичные урологические операции (Операция Иванисевича, Вазорезекция, орхиэктомия, энуклеация паренхимы яичек, Вскрытие и дренирование гнойников мошонки, Пункционная цистостомия, Ушивание разрыва мочевого пузыря, дренирование клетчатки таза по Буяльскому-Мак-Уортеру при мочевых затеках, Уретеролитотомия, Пиелолитотомия, Нефростомия, декапсуляция почки, Нефрэктомия при разрыве почки, сморщенной почке, терминальном гидронефрозе, Ушивание почки при разрыве, Чреспузырная аденомэктомия).

Большая часть описанных хирургических пособий устарела, а эндоскопические и лапароскопические операции не включены в перечень обучающихся в ординатуре. Данная программа используется в большинстве высших учебных заведений России. Она не отвечает не

только зарубежным стандартам обучения, но даже отечественным потребностям здравоохранения.

Но должен выполнить и выполнил – разные вещи. Хотя, возможно, где-то в России все именно так?! Но, на наш взгляд слишком сложно за 2 года получить достаточно знаний, чтобы выполнять все вышеуказанные операции самостоятельно. К тому же не на всех учебных базах кафедр урологии перечисленные выше операции выполняются, ввиду отсутствия необходимости в них.

Н.А. Лопаткин говорил «Уролог – это врач, который занимается всеми аспектами заболеваний мочеполовой системы». Междисциплинарный подход, проведение циклов обучения по хирургии, гинекологии, онкологии в рамках ординатуры давно насущная проблема отвечающая представлению о формировании современного специалиста.

Что же в Европе? Срок обучения в резидентуре по урологии составляет минимум 5-7 лет! В 2,5-3,5 раза больше чем в нашей стране. Например, в Англии, за время обучения, резидент должен выполнить и выполняет: ТУР, уретероскопия (гибкие и полуригидные), радикальная нефрэктомия, цистэктомия, радикальная простатэктомия, лапароскопическая нефрэктомия. Так, к концу обучения, резидент в среднем выполняет 42 открытые радикальные простатэктомии (из них 13 самостоятельно). ■

В России к концу обучения в ординатуре лишь 57 % ординаторов могут основать наиболее рациональную технику хирургического вмешательства, и лишь 43 % могут оказать экстренную урологическую помощь. В то время как 83 % овладели оформлением необходимой медицинской документации.



В итоге, после 2-х лет обучения в ординатуре, не все молодые специалисты могут выполнить троакарную цистостомию. Не говоря уже о более сложных операциях.

За все время обучения большинство ординаторов столкнулось с тремя основными проблемами: отсутствие возможности выполнять самостоятельные операции (78%), малый объем даваемых знаний (43%), недоброжелательность со стороны сотрудников кафедры (32%).

Главная проблема, на наш взгляд, – это отсутствие возможности оперировать самому, ведь урология немислима без хирургической составляющей, и, не имея достаточных хирургических навыков, молодому специалисту будет сложно вести лечебную работу. Такая проблема, как малый объем даваемых знаний, очень важна, ведь недостаточно просто читать научную литературу самому, важно перенять клинический опыт, накопленный за годы практической работы, который не может передать никто, кроме профессоров и доцентов кафедры. А зачастую, сотрудники кафедр настолько заняты, что у них не остается времени на то, чтобы проводить занятия с ординаторами.

К концу обучения 58 % ординаторов не принимали участия в экстренных урологических операциях, у них не было опыта оказания экстренной медицинской помощи. Кому нужны такие специалисты?

Последним вопросом в нашей анкете был следующий: «Как вы оцениваете свои знания по урологии на данный момент?». 57 % опрошенных ординаторов 2-го года обучения ответило, что они оценивают свои знания во всех областях



урологии как неудовлетворительные. С нашей точки зрения, это означает, что больше половины всех ординаторов, проучившись 2 года в ординатуре, не приобрели достаточных знаний в урологии. Возникает несколько простых вопросов: как они собираются оперировать, лечить пациентов, ставить диагнозы, назначать лечение?

При анализе всех полученных данных, у нас сложилось впечатление, что ординаторы не получают достаточных теоретических, практических знаний! О каких тогда «специалистах» идет речь?

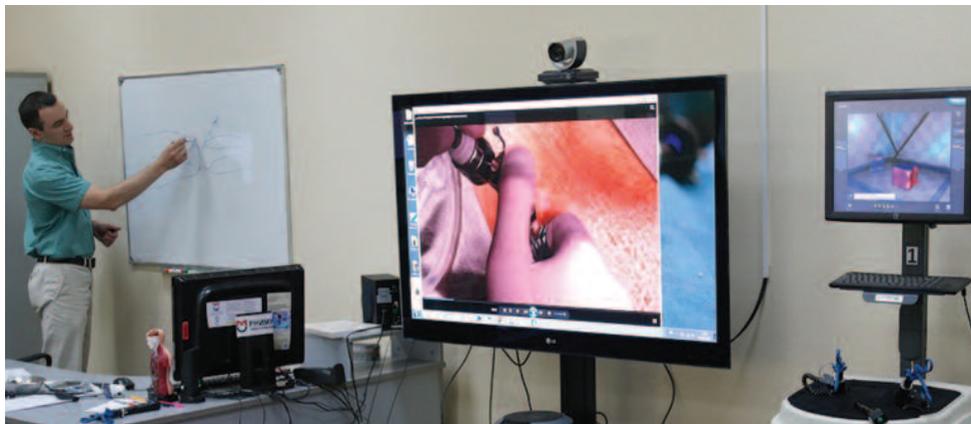
На наш взгляд, за 2 года невозможно подготовить полноценного уролога. Это надо признать как факт! И, при невозможности продлить срок обучения, из-за отсутствия должного финансирования, нежелания Минздрава менять программу обучения, и из-за отсутствия современной программы обучения, которая соответствовала бы современному европейскому уровню, остается

сконцентрироваться на ключевых аспектах дисциплины:

1) Лечение основных урологических заболеваний (мочекаменная болезнь, воспалительные заболевания верхних и нижних мочевыводящих путей, заболевания предстательной железы, онкологические заболевания органов мочеполовой системы).

2) Хирургические навыки – малая урология (операции Лорда, Винкельмана, Бергмана, Мармара, циркумцизия, орхиэктомия и т.д.) + экстренная урология (дренирующие операции – установка внутреннего мочеточникового стента, чрескожная пункционная нефростомия, троакарная цистостомия).

В первую очередь, необходимо сократить перечень знаний и хирургических навыков, обязательных в рамках 2-х годичного образования в ординатуре, до овладения основными навыками, в первую очередь – экстренной урологией и базовыми теоретическими знаниями. Молодым специалистам ■



проходящим собеседования в городских стационарах задают вопросы: смогут ли они в экстренной ситуации выполнить чрескожную пункционную нефростомию или поставить мочеточниковый стент? К нашему удивлению, большинство отвечает, что они не имели возможности освоить эти манипуляции за время прохождения ординатуры.

Необязательно начинать процесс обучения с новых технологий, при этом забывая, что надо начинать с более простых манипуляций. Это доказывает исследование, проведенное Timothy Nguyen, Luis H. Braga в Канаде в 2011 году. Участниками исследования стали врачи, проходящие курсы лапароскопической хирургии. Участников исследования поделили на 2 группы: первая группа занималась на современных 3D тренажерах, вторая группа – на простых тренажерах, сделанных при помощи картонных коробок. По окончании обучения был проведен экзамен, результат

которого – практические навыки после прохождения курса обучения в 2-х группах оказались примерно одинаковыми.

Очень важно ограничить количество новых обучающихся ординаторов в соответствии с количеством клинических коек. Этот пункт необходимо проработать совместно с заведующими кафедрами. Что даст возможность молодому специалисту освоить за время обучения максимальный объем практических навыков.

Количество обязательных дежурств по оказанию экстренной медицинской помощи должно быть максимальным в клиниках где есть ургентная урология.

### Заключение

Все вышперечисленное приводит к снижению уровня и качества обучения. Ведущие урологические центры стоят на этапе развития и внедрения в широкую практику роботических технологий и инновационного развития урологии,

при всем этом число врачей покидающих клинику после прохождения ординатуры и владеющих навыками экстренной урологии – базовых знаний позволяющих работать в любом скоромощном стационаре преступно мало.

В перспективе, да что говорить уже и сейчас, врач, обученный на многих ведущих кафедрах, владеет блестящим опытом ассистенцией на высокотехнологичных операциях, но едва ли может сам поставить дренаж (нефростому, мочеточниковый стент) и помочь пациенту в экстренной ситуации.

Изменение подхода к обучению, увеличение времени обучения, а так же прием сертификационного экзамена профессо-

рами других кафедр с оценкой практических навыков позволит изменить ситуацию, складывающуюся последние годы. Необходимо учесть, что ординаторы должны обучаться в многопрофильных клиниках, где госпитализируются пациенты с различными урологическими заболеваниями. Обучение должно проводиться под персональным наблюдением наставников.

Мы предоставили свой взгляд на существующие проблемы обучения по дисциплине «урология» в нашей стране, которые, с нашей точки зрения, требуют пересмотра и усовершенствования учеными советами университетов, деканами послевузовского образования, министерством здравоохранения. ■



# Новый этап в теоретическом и практическом образовании эндо- и лапароскопии в урологии

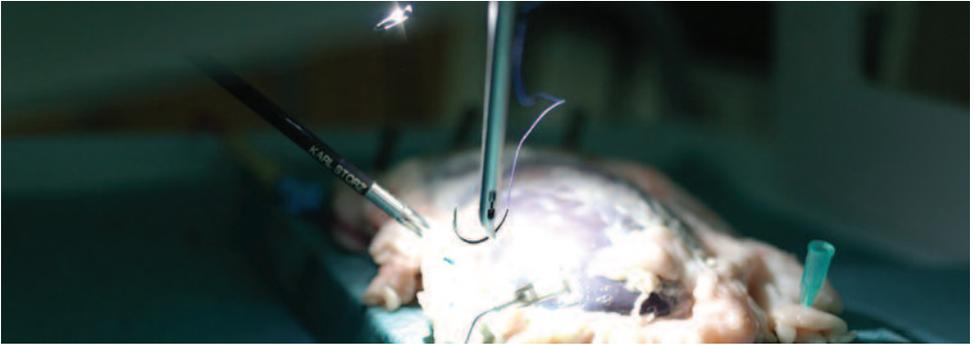
*В ведущем медицинском вузе страны, Российском национальном исследовательском медицинском университете имени Н.И. Пирогова, на базе его передовой тренинговой площадки – Учебного центра инновационных медицинских технологий, сотрудниками кафедры урологии совместно со специалистами столичных клиник проводятся уникальные однодневные тренинги для урологов и хирургов "Эндоскопическая хирургия верхних мочевых путей". Впервые подобный тренинг состоялся в университетском учебном центре 6 июня 2014 года и получил признание среди специалистов из различных регионов России.*

**И**нтересна программа мероприятия, проходящего в интенсивном образовательном режиме и позволяющем слушателям в течении 8 часов познакомиться с новейшими технологиями в эндохирургии верхних мочевых путей. Лекция с видеозаписями и трансляцией из операционной, телемедицинская видеоконференцсвязь в режиме реального времени, тренинг на компьютерных и коробочных тренажерах с тематическими заданиями, мастер-класс от ведущих специалистов, самостоятельные операции в учебной операционной на биологическом материале (органокомплексы верхних мочевых путей) – все это позволяет курсантам не только узнать, но освоить важные мануальные навыки в эндоскопической урологии.

Тренинг включает в себя такие раз-

делы как: история вопроса, обзор специального оборудования и инструментов; лапароскопическую хирургию мочеточника и лоханочно- мочеточникового сегмента; эндохирургические операции при выполнении нефрэктомии, резекции почки, декортикации кисты почки; лапароскопическую хирургию с ручным ассистированием при выполнении нефрэктомии, резекции почки.

В практической части тренинга обучающиеся овладевают базовыми навыками лапароскопической хирургии верхних мочевых путей. При обучении используется передовое оборудование и инструментарий для эндохирургии, виртуальные тренажеры, а сам тренинг проходит в специализированной учебной операционной, оборудованной для использования в учебном процессе биологического материала.



В ходе тренинга курсанты самостоятельно под контролем тренера собирают эндоскопический инструмент для операции, накладывают эндоскопический шов на мочеточник, создают пиелоанастомоз, выполняют ушивание паренхимы и резекции почки на биоматериале.

Следует отметить, что впервые на образовательные мероприятия такого высокого уровня приглашаются не только практикующие врачи, но и интерны, ординаторы урологических кафедр и специалисты со стажем менее 3-х лет. По окончании тренинга выдается сертификат головного отраслевого медицинского вуза страны о прохождении данного курса.

По словам организаторов тренинга, двери УЦИМТ РНИМУ имени Н.И. Пирогова всегда широко открыты для специалистов, заинтересованных в получении качественного образования и уверенных практических навыков, которые необходимо оттачивать в совершенстве в повседневной жизни.

Освоение специальности (причем любой связанной с наилучшими навыками)

держится на трех китах: знание, умение, навыки. Уже после совершенного владения всем появляется мастерство.

Безусловно на этом работа учебного центра не заканчивается. Практические навыки у курсантов должны совершенствоваться постепенно, а организаторы учебного центра меняют тематику занятий, расширяют работу с биоматериалами, что в последующем приводит к расширению кругозора и объемному мышлению курсантов.

Все это по нашему мнению приведет к востребованности этой весьма актуальной форме обучения специалистов овладевающих эндо и лапароскопической технологией в урологии, гинекологии и общей хирургии.

Тем более, что все перечисленное относится к высокотехнологичным методам в медицине. ■

*А.К. Чепуров\**, *А.А. Иванов\*\**,  
*А.В. Гуцин\*\**, *Е.А. Пронкин\**

*\* Кафедра урологии РНИМУ  
им. Н.И. Пирогова*

*\*\* УЦИМТ им. Н.И. Пирогова*

## Практический тренинг - взгляд учащегося

---

*В настоящее время, время высоких технологий, особенно важно не отставать от научного прогресса и соответствовать новым задачам в современной медицине.*

---

---

**К**роме новых открытий в урологии, каждый ординатор, обучающийся на кафедре урологии РНИМУ, обязан освоить базовые навыки выполнения эндоскопических трансуретральных вмешательств, и не только иметь общее представление о трансуретральной резекции (ТУР) предстательной железы и мочевого пузыря, но и к концу обучения уметь самостоятельно выполнять подобные оперативные вмешательства.

Этому и был посвящен тренинг по эндоскопическим методам лечения заболеваний нижних мочевых путей, проведенный в начале октября на базе УЦИМТ РНИМУ им. Н.И. Пирогова заведующим кафедрой урологии, д.м.н. профессором Чепуровым А.К. и доцентом кафедры, к.м.н. Пронкиным Е.А.

С моей точки зрения, данный тренинг обязательно должен входить в программу обучения ординаторов-урологов. Ведь на подобных тренингах не только рассказывают об общих правилах выполнения ТУР, но и обращают внимание на важные детали и аспекты, от которых, зависит успех операции. Это помогает обучающимся не только

освоить методику ТУР, но и избежать в последующем послеоперационных осложнений от подобных вмешательств.

Тренинг, проходивший на базе учебного центра РНИМУ им. Н.И. Пирогова состоял из нескольких разделов:

Для начала, ординаторам профессором Чепуровым А.К. была прочитана лекция по основным положениям выполнения ТУР предстательной железы и мочевого пузыря. Лекция включала в себя сведения о принципе работы резектоскопа (составляющие элементы, петли, вапартроды, отличие биполярной трансуретральной резекции от монополярной), электробезопасность в операционной, также обучающимся были показаны правила укладки пациентов при трансуретральных вмешательствах. Далее было указано на особенности ТУР мочевого пузыря и ТУР предстательной железы. В частности, особое внимание было обращено на недопустимость резких и грубых движений при выполнении трансуретральной резекции.

Следующим этапом тренинга была презентация о интраоперационных и послеоперационных осложнениях трансуретральной резекции простаты и моче-



вого пузыря, в данном сообщении профессор Чепуров А.К. рассказывал о типичных ошибках молодых специалистов, приводящие к серьезным последствиям, и на конкретных клинических примерах рассказал, как стараться минимизировать вероятность подобных осложнений. Также в презентации была затронута тема повреждений уретры у мужчин при трансуретральных вмешательствах, было показано 2 клинических примера (разрыв уретры и ложные ходы в уретре).

Далее доцентом кафедры Пронкиным Е.А. было продемонстрировано несколько видеосюжетов по тематике тренинга с устными комментариями по каждому фрагменту: выполнение различными методами ТУР предстательной железы, трансуретральное вскрытие абсцесса простаты, трансуретральная резекция объемного образования мочевого пузыря, перфорация мочевого пузыря, в завершение был показан биполярный ТУР предстательной железы на железе большого объема.

Завершающим этапом тренинга стала возможность применить полученные навыки и умения на биоматериале. Всем желающим была предоставлена не только возможность получить первичные навыки владения резектоскопом, но и выполнить ТУР мочевого пузыря, а также ТУР предстательной железы на биоматериале под руководством наставников. Чем и воспользовались ординаторы, посетившие тренинг.

Я считаю, что подобные тренинги важны для формирования объемного мышления грамотного и всесторонне развитого молодого специалиста уролога с широким кругозором. Каждый ординатор должен иметь возможность освоить данную методику в рамках прохождения 2-х годового обучения на кафедре урологии, чтобы применять и совершенствовать ее в своей дальнейшей профессиональной деятельности. ■

*А.В. Макаренко  
ординатор кафедры урологии  
РНМУ им. Н.И. Пирогова*

## В центре внимания - развитие урологии в регионах



**Д. А. Войтко**  
Сотрудник отдела развития  
региональной урологии  
НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина

*14 августа в Дмитровской городской больнице (Московская область, Дмитровский район) состоялось совещание по промежуточным итогам реализации комплексной этапной программы «Урология».*

**Н**ИИ урологии им. Н.А. Лопаткина (ФГБУ "НИИ урологии" Минздрава России) проводит работу в Дмитровском районе на протяжении 4-х лет. На совещании были подведены результаты крупномасштабной совместной работы НИИ урологии и Управления здравоохранения Дмитровского района.

Программа «Урология» основывается на профилактических принципах и подразумевает своевременное выявление заболеваний на ранних стадиях. Данный принцип позволяет запланировать потребности в медицинской помощи, а путём своевременного лечения – значительно сократить расход бюджетных средств за счёт снижения доли пациентов, поступающих по экстренным показаниям с запущенными стадиями заболеваний.

В начале совещания выступил директор НИИ урологии Олег Иванович Аполихин с докладом о возможных перспективах

развития отечественного здравоохранения. Были представлены два возможных сценария: потребительский, предполагающий непрерывное увеличение количества



**ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России**

**В первую очень надо определить со стратегией**

По какому пойдет развитие  
Здравоохранение России?

- Потребительский путь?
- Профилактическое направление?





пациентов, широко распространённый в западных странах, и профилактический – использовавшийся в советском здравоохранении.



В рамках дискуссии о выборе пути развития российской медицины участники конференции подчеркнули значительное преимущество профилактической модели



и важность комплексного планирования медицинских потребностей общества.

Развивая тему профилактической модели здравоохранения, заведующий отделом развития региональной урологии НИИ урологии И.А. Шадёркин проиллю-



стрировал накопленную научно-методическую базу программы «Урология».

Игорь Аркадьевич определил целевые точки приложения профилактических принципов: анкетирование, формирование этапов и стандартов оказания медицинской помощи и внедрение системы индикаторов функционирования урологической службы. Кроме того, в докладе были озвучены трудности внедрения подобных принципов. В рамках совместной дискуссии они были сформулированы:

1. Высокая загруженность врачей первичного звена и амбулаторных урологов. ■

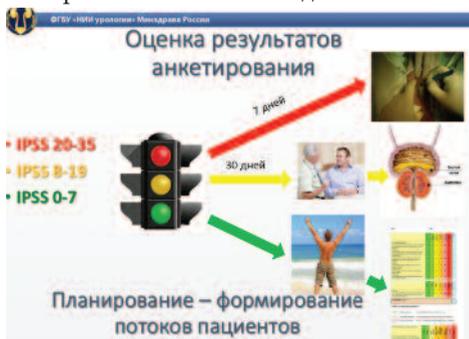
2. Низкая консолидация врачей различных медицинских учреждений и специальностей специалистов при лечении пациентов с урологическими заболеваниями

3. Необходимость непрерывного повышения уровня медицинских знаний участников программы «Урология»

М.Ю. Просянкин в своём выступлении о современных возможностях амбулаторно-поликлинического приёма предложил решения выявленных трудностей реализации программы «Урология».

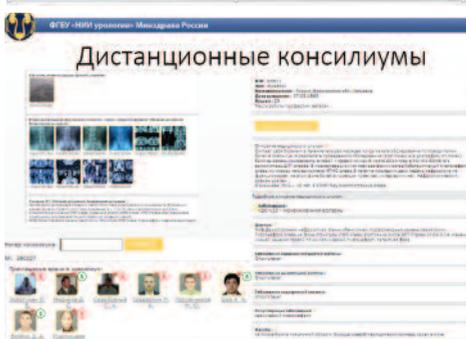
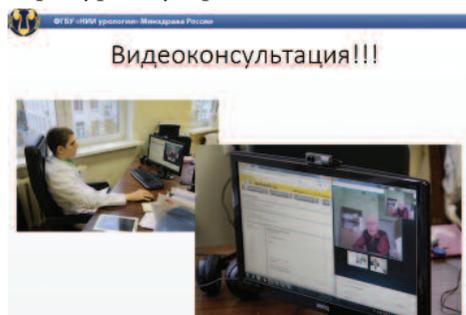


Особый акцент в докладе был сделан на внедрение интернет систем анкетирования, дистанционного консультирования пациентов и создания системы интерактивного взаимодействия всех



этапов оказания медицинской помощи пациентам с урологическими заболеваниями.

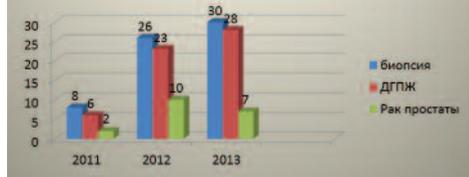
Во время интернет анкетирования жителей Дмитровского района формируются группы риска. По результатам анкетирования пациент имеет возможность записаться на приём либо задать вопрос урологу в режиме он-лайн.



Также, в своём докладе М.Ю. Просяников представил систему интерактивного объединения специалистов, оказывающих помощь пациентам с урологическими за-



**Структура оперативных вмешательств на предстательной железе**

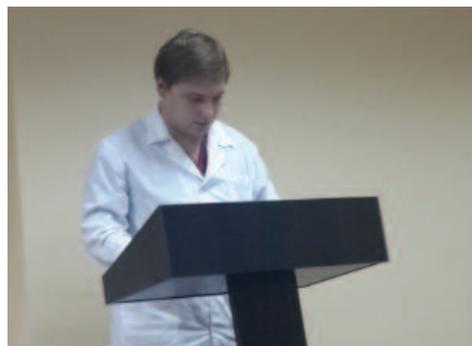


болеваниями. Данная система позволяет проводить дистанционные консилиумы, видеоконсультации с формированием онлайн истории болезни, создать канал связи между врачом первичного звена (семейный врач, врач общей практики), урологами Дмитровской городской больницы и сотрудниками НИИ урологии.

Представители здравоохранения Дмитровского района продемонстрировали результаты реализации программы «Урология» в Дмитровском районе. Начальник управления здравоохранения Дмитровского района В.М. Мишарин

высоко оценил совместно проведённую работу и продемонстрировал устойчивый рост числа пациентов диспансерной группы, увеличения количества выполняемых оперативных вмешательств и снижения числа пациентов, доставляемых по экстренным показаниям. С 2011 по 2013 годы диспансерная группа возросла с 1,3 до 5,6%, количество пациентов доставленных по экстренным показаниям сократилось на 40,3%.

В своих докладах урологи Дмитровской городской больницы А.С. Николаев и В.В. Муштенко поделились опытом непосредственного участия в программных мероприятиях. ■



К проведению данного совещания было приурочено завершение курса дистанционного образования для тера-



певтов: «Основы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации социально значимых уро-онкологических заболеваний». Успешно сдавшим итоговое тестирование в торжественной обстановке были вручены Удостоверения о повышении квалификации.

По итогам совещания первый заместитель министра здравоохранения Московской области Д.С. Марков отме-

тил высокую эффективность принципов профилактической медицины в полной мере реализуемых в программе «Уроло-



гия». Было принято решение о необходимости расширения данной программы на смежные области медицины (кардиологию).

В заключительном слове глава Дмитровского района В.В. Гаврилов высоко оценил проделанную работу. Также Он отметил вклад данной программы в высокую продолжительность жизни жителей Дмитровского района. ■



## Летний день здоровья

15 августа 2014 года в г. Воронеже в рамках областного межведомственного проекта «Живи долго!» проводилась профилактическая акция «Летний день здоровья». В акции принимали участие врачи различных специальностей АУЗ ВО «Воронежского областного клинического консультативно-диагностического центра», врачи-урологи ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава РФ и врачи-урологи БУЗ ВО "ВГП№7" г. Воронежа, кафедры урологии и андрологии ИДПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко.

В акции активная роль отводилась «Мобильному центру здоровья» на базе автомобиля «Газель-next», оснащённым в том числе портативным УЗИ-аппаратом.

Программа акции была направлена на привлечение внимания граждан к проблемам здорового образа жизни, профилактики различных заболеваний. В «Мобильном центре здоровья» про-



водился скрининг наиболее распространенных урологических заболеваний, характерных для лиц различного возраста (от 18 и старше) обоих полов.

Программа обследования состояла из двух этапов. В первую очередь проводилось анкетирование всех желающих. Женщинам выдавались 2 типа анкет: по недержанию мочи и факторам риска заболеваний почек. Мужчинам помимо двух вышеперечисленных предлагались анкеты МИЭФ-5 и IPSS. Также в раздаточный материал входили иллюстрированные памятки по профилактике цистита у женщин и простатита у мужчин, информация по раннему выявлению рака простаты, диагностике и

профилактике мочекаменной болезни. Затем выполнялось УЗИ органов мочеполовой системы.

Всего в ходе акции в «Мобильном центре здоровья» с 10:00 до 15:30 было обследовано 98 человек.

Было выявлено:

1. 3 пациента с простыми кистами почек более 2-х см в диаметре.
2. 3 мужчин с аденомой простаты
3. 1 мужчина с хроническим простатитом
4. 2 женщины с мочекаменной болезнью (камни менее 5 мм)
5. 4 женщины с недержанием мочи
6. 6 женщин с признаками хронического цистита.

Итого было выявлено 19 человек ■





(19,38%) с различными заболеваниями мочеполовой системы.

Всем пациентам были даны рекомендации по дальнейшему обследованию и лечению, больные были направлены в конкретные лечебно-профилактические учреждения, в том числе к врачам-урологам, принимавшим участие в акции.

Отдельная благодарность врачам-урологам, чье активнейшее участие в проведении акции позволило оперативно и результативно принять столь объемный поток пациентов:

1. Мадыкин Юрий Юрьевич, к.м.н., доцент кафедры урологии и андрологии ИДПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко;

2. Коваль Николай Александрович, заведующий городским урологическим центром БУЗ ВО "ВГП№7"

3. Мартыненко Галина Михайловна врач-уролог городского урологического центра БУЗ ВО "ВГП№7"

4. Коруняк Дмитрий Иванович врач-уролог АУЗ ВО "ВОККДЦ".

5. Беляев Александр Сергеевич врач-уролог АУЗ ВО "ВОККДЦ".

Следует отметить, что привлечение внимания населения к профилактике и раннему выявлению различных заболеваний, в том числе урологических, должно носить систематический и общедоступный характер.

Проблема профилактики является одной из самых актуальных в настоящее время и требует пристального внимания специалистов здравоохранения и органов управления, что было продемонстрировано во время акции. ■



URO+

ПОИСК

Первое мобильное приложение для урологов

*Всегда в курсе всех  
урологических новостей!*



- УДОБСТВО
- БЫСТРОТА  
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

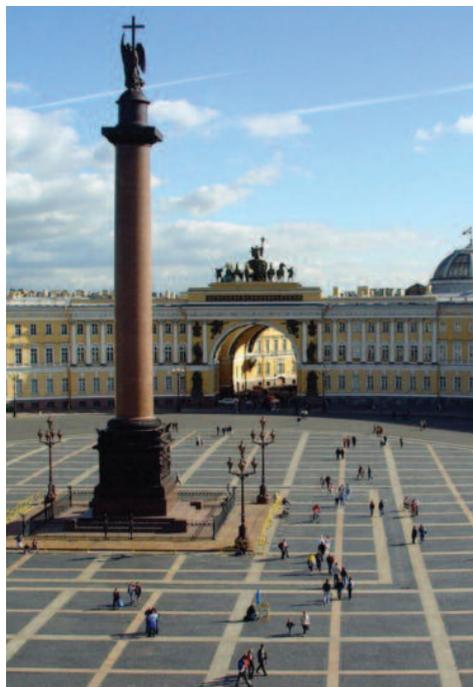


на платформе:  
Mac OS, Android



## Показатели эффективности медицинской помощи жителям Санкт-Петербурга при раке предстательной железы за 10 лет наблюдения

*Злокачественные новообразования (ЗНО) занимают важное место в структуре социально-значимых заболеваний. Рак предстательной железы (РПЖ) относится к ЗНО с наиболее динамически растущими показателями: в странах Европы ежегодно регистрируется 1,11 млн. больных РПЖ и 370 тыс. случаев смертельных исходов от этого заболевания (Euroscop, 2012). Одновременно с ростом заболеваемости РПЖ у жителей европейских стран, около 50% случаев этого ЗНО регистрируется у мужчин старше 60 лет при аутопсии (А. Auvinen, 2013).*



**В** последние годы наблюдается рост заболеваемости ЗНО у жителей Санкт-Петербурга (СПб). Нами проведен анализ медико-статистических показателей онкологической помощи жителям СПб при РПЖ за 2004-2013 гг. В ходе исследования использованы сведения из форм государственной отчетности (ф. 7 и 35), а также данные учетных форм 027-1/у и 030-ГРР.

Результаты. С 2004 по 2013 гг. в СПб отмечен рост заболеваемости и смертности больных РПЖ: на 63,4% и 35,7%, соответственно (в «грубых» показателях, т.е. на 100 тыс. жителей – на 51,2% и 24,7%). Прирост «грубых» показателей заболеваемости РПЖ за период наблюдения отмечен у мужчин в возрасте 60 лет и старше (+58,9%, с 33,6 до 53,4 на 100 тыс. жит.). В общей структуре забо-

леваемости в 2013 г. РПЖ занял 8-е ранговое место (5,4%), а в структуре смертности – 9-е место (4,5%).

Для оценки качества оказания медицинской помощи учитывается индекс соотношения числа умерших/заболевших (У/З). В странах Европы число умерших при РПЖ значительно опережает контингент заболевших этим ЗНО (1:7), потому индекс У/З удерживается в среднем на уровне 85,7% (А. Auvinen, 2014). В СПб соотношение У/З уменьшилось с 66,4% (2004) до 55,1% (2013), что в целом свидетельствует об улучшении диагностики РПЖ в СПб и повышении качества медицинского обеспечения этих больных.

В период наблюдения число случаев РПЖ, впервые выявленного в начальных (I-II) стадиях опухолевого процесса, возросло на 163% в абсолютных показателях (с 215 до 565 чел./год), а «грубые» показатели – с 4,6 до 11,2 на 100 тыс. жителей. Данная тенденция аналогична ситуации в целом по РФ (Аполихин О.И. и соавт., 2012; Каприн А.Д. и др., 2013). В СПб удельный вес больных с IV стадией РПЖ уменьшился на 32,5%, со 126 (2004) до 85 (2013) чел./год, что значительно опережает подобные темпы по РФ (Каприн А.Д. и др., 2013).

Показатель одногодичной летальности при РПЖ за 2004-2013 гг. оценить сложно в связи с недостатком статистических данных. По результатам анализа, выполненного за 2009-2013 гг., этот показатель снизился с 14% до 13,4%. Увеличение доли больных, доживших до

года после верификации ЗНО, свидетельствует об улучшении качества онкологической помощи этому контингенту пациентов.

При лечении пациентов со злокачественным поражением простаты наибольшее значение уделялось хирургическому методу (анализ за 2010-2013 гг.), однако статистические данные по этому показателю неполные. «Грубый» показатель частоты летальных исходов при РПЖ за 2004-2013 гг. увеличился на 23,9%, что является поводом для осмысления результатов проведенного лечения.

Для оценки преждевременной смертности от РПЖ использован показатель, широко применяемый в Европейских эпидемиологических исследованиях – число потерянных лет потенциальной жизни, т.е. число лет, которое человек мог бы прожить до определенного возраста (в данном случае, до 70 лет), если бы летальный исход от ЗНО не наступил. Эта методика разработана Всемирной организацией здравоохранения и Организацией экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и с начала 90-х годов XX столетия используется во многих странах мира.

Изучена динамика возраста умерших больных РПЖ (из расчета на 100 тыс. жит.) за 2011-2012 гг.: в СПб увеличилось число больных РПЖ, не доживших до 70 лет, – в группе пациентов 60-64 лет, а также среди мужчин 45-49 лет. Это обстоятельство указывает на то, что смертельные исходы от ЗНО простаты все чаще отмечаются не только у людей пожилого возраста, ■

но также среди трудоспособной части жителей города. Подобный анализ позволяет расширить представление о причинах преждевременной смерти, оценить взаимосвязь между мероприятиями по оказанию специализированной медицинской помощи и реальным их эффектом.

### Выводы

С учетом приведенных показателей, целесообразно:

- улучшить качество статистического учета больных РПЖ путем мониторинга пациентов с подозрением на ЗНО: это позволит быстро получать и анализировать информацию о сроках и этапах обследо-



вания больных этим заболеванием;

- унифицировать систему кодирования ЗНО, согласно МКБ-Х (7 издание, 2011 г.): грамотное стадирование опухолевого процесса при злокачественном поражении простаты обеспечит врачам преемственность при оказании медицинской помощи;

- продолжить формирование теоретической базы знаний по онкоурологии путем создания блока информации в программе сертификационных курсов для урологов и для онкологов;

- улучшить медицинское обеспечение больных с впервые выявленным РПЖ, в том числе больных с гормоно-резистентным РПЖ: совершенствовать хирургический, лекарственный, лучевой методы лечения и, что немаловажно – обеспечить полноценный диспансерный этап наблюдения этих пациентов;

- провести онко-эпидемиологические исследования в СПб по предотвращению развития новых случаев РПЖ, с учетом высокой плотности населения и значительного контингента людей пожилого возраста.

Приведенные статистические данные мертвы без их научного осмысления и организационно-административных решений, что настолько же актуально, как и совершенствование новых лечебных технологий. ■

*Материал подготовили  
В.Ю. Старцев, В.В. Хижа,  
Г.Н. Иванов.*

*Популяционный раковый регистр  
Санкт-Петербурга СПб ГБУЗ МИАЦ*

# Монурель

Превизи́ст

## защита от цистита

НА ПРЯМЫХ РЕКЛАМАХ



### 3 эффекта в одной таблетке

**Экстракт клюквы 36 мг РАС (проантоцианидины)**

Препятствует адгезии кишечной палочки к клеткам уретелия

1. Повреждает синтез фимбрий
2. Деформирует бактериальную клетку

### **Витамин С**

3. Повышает сопротивляемость организма

### **1 таблетка в день:**

- После курса антибактериальной терапии для поддержания достигнутого эффекта
- При часто рецидивирующих инфекциях мочевых путей
- Во время периодов наибольшей подверженности стрессовым ситуациям с возможным развитием инфекций мочевых путей

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Экстракт  
клюквы  
36 мг РАС  
+  
Витамин С



ОДИН РАЗ В ДЕНЬ

**Zambon**  
1900

ООО «Замбон Фарма»  
119002, Москва, Глазовский пер., д.7, офис 17  
Тел.: +7 (495) 933-38-30/32 Факс: +7 (495) 933-38-31  
e-mail: zambon@zambon.ru [www.zambon.ru](http://www.zambon.ru)

## Протонно-ионная терапия



А.В. Сидоренко,  
врач-уролог

*В последние годы все большую популярность в лечении онкологических заболеваний приобретает один из видов корпускулярной лучевой терапии- протонно-ионная терапия.*

*Для более полного понимания вопроса позвольте рассмотреть историю развития данного вида лечения.*

Первое предположение о том, что ускоренные протоны могут служить эффективным средством для лечения было сделано Робертом Вильсоном в статье, опубликованной в 1946 году. Первые опыты по облучению пациентов были проведены в Радиационной лаборатории в Беркли в 1954 году и в Университете Уппсала, Швеция в 1957 году.

Первый в мире клинический центр протонной терапии был открыт в 1990 году в городе Лома-Линда, штат Калифорния, работающий и по сей день.

В 1994 году клинический комплекс был открыт в Японии в городе Чива (экспериментально работает с 1979 года), в 1998 году- в городе Кашиве.

Стоит с гордостью отметить тот факт, что первыми экспериментальными центрами в мире, начавшими использовать протонную терапию не в виде отдельных опытов, а в виде полноценного лечения,

являлись открытый в 1969 году центр в Институте Теоретической и Экспериментальной Физики (г. Москва) и открытый в 1975 году центр в Петербургском институте ядерной физики имени Б. П. Константинова (г. Гатчина).

На данный момент времени в Российской Федерации действует три экспериментальных центра протонной терапии. Два из них уже были перечислены выше, третий был запущен в 1999 году в Объединенном институте ядерных исследований (г. Дубна).

Строятся центры протонной терапии в Москве при больнице им. Боткина, в Протвино и Пущино (Московская область). Идет реконструкция центра протонной терапии в ПИЯФ (г. Гатчина, Ленинградская область). Запланировано введение в эксплуатацию Комплекса протонной терапии (КПТ) в Институте ядерных исследований РАН в подмосковном Троицке. Также силами ФМБА

совместно с бельгийской ИВА ведется строительство Центра ядерной медицины в городе Димитровград Ульяновской области.

Что же представляет собой протонно-ионная терапия и каково ее основное отличие от традиционной лучевой терапии?

Традиционная лучевая терапия использует облучение фотонами. По физическим свойствам фотоны, проходя через тело пациента, облучают здоровые ткани, расположенные на пути пучка до опухоли, затем воздействуют на саму опухоль и также облучают здоровые ткани, расположенные позади опухоли, т. е. облучение происходит "навывлет". Причем максимум энергии поглощается кожей и подкожно-жировой клетчаткой пациента. Таким образом, при использовании фотонного облучения, происходит нежелательное облучение окружающих здоровых тканей, что ведет к развитию лучевых реакций и поздних лучевых осложнений.

Протонная терапия, подобно другим видам радиотерапии воздействует нацеливанием ускоренных ионизирующих частиц (в данном случае, протонов, разогнанных в ускорителе частиц-циклотроне) на облучаемую опухоль. Также в ионной терапии применяются ионы углерода. Эти частицы, "корпускулы" (как протоны, так и ионы углерода) вызывают повреждение цепей ДНК вследствие образования свободных радикалов из-за ионизирующего воздействия и дальнейшую гибель онкологических клеток.

Благодаря сравнительно большой массе протоны (а масса ионов углерода еще больше, таким образом эффект от воздействия ионов углерода более выражен, нежели от воздействия протонов;



при терапии ионами углерода требуется меньшее количество сеансов облучения) испытывают лишь небольшое поперечное рассеяние в ткани, а разброс длины их пробега очень мал; пучок можно сфокусировать на опухоль, не внося неприемлемых повреждений в окружающие здоровые ткани. Все протоны заданной энергии имеют совершенно определенный пробег; ничтожное их число превышает это расстояние. Более того, практически вся доза радиации выделяется в ткани на последних миллиметрах пробега и в момент остановки частиц; этот максимум называют Брегговским пиком. Местоположение Брегговского пика зависит от энергии, до которой были разогнаны частицы в ускорителе, эта энергия в большинстве

случаев должна находиться в диапазоне от 70 до 250 миллионов электронвольт (МэВ). Следовательно, появляется возможность сфокусировать область разрушения клеток протонным пучком в глубине здоровой ткани, окружающей опухоль. Ткани, расположенные до Брегговского пика получают некоторую незначительную дозу. Более того, эта доза может быть ещё уменьшена за счет прецизионного вращения либо самого пучка вокруг пациента (гентри), либо прецизионного вращения всего тела пациента при пространственно стабильном пучке протонов. Ткани, расположенные за Брегговским пиком, практически не получают ионизирующей дозы. По этой причине протонно-



ионная терапия особенно хороша для некоторых видов опухолей, где традиционная лучевая терапия наносит неприемлемый ущерб окружающим тканям. Это особенно важно при лечении детей, когда длительное облучение приводит к возникновению вторичных опухолей, возникающих при избыточных дозах облучения. Из-за меньшей дозовой нагрузки на здоровые ткани протоны создают гораздо меньше побочных эффектов, чем в традиционной лучевой терапии.

Минусами протонно-ионной терапии является дороговизна используемого оборудования, колоссальные финансовые затраты на содержание штата обслуживающих специалистов-медицинских физиков, врачей и т. д. К примеру, в протонно-ионном центре Университетской клиники города Гейдельберг, энергопотребление центра, состоящего из одной установки гентри, позволяющей облучать опухоль на 360 град. и двух установок горизонтального фиксированного пучка, составляет около 3 мегаватт в час. Данное энергопотребление можно сравнить с небольшим городом в 1000 домовладений, а обслуживают данный центр около 100 физиков, 30 врачей, 50 сотрудников среднего медицинского персонала.

Но несмотря на имеющиеся недостатки, преимуществ намного больше.

В основном протонно-ионная терапия применяется при лечении опухолей в области головы и шеи. При лечении

рака легких и печени можно снизить облучение здоровых частей легких и прилегающих органов. В настоящее время имеются научные исследования, свидетельствующие о том, что протонная терапия предпочтительнее оперативного вмешательства в случае рака лёгких. В некоторых случаях можно полностью или частично устранить локальные рецидивы и метастазы в любых участках тела за один сеанс. Протонную терапию нельзя применять при подвижных опухолях, а также при лейкемии (в случае облучения легких используется специальный протокол - облучение ведется с синхронизацией с дыхательными движениями).

Несмотря на то, что протонная терапия считается относительно новым методом лучевой терапии, она показала многообещающие результаты в лечении рака простаты: при ранней диагностики этой опухоли протонная терапия дает невероятное преимущество перед другими методами лучевой терапии.

Тем не менее, большинство исследований, связанных с протонной терапией рака предстательной железы, позволяет предположить, что этот новый подход может быть так же хорош, как и стандартное фотонное лучевое лечение, учитывая контроль роста и распространения рака. В то же время нет никаких доказательств того, что протонное лечение – это лучший метод противораковой терапии.

Несмотря на теоретические утвер-

ждения о том, что протоны вызывают меньше повреждений нормальных тканей, в настоящее время нет убедительных доказательств снижения частоты осложнений (мочевого пузыря, желу-



дочно-кишечного тракта, эректильной дисфункции), связанных с применением этого терапевтического метода. А некоторые исследования показывают, что темпы развития побочных эффектов при протонном лечении могут быть даже выше.

Результаты, показанные протонной терапией при лечении рака предстательной железы, не замедлили сказаться на быстром росте использования этой методики. Одно из недавних исследований задокументировало 67-ми процентное увеличение числа случаев применения протонов для лечения рака простаты в США в период между 2006 и 2009 годами. Этот темп роста особенно примечательный, учитывая ограниченный ■

доступ к протонной терапии: в настоящее время в США существует всего 10 протонных центров, и каждый центр пролечивает только несколько сотен пациентов ежегодно. Почему так происходит? Ведь финансовые стимулы здесь не играют роли. Протонное лечение рака предстательной железы происходит гораздо быстрее, чем традиционная лучевая терапия. В что же время в США пациент платит около 19 000 долларов за полный курс стандартной лучевой терапии по поводу рака простаты, а за протонную терапию почти в два раза больше – более 32 000 долларов, в Германии стоимость курса протонной терапии для гражданина ФРГ оплачивается по медицинской страховке и составляет около 20000 евро, неграждане обязаны оплачивать лечение самостоятельно- для них стоимость составляет около 40000 евро .

Рак предстательной железы стал самой распространенной болезнью, при которой пациенту рекомендуется протонная терапия. Таким образом, в то время как затраты на создание лечебных центров высоки, протонная терапия представляет собой прибыльную возможность для инвесторов. Годовой доход протонных центров в США приближается к 50 миллионам долларов. Возможность получения сверхприбылей ведет к настоящей «гонке вооружений», а число таких центров в США в ближайшие несколько лет удвоится.

Учитывая рост стоимости здраво-

охранения в мире, становится все более важным доказать посредством исследований, что более высокая цена лечения связана с лучшими результатами. В настоящее время проводится немало исследований, цель которых определить, является ли протонная терапия рака предстательной железы самым эффективным методом, сокращая при этом количество и качество побочных эффектов и осложнений.

Для подтверждения или опровержения данных фактов в настоящее время ведутся научно- исследовательские работы в Гейдельбергском центре протонно- ионной терапии, которые должны закончиться в декабре 2015 года:

- исследование "IPI"- Ion Prostate Irradiation, лечение карциномы простаты; в нем задействованы две группы по 46 пациентов. Первая группа получает облучение протонами в суммарной дозе 66 Гр (20 фракций по 3,3 Гр, 6 фракций в неделю), вторая группа- те же условия и дозы, но вместо протонов применяются ионы углерода.

- исследование "PROLOG"- Protonentherapie der Prostataloge- протонная терапия ложа предстательной железы после простатэктомии по случаю карциномы; в нем задействовано 40 пациентов. Суммарная доза протонного облучения составляет 54 Гр (18 фракций по 3 Гр, облучение ежедневное).

Надеемся, они прольют свет на затронутые нами в данной статье вопросы. ■

# Наши ВОЗМОЖНОСТИ

## Лаборатория патологической анатомии



Лаборатория патологической анатомии **более 20 лет** работает в области морфологической диагностики различных патологических процессов, в том числе и находящихся в области интересов урологии.



Широкие методические возможности лаборатории, включающие помимо светооптического различные современные методы диагностики, такие как иммуно-морфологическое и молекулярно-биологическое, позволяющие с большой степенью достоверности диагностировать различные варианты воспалительных, дисрегенераторных и онкологических процессов молочной железы, желудка, матки, яичников, заболеваний головы и шеи, кожи, мочевого пузыря, предстательной железы, уретры, полового члена, яичек и их придатков.



### Иммуногистохимические методы

Цель:

- дифференциальная диагностика **РПЖ, мочевого пузыря, почек** с другими предопухолевыми поражениями,
- выявление **нейроэндокринной дифференцировки рака**,
- обнаружение широкого спектра опухолей вплоть до **лимфопролиферативных поражений**.
- выявление редких опухолей - **карцином почки**, связанных с транслокацией X-хромосомы
- **семейные формы рака почки** (синдром Хиппеля-Линдау).

### Перспективы лаборатории

внедрение в практику ранней диагностики рака предстательной железы, рака мочевого пузыря, дифференциальной диагностики хромофобного рака почки.

### Методы молекулярно-генетических исследований

Цель:

- определение **генетической предрасположенности к мужскому бесплодию** - анализ микроделеций Y-хромосомы, анализ мутаций в гене CFTR, анализ длины CAG-повтора гена AR.
- выявление онкологических **синдромов, приводящих к развитию рака почки** (синдром Хиппеля-Линдау, наследственной папиллярной карциномы 1-го типа, синдром Берта-Хогга-Дюба и т.д.).
- молекулярно-генетическая диагностика частых мутаций в гене KRAS, BRAF, EGFR при злокачественных опухолях других локализаций.

## Правда и ложь диспансеризации

*Федеральный Фонд ОМС, проведя проверки, выяснил, что в ходе диспансеризации лечебные учреждения занимались приписками. В итоге ФФОМС оплачивал те медицинские услуги, которые на самом деле оказаны населению не были.*

«В 2014 году на проведение диспансеризации населения направлены огромные средства – 70 млрд рублей, – передает слова Натальи Стадченко РИА АМИ. – Однако проверки Федерального Фонда обязательного медицинского страхования показали, что при реализации диспансеризации ряд лечебных учреждений выставляют на оплату реестры той медицинской помощи, которая на самом деле не была оказана».

Председатель ФФОМС заявила, что подобные случаи уже стали причиной для возбуждения уголовных дел.

«Реестры на оплату должны выстав-

ляться только тогда, когда диспансеризация на самом деле выполнена, – подчеркнула она. – Огромные средства, выделяемые государством на охрану здоровья граждан, предназначены не для пополнения бюджетов медицинских организаций, а для профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни».

Наталья Стадченко также сообщила, что к 2016 году планируется увеличить охват населения еще на 17% (в 2014 году план диспансеризации составил 48 млн человек — прим. Ред.). При этом стоимость диспансеризации вырастет на 33%. ■

<http://doctorpiter.ru/>



# МОНУРАЛ®

ФОСФОМИЦИНА ТРОМЕТАМОЛ

Рекомендован как препарат первой линии  
для лечения цистита Российскими национальными рекомендациями,  
GL EAU, GL IDSA



- ▶ Пиковая концентрация Монурала в моче в 440 раз выше уровня МПК для *E. Coli*
- ▶ Самая высокая чувствительность к *E Coli* в России, США и странах ЕС (ARESC, ДАРМИС)
- ▶ Одобрен FDA для применения у детей и беременных
- ▶ 1 доза 3 г на курс лечения при терапии острого цистита
- ▶ 1 доза 3 г каждые 10 дней, курс 3 месяца – при терапии рецидивирующего цистита



**ООО «Замбон Фарма»**  
119002, Москва, Глазовский пер., д. 7, офис 17  
Тел. (495) 933-38-30 (32), факс 933-38-31

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

## Правительство: рост зарплат медиков невозможен без увеличения нагрузки

*Согласно планам Минздрава, чтобы перейти врачам на «эффективный контракт», они должны перестать тратить половину своего рабочего времени на заполнение бумаг. К тому же им следует учесть, что без увеличения нагрузки рост зарплат невозможен. Об этом заявил премьер-министр Дмитрий Медведев.*



**П**редседателем Правительства РФ было поручено сразу нескольким ведомствам совместно с регионами представить информацию об эффективности применяемых нормативов оплаты труда медработников с учетом особенностей условий труда, а также прочих факторов, напрямую влияющих на размер их зарплат. По мнению экспертов, переход на «эффективный контракт» невозможен без модернизации нормативного и методического обеспечения, сокра-

щения времени на оформление медицинских документов, разработки системы оценки медработников и системы стимулов.

Тем не менее эксперты предполагают, что при сохранении действующей организации труда переход на «эффективный контракт» не будет сопровождаться улучшением качества медицинской помощи. Так, опрос, проведенный Национальным исследовательским университетом Высшей школы экономики, показал, что большинство медиков критически оценивает несоответствие реальных зарплат в медицинских учреждениях и средних по региону. При этом они недовольны низким уровнем базовой зарплаты, ростом совместительства, распределением зарплат между врачами и администрацией медучреждения. Врачи считают, что перевод на «эффективный контракт» способствует не увеличению оплаты за ту же работу, что они выполняли прежде, а растущим требованиям руководства.

Кроме того, опрос показал, что

большинство медиков считают объем выполняемой ими работы завышенным. Фактическая продолжительность рабочего времени по основному месту работы составляет в среднем 46 часов в неделю. При этом каждый пятый медик имеет и другое место работы, и продолжительность рабочего времени в среднем увеличивается еще на 20 часов в неделю. При существующем порядке повышения оплаты труда лишь около 30 % врачей и не более четверти медицинских сестер стали бы больше и лучше работать.

Также отмечается, что Минздрав должен активизировать работу по нор-

мированию труда в увязке со стандартами и порядками оказания медицинской помощи. К тому же переход на «эффективный контракт» невозможен без сокращения времени, которое врач тратит на заполнение медицинских документов. По данным опросов НИУ ВШЭ, сегодня оформление документов занимает 55 % рабочего времени врачей и среднего медицинского персонала. Внедрение электронных технологий по обработке и оформлению документации пока радикально не меняет ситуации: на оформление документов в электронной форме тратится 29 % времени. ■



## Ординатуру могут включить в трудовой стаж врача

*Ординатуру предлагают включить в трудовой стаж врача. Такую идею предложили в Госдуме в начале июля нынешнего года. По мнению члена Комитета Госдумы по охране здоровья Салии Мурзабаевой, одна из главных проблем в здравоохранении на сегодняшний день — это дефицит кадров, и решить ее можно, только усилив социальные гарантии медиков.*

В настоящее время в России недостаток врачей по разным данным составляет от 40 до 120 тысяч человек. Но если участковых терапевтов и педиатров относительно хватает, то среди специальностей, на которые нужно дополнительно учиться в ординатуре, эта нехватка заметна: это неврологи, анестезиологи-реаниматологи, урологи, хирурги и прочие. По мнению депутата, с принятием новых законов «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и «Об образовании в Российской Федерации» были изменены подходы к профессиональному образованию врачей. Выпускники медицинских вузов могут работать только по трем базовым врачебным специальностям — участковый терапевт, участковый педиатр, общий стоматолог. Подготовка специалистов по остальным 96 врачебным специальностям должна происходить по программе ординатуры, продолжительность которой составит от двух до пяти лет в зависимости от специальности.

На пленарном заседании Госдумы по вопросам здравоохранения было предпо-

ложено, что студенты-медики не заинтересованы в получении послевузовского образования, а ординатура отнимет еще несколько лет. При этом будущий врач продолжает жить на деньги родителей: ординаторские стипендии невелики, а учеба не оставляет времени и сил на дополнительную работу.

В связи с этим Салия Мурзабаева предложила дополнительный стимул профессиональной подготовки специалистов — включить ординатуру в перечень нестраховых периодов, входящих в страховой стаж, который учитывается при определении права на трудовую пенсию. По ее мнению, это потребует дополнительных средств из бюджета, зато частично поможет решить кадровую проблему в здравоохранении.

Салия Музарбаева полагает, что введение такой правовой нормы может стать дополнительным механизмом привлечения в отрасль врачей, подготовленных по узким специальностям, а также позволит улучшить пенсионное обеспечение работающих высококвалифицированных врачей-специалистов. ■

# Наши ВОЗМОЖНОСТИ

Биохимическая  
лаборатория  
НИИ урологии



В настоящее время НИИ урологии имеет необходимую методическую и приборную базу для выполнения **диагностики метаболических факторов риска МКБ:**

- диагностическая панель биохимических тестов (мочи и крови пациентов) для диагностики видов литогенных нарушений, рекомендованная Европейским обществом урологов (Guidelance on Urolithiasis, 2012-2013, EUA);



- точный анализ минерального состава мочевых камней у пациентов - с помощью современного инфракрасного спектрофотометра (Nicolet iS10, США) со встроенной библиотекой спектров. На основании полученных данных проводится целенаправленное противорецидивное лечение МКБ, ее эффективная метафилактика.

### **Онкоурология:**

- Определение онкомаркеров рака предстательной железы (PSA, хромогранин А)

- Определение онкомаркеров рака мочевого пузыря (BTA, UBC, NMP22, CYFRA 21.1).



### **Трансплантология:**

- мониторинг концентрации иммуносупрессоров (такролимуса, циклоспорина, сиролимуса) в крови больных после трансплантации почки.

**Перспективы:** дальнейшее совершенствование методов диагностики урологических заболеваний.

## Врачи и интернет: данные 2014 года

*Практически такая же динамика отмечается и для использования Интернета. 64% опрошенных специалистов используют Интернет в профессиональных целях, что на 3% больше, чем за такой же период прошлого года.*



**Н**аряду с этим примечателен и тот факт, что существенно возросло использование врачами мобильных средств доступа к Интернету. И если доля врачей, использующих в этих целях стационарные компьютеры, остается относительно стабильной и не претерпевает значительных изменений — порядка 59%, то доля врачей, использующих в своей профессиональной практике ноутбуки и нетбуки, увеличилась за год с 42% до 52%. В 2,5 раза, по сравнению с апрелем 2013 г., возросло количество врачей, использующих планшеты для выхода в сеть — рост с 10 до 25%, а мобильные телефоны и смартфоны — с 24 до 39%.

Эта динамика прослеживается

среди специалистов всех возрастных групп. Однако, если врачи в возрасте от 40 лет и старше все чаще прибегают к помощи ноутбуков или нетбуков, то их более молодые коллеги отдают предпочтение планшетам, мобильным телефонам или смартфонам.

Следует также отметить, что оценка важности этой же целевой аудиторией Интернета как источника профессиональной информации последовательно росла на протяжении нескольких лет. Однако, оставаясь на достаточно высоком уровне, по данным последних измерений 2014 года этот показатель (суммарная оценка на «4» и «5» по 5-балльной шкале) снизился на 3% и достиг отметки 75%. В целом это свидетельствует или о появлении первых признаков завершения формирования основного ядра пользователей Интернета среди врачебной аудитории, или о том, что предлагаемый им сегодня информационный контент и соответствующий сервис не способны сколь-нибудь существенно увеличить количество пользователей.

Наиболее важной в Интернете для врачей по-прежнему остается информа-

ция по лекарственным препаратам, научные статьи, результаты клинических исследований и новости медицины. Однако за прошедший год существенных изменений среди этих показателей не наблюдается — чего нельзя сказать об Интернет-конференциях и вебинарах. Существенное увеличение доли специалистов, оценивших их важность по самой высокой оценке, отмечается среди неврологов — рост с 4,8 до 10,7%, и кардиологов — с 13 до 21%.

Последние годы были ознаменованы возрастающей популярностью Интернета. Соответственно росли и надежды его использования в профессиональных целях для работы с узкими целевыми

аудиториями. И на сегодняшний день Интернет остается для врачей достаточно значимым источником информации, темпы роста оценки его важности намного превосходят показатели по другим информационным ресурсам. Однако, наряду с этим появляются все больше вопросов по валидности, адекватности и объективности размещаемой там информации, не говоря уже об удобстве использования предлагаемых форматов, а также осуществления он-лайн коммуникаций (вебинары, конференции, b2b-коммуникации). Очевидно, что именно с этими факторами и будут связаны дальнейшие направления исследований. ■



## Здоровая «мобилизация»: эксперты предрекают восьмикратный рост рынка переносных медицинских устройств

*Высокие темпы развития рынка носимых устройств и рост числа мобильных приложений, ориентированных на отслеживание медицинских показателей, могут привести к серьезным перестановкам в отрасли клинической медицинской техники.*



**К**ак говорится в докладе, подготовленном исследовательским центром «Lux Research», за неполные 10 лет – к 2023 году – рынок мобильных медицинских устройств увеличит свой оборот более чем в 8 раз: с 5,1 до 41,8 млрд долларов США. При этом доля мобильных устройств может достигнуть трех четвертей от общего количества используемой медицинской техники, – считают исследователи.

Кроме того, если сейчас портативные медицинские гаджеты ориентированы, в основном, на частного потребителя, то в дальнейшем специалисты прогнози-

руют заметный рост доли клинического использования портативных приборов. Ориентировочно к 2020 году они должны уверенно обогнать потребительский сегмент. Как говорится в докладе «Lux Research» под названием «Потребительские и клинические устройства: борьба за рынок», помогут им в этом развитые источники программного обеспечения и более высокая степень доходности. Помимо этого отмечается сам факт готовности медицинских учреждений платить за легко транспортируемые «умные» приспособления, которые способны помочь, к примеру, в снижении числа повторных госпитализаций или ускорить процесс терапии. Достижения такого плана могут заметно снизить стоимость оказания медицинских услуг в целом, так что от профессиональных клинических гаджетов ожидается довольно высокая степень окупаемости.

Добавим, что наблюдаемый сегодня бум приложений и устройств для отслеживания показателей здоровья эксперты связывают с бурным развитием функционала смартфонов как таковых. В магазинах приложений для iOS и Android уже предоставлены на выбор сотни спортивных трекеров, шагомеров и счетчиков пульса разной степени точности. За последние несколько лет ряд крупных производителей, среди которых выделяются Nike и Jawbone, выпустили браслеты, предназначенные для отслеживания биометрических данных

носителя: от пульса и температуры тела до фаз сна. Синхронизируя данные, полученные при помощи такого прибора, с программой на смартфоне, хозяин браслета может вести довольно подробный «дневник» своего организма. В свою очередь, флагман на рынке мобильных устройств – компания Apple – анонсировала выход часов с подобным функционалом в начале 2015 года, а новая прошивка для «яблочных» устройств – iOS 8 – содержит встроенное приложение для мониторинга медицинских данных. ■



## Медиков опросят на предмет реальных заработков

*Эксперты Общественной палаты РФ озадачились действительным уровнем дохода медицинских работников по стране. Фонд «Здоровье» при ОП уже проводит опрос с целью выяснить реальные объемы заработной платы российских медиков.*



**К**ак сообщают в пресс-службе Общественной палаты, печальным толчком к проведению опроса стала забастовка медиков в Уфе, где шестеро сотрудников станции медицинской помощи объявили в начале сентября голодовку с требованием о повышении зарплаты. Позднее к протестующим врачам, медсестрам и фельдшерам присоединились 12 их коллег. В то же время в республиканском правительстве и мэрии Уфы утверждают, что зарплата медиков соответствует уровню, установленному законодательством.

Согласно данным, озвученным директором фонда «Здоровье» Эдуардом Гаври-

ловым, в первом квартале текущего года заработок медработников в 21 регионе страны снизился на 2–17%, а разброс в доходах врачей между разными городами может сегодня достигать 40%. «Мы неоднократно заявляли, что уровень зарплаты врачей остается невысоким, несмотря на обещания государства. Необходимо провести мониторинг зарплат врачей, в частности, сотрудников „скорой помощи“. Не исключаю, что до ручки доведены не только сотрудники „скорой“ Уфы», — добавляет Гаврилов.

В течение месяца сотрудники фонда будут спрашивать медиков по всей России о том, каков их реальный уровень заработка и на скольких ставках приходится для этого работать. По результатам мониторинга эксперты планируют составить объективную картину уровня благосостояния работников здравоохранения на сегодня.

Добавим, что в Общественной палате обеспокоены уровнем «оттока» медицинских специалистов с рабочих мест. Как говорится в сообщении ОП, только в прошлом году 7,2 тысячи медиков оставили свои рабочие места из-за низкой заработной платы. ■

## Здоровье россиян в 2020 году. Мнение Минздрава

*Заместитель министра здравоохранения Татьяна Яковлева представила доклад, в котором просчитано, как меры, предпринимаемые по организации профилактики и лечения населения России, скажутся на состоянии здоровья жителей России в 2020 году. Россияне станут меньше употреблять алкогольные напитки и умирать от раковых заболеваний, а также чаще заниматься спортом и есть овощи.*



**Д**анный доклад Татьяны Яковлевой был представлен в июне нынешнего года на Всероссийском совещании «Создание единой модели профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни Российской Федерации». Отдельная его часть касается предполагаемых результатов исполнения государственной программы «Развитие здравоохранения».

По данным министерства здравоохранения, смертность от всех причин на 1 тысячу человек снизится до 11,4 в 2020 году при показателе в 13 в 2013 году. Быстрыми

темпами продолжит снижаться смертность от болезней системы кровообращения — с 721,7 на 100 тысяч населения в 2013 году до 622,4 — в 2020 году. Смертность от новообразований также уменьшится с 201,2 до 190 на 100 тысяч человек.

В Минздраве предполагают, что россияне станут меньше курить и употреблять спиртные напитки. Если в 2013 году на одного россиянина приходилось 12,5 литров спирта, то в 2020 году будет только 10 литров. Так, 11 % россиян за шесть лет должны отказаться от табака — число курящих граждан снизится с 37 до 26 %.

По заверениям замглавы Минздрава, почти каждый третий (30 %) будет систематически заниматься физкультурой и спортом. Вырастет число случаев раннего выявления рака (на I–II стадии) — с 51 до 56 %. В 2020 году 95 % детей будут охвачены профилактическими осмотрами и 23 % взрослых россиян пройдут диспансеризацию. Также, по прогнозам Минздрава, россияне начнут употреблять в пищу на 10 кг больше овощей и на 7 кг больше фруктов и ягод в год. ■

## Минздрав опубликовал показатели здоровья россиян

*Согласно ежегодному докладу Минздрава России, с 2008 года статистическая заболеваемость в России возросла на 3,3 %, что объясняется заметным улучшением диагностики заболеваний. Повысить доступность медицинской помощи и диагностических процедур удалось благодаря повышению на 25 % расходов в системе ОМС и предварительному инвестированию в систему 20 миллиардов долларов в 2008–2012 гг.*

В структуре общей заболеваемости всего населения в 2013 году на первом месте стоят болезни органов дыхания (24,2 %), на втором — болезни системы кровообращения (14,2 %), на третьем — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (8,3 %). Максимальный прирост был отмечен в классе болезней эндокринной системы, расстройств питания, нарушений обмена веществ (+15,3 %) и новообразований (+13,0 %). Значительно реже стали регистрироваться симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях (-31,4 %), также существенно сократилось распространение инфекционной заболеваемости (-12,4 %), психических расстройств и расстройств поведения (-8,7 %).

Программа диспансеризации показала, что 32,8 % граждан попали в группу с низким и умеренным риском развития заболеваний, почти у 44 % взрослого населения были обнаружены хронические неинфекционные заболевания, а еще у 23 % был отмечен высокий риск развития сердечно-

сосудистых заболеваний. У каждого 12-го гражданина были выявлены заболевания системы кровообращения, у каждого 111-го — патологии органов дыхания, а у каждого 714-го — случаи злокачественного новообразования. В целом же по России в прошлом году были зарегистрированы 241 случай заболеваний на 100 тысяч населения: на первом месте стоят болезни органов дыхания (24,2 %), на втором — болезни системы кровообращения (14,2 %), на третьем — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (8,3 %).

Количество россиян, прошедших лечение в больнице, снизилось до 29,9 миллионов человек (в 2012 году – 30,1 миллионов человек). Количество пролеченных больных увеличилось на 5 %. Число воспользовавшихся услугами скорой помощи сократилось еще больше — с 47,6 миллионов человек в 2012 году до 40,6 миллионов человек в этом году. Объемы оказания высокотехнологичной медицинской помощи, наоборот, выросли на 12,6 % — с 452 тысяч человек в 2012-м до 505 тысяч человек в 2013 г. ■



Межрегиональная  
общественная организация  
«Интернет форум урологов»



ФГБУ «НИИ урологии»  
Минздрава РФ



Гиссенский университет  
имени Юстуса Либиха,  
Гиссен, Германия

# ПРЕДСТАВЛЯЮТ

совместную дистанционную образовательную программу  
«Андрология»

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

**Стань настоящим андрологом!**

Дополнительная информация: [www.UroEdu.ru](http://www.UroEdu.ru)



## Количество врачей в России в 2014 году

*Согласно опубликованному министерством здравоохранения докладу, по состоянию на 2013 год в медицинских организациях задействовано 587 482 врача, что всего на 1 % (5 265 человек) больше, чем годом ранее. Всего в России насчитывается более 2 миллионов медицинских работников.*



Обеспеченность населения (на 10 тысяч человек) врачами возросла с 40,8 % (в 2008 году) до 41 % (в 2013 году), при этом обеспеченность средним медицинским персоналом уменьшилась с 94,1 % до 90,4 % соответственно. В докладе подчеркивается, что сохраняется неоднородность показателя обеспеченности населения врачами и средними медицинскими работниками среди регионов.

Согласно приведенным статистическим данным, наибольшее число медр-

ботников работает в организациях Чукотского АО, в Санкт-Петербурге и Москве, в Республике Северная Осетия-Алания и в Астраханской области. На протяжении пятилетнего периода эти территории остаются лидерами по данному показателю. Однако в Чеченской Республике, во Владимирской, Курганской, Ленинградской, Тамбовской и Тульской областях, в Еврейской автономной области сохраняются минимальные уровни обеспеченности врачами.

Максимальные значения показателей обеспеченности средними медицинскими работниками отмечаются в Чукотском, Ханты-Мансийском и Ненецком автономных округах, в Магаданской области, в республиках Тыва, Коми и Алтай; минимальные — в Приморском крае, в Ленинградской, Калининградской и Московской областях.

Также в докладе озвучены и показатели подготовки медицинских кадров: в 2013 году в специализированные медицинские образовательные учреждения были приняты более 250 тысяч человек. ■

# УРО-ГИАЛ

*Эффективный препарат для внутрипузырной терапии*

## Показания:

- ❖ Хронический бактериальный рецидивирующий цистит
- ❖ Лучевой цистит
- ❖ Интерстициальный цистит
- ❖ Синдром болезненного мочевого пузыря (цисталгия)

## Эффекты:

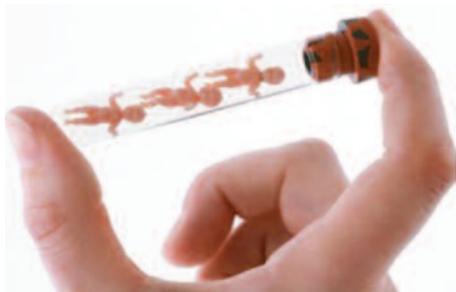
- ❖ Восстановление гликозаминогликанового (защитного) слоя мочевого пузыря
- ❖ Антибактериальное действие (*E. coli*, *P. aeruginosa*)
- ❖ Противовоспалительное действие (блокада действия противовоспалительных цитокинов)



Заказать по телефону: +7 (499) 322-03-69  
Заказать он-лайн: <http://03uro.ru/shop/urogial>

## Исход ЭКО. От чего зависит

*Исход искусственного оплодотворения зависит не от возраста донора, а от качества спермы. К такому выводу пришли ученые Ньюкаслского Университета (Великобритания). Результаты данного исследования были представлены на Ежегодной конференции Европейского общества репродукции человека и эмбриологии в Мюнхене.*



**Р**анее считалось, что возраст мужчины прямо влияет на качество спермы, поскольку возникают мутации в ДНК, которые представляют повышенный риск развития генетических аномалий у потомства. Британскими исследователями были проанализированы все циклы лечения бесплодия среди мужчин и женщин в период с 1991 по 2012 годы с использованием данных Британского управления оплодотворения человека и эмбриологии.

Всего было проанализировано 230 тысяч циклов, из них были отобраны 39 тысяч. Зная, что женская фертильность снижается с возрастом, ученые разделили участниц на две возрастные группы: в первую вошли женщины в возрасте от 18

до 34 лет, во вторую – старше 37 лет. Далее группы были разделены в зависимости от дальнейшего выбора оплодотворения: с помощью ЭКО или донорской инсеминации.

Исследователи также разделили доноров на шесть возрастных групп: до 20 лет, от 21 до 25, от 26 до 30, от 31 до 35, от 36 до 40 и от 41 до 45 лет. Результаты анализа показали, что самый низкий уровень успешного оплодотворения с помощью донорской спермы и дальнейшей рождаемости был среди женщин старше 37 лет (14 %) по сравнению с возрастной группой — от 18 до 34 лет (29 %).

Показатель рождаемости среди тех женщин, которые получили сперму от доноров в возрасте от 18 до 34 лет, составил 38,3 %, в то время как среди тех, кто получил сперму от доноров в возрасте от 41 до 45, показатель составил 30,4 %. По мнению руководителя группы исследователей, профессора Минакши Чоудхари, нельзя не отметить, что возраст мужчин никак не влиял на показатель рождаемости, значение имело лишь качество спермы. ■

## Езда на велосипеде и мужское здоровье

*Ранее сообщалось о том, что мужчины, активно занимающиеся ездой на велосипеде, имеют более высокий риск развития урогенитальных расстройств, таких как эректильная дисфункция, бесплодие или рак простаты. Такие выводы были сделаны на основании анализа здоровья более пяти тысяч мужчин-велосипедистов из Великобритании. Однако в начале июля нынешнего года ученые Лондонского университетского колледжа опровергли эту информацию. Результаты исследований были опубликованы в журнале *Journal of Men's Health*.*

Согласно результатам их исследований, мужчинам не стоит опасаться и ограничивать себя в занятиях велоспортом, поскольку езда на велосипеде не провоцирует развитие эректильной дисфункции и мужского бесплодия. Но велоспорт может повысить риск развития рака предстательной железы у велосипедистов в возрасте 50 лет и старше.

В исследовании ученых из Лондонского университетского колледжа принимали участие около 5300 мужчин, активно занимающихся велоспортом. Для этого был проведен перекрестный анализ данных, добровольно представленных велосипедистами в 2012–2013 годах по всей Британии. В опросе участвовали как те, кто садится на велосипед, чтобы доехать до работы, так и профессиональные гонщики.

В рамках эксперимента, который также базировался на данных интернет-

опроса, мужчинам необходимо было сообщить о наличии упомянутых заболеваний, а также указать продолжительность езды на велосипеде. Исследование не показало влияния езды на велосипеде на развитие эректильной дисфункции даже у тех, кто в течение дня катался более восьми часов подряд.

Тем не менее, мужчинам старше 50 лет, занимающимся велоспортом, стоит отнестись к своему увлечению более осторожно. Ученые выявили, что ежедневное катание дольше получаса для мужчин данного возраста удваивает вероятность возникновения рака предстательной железы. А для тех, кто посвящает езде на велосипеде более девяти часов в неделю, вероятность увеличивается в шесть раз. Эти результаты оказались неожиданными. Ученые считают, что те, кто часто катается на велосипеде, следят за своим здоровьем и имеют больше шансов выявить болезнь. ■

## Две трети продаваемой «Виагры» в мире – контрафакт

*Около 70 % продаваемой «Виагры» по всему миру является подделкой. К такому выводу пришли голландские эксперты. Результаты данного исследования были опубликованы в журнале «British Medical Journal», где авторы призывают бороться с онлайн-аптеками, реализующими контрафактную продукцию.*

Авторы исследования изучили уровень силденафила в сточных водах трех голландских городов — Амстердам, Эйнтховен и Утрехт за семидневный период. По данным диаграммы, около 60 % лекарственного препарата имело не учтенный характер (Амстердам — 61 %, Эйнтховен — 79 % и Утрехт — 66 %).

По мнению авторов исследования, количество потребляемого людьми силденафила и его аналогов («Виагры») явно не совпадает с количеством выписанных рецептов врачами. Они также утверждают, что основной источник распространения контрафактного препарата приходится на онлайн-аптеки.

Однако они утверждают, что даже будучи подделкой, данный лекарственный препарат помогает тем, кто страдает эректильной дисфункцией. Но эксперты советуют не применять фальшивую «Виагру», поскольку это может закончиться самыми разными осложнениями. Уберечься от покупки под-

делки, по их мнению, можно довольно легко. Прежде всего необходимо приобретать препарат в проверенных торговых точках или аптеках. Желательно не пользоваться услугами онлайн-аптек.

Также специалисты напоминают, что, как и любое сильнодействующее средство, «Виагру» не стоит принимать без рекомендации врача. По мнению сексолога, международного эксперта по вопросам репродуктивного здоровья в РФ Бориса Лордкипанидзе, чудодейственные свойства «Виагры» настолько мощно разрекламированы, что в силу препарата не сомневаются даже те, кто в нем не нуждается. Это сделало его одним из самых популярных в своей линейке. На чем и играют производители фальсификата. Также эксперты напоминают, что данный препарат не является лекарством в прямом смысле слова, то есть «Виагра» не лечит эректильную дисфункцию, а лишь временно устраняет ее симптомы. ■

## Отправь SMS-ку пациенту!

*Российские специалисты здравоохранения предлагают организовать систему SMS-оповещений населения о его возможностях приобщиться к здоровому образу жизни. Например, подобным образом можно было бы приглашать россиян на диспансеризацию.*

**К**роме введения услуги SMS-оповещения, специалисты предлагают обеспечить информатизацию процесса диспансеризации, чтобы сделать ее более удобной. Кроме того, для состоящих на диспансерном наблюдении россиян с хроническими заболеваниями следует организовать дистанционное консультирование с врачом.

Такие предложения отражены в резолюции по итогам проходившего совещания «Региональная модель профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни в Российской Федерации». Ранее, на другой конференции «Неинфекционные заболевания и здоровье населения России» специалисты также предлагали врачам следить за здоровьем пациента дистанционно — по телефону. А для решения кадровой проблемы и недостатка специалистов для выполнения этой работы в кабинетах и отделениях профилактики медучреждений предлагается привлекать выпускников медицинских колледжей.

Для того чтобы не превратить профилактическую работу с населением в общественную нагрузку для врачей, фонду ОМС рекомендовано разработать тарифы на дистанционные консультации, отмечается в резолюции, а также на остальные профилактические услуги, включая проведение углубленного профилактического консультирования, а также на занятия в школах здоровья. ■



## Россияне оценили достижения современной медицины

*Более половины россиян считают, что медицина способна справиться с существующими болезнями, а почти две трети убеждены, что в ближайшие полвека благодаря ей можно будет победить неизлечимые болезни. В то же время за шесть лет веры в медицину у россиян стало меньше. Такие данные приводит Фонд «Общественное мнение» по результатам недавнего опроса.*

Так, 63 % респондентов ответили, что за последние десять лет возможности медицины выросли. 61 % опрошенных ответили, что, по их мнению, в ближайшие 50 лет медицина справится с заболеваниями, которые на сегодняшний день считаются неизлечимыми.

42 % респондентов в целом слышали о достижениях современной медицины, 43 % — наоборот, ничего не слышали и не знают. Наиболее популярной россияне считают информацию о лечении, диагностике, профилактике онкологических заболеваний. О новых методах лечения сердечно-сосудистых заболеваниях слышали 6 % респондентов, об использовании в медицине лазера, компьютеров, другой сложной медицинской техники, развитии нанотехнологий в медицине знали 4 % опрошенных. Между тем, 3% россиян ответили, что в курсе достижений в области генной инженерии, использовании стволовых клеток и клонировании.

О новостях трансплантологии слы-

шали 2 % опрошенных. Об их знаниях в этой сфере говорили следующие ответы: «научились пересаживать почки», «новые технологии в области трансплантации органов человека», «замена органов в хирургии». По мнению социологов, уровень знаний россиян в этой области остается низким, несмотря на интерес к теме.

Несколько человек ответили, что слышали что-то о лечении пока неизлечимых заболеваний: «В Израиле изобретено лекарство от СПИДа», «ВИЧ будет лечиться в России в ближайшее время», «выпускаются уже какие-то препараты от СПИДа», «излечили девочку от СПИДа».

59% респондентов считают, что уровень развития отечественного здравоохранения ниже, чем в передовых странах мира. При этом мнения насчет того, как будет выглядеть медицина в России через десять лет, разделились: 23 % опрошенных считают, что уровень медицины вырастет, 28% — что он не изменится, 24 % — останется таким же. ■

## Российские микроисточники для брахитерапии

*В городе Дубна Московской области на территории Объединенного института ядерных исследований начато производство радиоактивных источников полного цикла для низкодозной брахитерапии с использованием изотопа йод-125 для лечения рака простаты.*

**Б**рахитерапия – вид лучевой терапии для лечения онкологических заболеваний, при котором источник излучения вводится непосредственно в опухоль. Таким образом, максимальную дозу облучения получает только больной орган, а окружающие ткани не поражаются. Микроисточники излучения представляют собой титановую капсулу, которая обеспечивает превосходную биосовместимость и ультразвуковую визуализацию. Внутри нее находится золотая проволока — рентгеновский маркер и радионуклид йод-125 в виде йодида серебра. Капсулы помещены в нить, которая вводится в организм. Период полураспада йода-125 составляет 50 дней, капсулы полностью биосовместимы, а нити со временем рассасываются.

На сегодняшний день рак предстательной железы входит в число наиболее распространенных среди российских мужчин онкологических заболеваний: каждый год этот диагноз ставят примерно 14 тысячам россиян. По статистике, летальность на первом году с момента установления диагноза составляет 10,3%. Для

больных раком I и II стадии брахитерапия является альтернативой хирургическому вмешательству и наружному облучению.

Брахитерапия для лечения рака простаты активно применяется более чем в 800 медицинских центров США и Западной Европы. В России этой технологией овладели пока в 21 медицинском центре (на всю страну), где с 2005 года проведено порядка семи тысяч операций. До последнего времени российские врачи использовали микроисточники, произведенные в Германии. Построенный в Дубне комплекс полного цикла позволит уже в ближайшее время перейти на отечественную продукцию. При этом изотоп йода-125, который используется в отечественных микроисточниках для брахитерапии, также производится в России – в Димитровграде. ■



## Разработка препаратов, повышающих потенцию, для местного применения

*Исследователями из США и Великобритании был разработан новый препарат – аналог «виагры», мазь, восстанавливающая способность мужчины к эрекции.*



Одним из главных преимуществ нового препарата, помимо быстрого действия (крем вызывает эрекцию через пять минут после нанесения), исследователи называют отсутствие побочных эффектов. Именно это было главным поводом изобретения средства для местного применения учеными из фармацевтических компаний США и Европы.

Создание препарата велось исследователями разными путями. Так, в США сотрудники фармацевтической компании Strategic Science and Technologies

(SST) разработали крем для нанесения на половой член, который содержит силденафил, являющийся главным компонентом «виагры», а в Великобритании разрешен для лечения эректильной дисфункции крем Vitaros, действующим веществом которого является другой препарат – алпростадил. Ранее этот препарат использовался для лечения эректильной дисфункции, однако в довольно грубой форме: перед половым актом мужчине следовало самому ввести препарат в половой член с помощью шприца – это резко ограничивало применение алпростадил, поскольку далеко не каждый мужчина захочет проделывать это во время секса. Поэтому, по мнению разработчиков, создание крема с алпростадилем значительно упростило задачу: достаточно выдавить содержимое маленького одноразового тюбика на половой член мужчины и втереть его. По словам исследователей, данный крем обеспечивает появление эрекции в течение 5–30 минут. Однако приобрести в аптеке данную мазь можно только по рецепту врача. ■

## Проблемы здравоохранения волнуют россиян больше других

*Проблемы здравоохранения волнуют россиян больше преступности и терроризма, а за один год их внимание переключилось с общих проблем здравоохранения на проблемы вполне конкретные — алкоголизм и наркоманию. Это подтверждают результаты опроса, проведенного Всероссийским центром изучения общественного мнения среди 1,6 тысяч россиян.*



Опрос, проведенный социологами летом 2014 года, показал, какие проблемы волнуют россиян. Проблемы здравоохранения не оставляют равнодушными каждого третьего респондента. Причем за год их число снизилось — летом 2013 года проблемы медицины и здравоохранения волновали 43 % опрошенных. А вот проблемы алкоголизма и наркомании почему-то стали для наших сограждан более значимыми. И если вопрос алкогольной зависимости был столь же ост-

рым и год назад (38 % в июне 2013 года), то значимость проблемы наркомании за год возросла в полтора раза (с 29 % в июне прошлого года до 42 % — в 2014 году). В большей степени, как показывают результаты опроса, эта тема волнует жителей городов-миллионников (54 %).

Таким образом, согласно результатам опроса ВЦИОМ, проблемы медицины и здравоохранения у россиян вышли на первое место среди всех проблем, опередив безработицу, проблемы молодежи, преступность, задержки зарплат и терроризм. ■



## Вечная жизнь: пока получается



Ю. Болдырева  
Специальный  
корреспондент  
«Дайджеста урологии»

*Давнишняя мечта человечества о вечной молодости всё ещё остаётся мечтой, но уже гораздо более близкой к осуществлению. Если задуматься, процесс омоложения идёт уже не первый год и даже не первое столетие: ещё в конце XIX века среднеевропейская продолжительность жизни не достигала и сорока лет, и дело здесь не только в высоком уровне заболеваемости и смертности. Сейчас, благодаря развитию медицинских технологий, люди просто стали жить дольше. И, возможно, в скором времени продолжительность жизни ещё увеличится.*

### Эликсиры молодости и новообразования

**Н**емалую помощь в этом деле способны оказать препараты класса геропротекторов. Так называются лекарства, предназначенные для продления жизни и обеспечения активного долголетия, над разработкой которых сегодня трудятся ученые в ряде лабораторий. Результаты, имеющие подтверждение на данный момент, могут показаться довольно скромными: как правило, в ходе исследований удаётся продлить среднюю продолжительность жизни лабораторных мышей на 10-20%. Вместе с тем, в ходе самого успешного из известных экспериментов мышам выпала на 49% более долгая жизнь. Жить в полтора раза дольше – это, согласитесь, уже что-то. Даже для мыши.

Такой впечатляющий результат был достигнут при применении препарата на основе диметиламиноэтанола. Это вещество, прекурсор нейромедиатора ацетилхолина, естественно присутствует в теле человека и продуктах питания, способно улучшить мозговое кровообращение и повысить уровень поступления кислорода в ткани организма. Сам по себе диметиламиноэтанол сейчас довольно распространен как биодобавка, особенно среди любителей спорта, однако в одиночку не способен обеспечить долголетие. Беспрецедентно долгий срок жизни мышей был достигнут при помощи более сложного лекарства, имеющего его в своем составе.

Срок продолжительности жизни подопытных – не единственный важный критерий в процессе разработки «лекарства от старости». Другой критический момент – скорость развития опухолевых новообра-



зований. В идеале искомый препарат должен просто исключать их появление на любом отрезке жизни. Однако на практике испытуемые вещества производят разный эффект. Ряд из них способен вместе с продлением жизни «отодвинуть» возникновение новообразований на более поздний срок, другие снижают вероятность появления опухолей, а третьи и вовсе ускоряют канцерогенез, никак не влияя на процесс старения. Вернее, в данном случае – нестарения. Для борьбы с новообразованиями применяется великое множество разных методик от усиленного введения антиоксидантов, не показавшего, однако, значимых результатов, до экспериментов по инициации апоптоза (программируемого уничтожения) повреждённых клеток – исследования в этом направлении приводили к снижению частоты появления опухолей, но только вместе с резким сокращением продолжительности жизни подопытных особей.

К сожалению, раковые новообразования – серьезный, но далеко не единственный вид «возрастных» заболеваний у человека. К прочим относятся гипертония, склерозы, сахарный диабет и многое другое. Цель ученых – добиться появления препарата, способного бороться не только с опухолями, но и большинством болезней, возникающих с годами. Экспериментам в этой области препятствует одна проблема: как правило, сложно смоделировать эти заболевания на мышах. Однако работа в данном направлении продолжается.

## Эффект Кошца Бессмертного

Искомый «идеальный» геропротектор должен в принципе исключать вероятность смерти человека из-за возрастных факторов, включая заболевания, сопутствующие старению. Насколько бы невероятным ни казался такой расклад, надежду ученым внушают технически бессмертные виды, действительно существующие на нашей планете. К примеру, медузы: *turritopsis nutricula* – красивая медуза с красным «огоньком» внутри – наделена даром так называемого «пренебрежимого старения», эффект которого на практике близок к нулю. Такой вид старения характерен также для гидры, нескольких видов черепах, антарктического окуня и ряда других видов. Среди млекопитающих отметился голый копальщик: этот на редкость уродливый зверек обладает абсолютным иммунитетом к раку, нечувствительностью к боли, способностью изменять температуру тела в зависимости от окружающих условий и поразительным для грызуна долголетием. Изучение его генома является одной из распространенных научных идей в области радикального продления жизни. Пока продолжаются подобного рода исследования, рано говорить о принципиальной невозможности достижения эффекта «пренебрежимого старения» для человека.

## Живите долго!

Разумеется, чтобы добиться впечатляющих результатов на этом поприще, ■



ученым понадобится сложный комбинированный препарат. Но задолго до того, как началась разработка лекарств такого характера, человечество прибегало к более доступным методам достигнуть долголетия – более или менее успешно. В списке средств продления жизни с разной степенью доказанности эффекта фигурируют низкокалорийная и низкобелковая диеты, природные антиоксиданты, ненасыщенные жиры, физические нагрузки, витамины и



витаминоподобные вещества, аминокислотные комплексы, препараты селена, хрома, цинка, магния, марганца и других элементов, а также так называемые адаптогены – вещества растительного происхождения, повышающие способность организма приспосабливаться к окружающей среде – в числе которых фигурируют элеутерококк, корень женьшеня, китайский лимонник и другие дары флоры.

Список попыток продлить свою жизнь можно продолжать так долго, что жизни не хватит – благо, человечество озабочено этой проблемой чуть ли не с самого момента своего зарождения. Однако стоит учитывать, что страстное желание не стареть, испытываемое большинством из нас, играет на руку разного рода авантюристам и нечистоплотным «продавцам бессмертия». Современные последователи графа Калиостро способны продать по весьма ощутимой цене средство с нулевой эффективностью, а то и вовсе вредное для здоровья. Так что если вас посетила мысль подобрать себе такого рода биодобавку – делать это следует с максимальной осторожностью. Так же осторожно необходимо подходить к приему народно испытанных средств: к примеру, растительные адаптогены

могут вызвать аллергию, а избыток определенных микроэлементов в организме – привести на больничную койку. Так что к поиску «молодильных яблок» разумно относиться так же, как и к любому вопросу, связанному со здоровьем: ответственно, руководствуясь не красивыми обещаниями, а здравым смыслом. В противном случае погоня за продлением жизни может возыметь ровно обратный эффект. ■



НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина

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

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ

УРОЛОГИЯ

ECUro.ru



[www.ecuro.ru](http://www.ecuro.ru)

Аккредитация ВАК  
№ 22/49 от 25.05.12

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

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

Абстракты на английском языке в печатной версии журнала.

Независимое рецензирование и открытый бесплатный доступ на сайте журнала [www.ecuro.ru](http://www.ecuro.ru).

### Инвалидность: ответы юриста



**А.В. Бурак**  
юрист,  
Ростов-на-Дону

*Каждый, кому приходилось сталкиваться с необходимостью оформления инвалидности, знает о том, насколько трудоёмким и сложным может быть этот процесс. Однако даже благополучно получив все необходимые документы, человек зачастую имеет множество вопросов о своём новом статусе и условиях жизни. На важные вопросы об инвалидности отвечает Анастасия Бурак, руководитель юридического отдела ООО «НИКА», член палаты Налоговых консультантов РФ.*

#### **В каких случаях человек может рассчитывать на получение инвалидности?**

Согласно Постановлению Правительства РФ от 20 февраля 2006 года № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» инвалидность определяется, если есть не меньше двух из нижеперечисленных условий: изменение здоровья, которое влечет тяжелые нарушения работы организма и вызвано болезнью, нарушением развития или травмой; невозможность самостоятельно ориентироваться, общаться, следить за своими действиями, работать; необходимость в социальной защите и реабилитации.

Направить больного на медико-социальную экспертизу (МСЭ) может лечебное учреждение любой организационно-правовой формы (не обязательно

государственное), а также орган социальной защиты или пенсионного обеспечения населения. В направлении, форма которого утверждается Министерством здравоохранения РФ, врач указывает степень нарушения функций органов и систем, состояние компенсаторных возможностей организма, а также результаты проведенных реабилитационных мероприятий.

Не обязательно даже направление из медицинского учреждения. Согласно действующим правилам, если гражданин считает, что нуждается в инвалидности, он имеет право самостоятельно обратиться в -МСЭ.

При обращении в МСЭ с собой необходимо иметь:

- Паспорт или другой документ, удостоверяющий личность (оригинал и копия).

- Заявление о проведении экспертизы (заполняется в день подачи документов).

- Копию трудовой книжки, заверенную отделом кадров (либо оригинал трудовой книжки и ее копию для безработных).

- Сведения о характере и условиях труда (для работающих).

- Характеристику образовательной деятельности учащегося или студента, направляемого на МСЭ (для учащихся).

- Медицинские документы (амбулаторная карта, выписки из стационаров с копиями, результаты обследования и т.д.; оригиналы и копии).

- Справку об инвалидности (при повторном освидетельствовании).

- Индивидуальную программу реабилитации с отметками о ее выполнении (при повторном освидетельствовании).

- СНИЛС — страховое, пенсионное удостоверение (оригинал и копия).

### **Как распределяются группы инвалидности?**

• МСЭ устанавливает группу инвалидности, руководствуясь приказом Минздравсоцразвития № 535 «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы». В этом приказе

указаны сферы жизни пациента, которые рассматривает МСЭ. Это: способность к самообслуживанию

- способность к передвижению

- способность к ориентации

- способность к общению

- способность контролировать свое поведение (для психически больных и детей с нарушениями развития).

При комплексной оценке различных показателей, характеризующих стойкие нарушения функций организма человека, выделяются четыре степени их выраженности:

1 степень – незначительные нарушения,

2 степень – умеренные нарушения,

3 степень – выраженные нарушения,

4 степень – значительно выраженные нарушения.

1 группа инвалидности назначается при ограничении в любой или нескольких из рассматриваемых сфер жизни до 3 степени, то есть до необходимости постоянной помощи других лиц. 2 группа — при ограничениях второй степени (см. таблицу ниже). Также критерием для назначения 2 группы инвалидности является ограниченная способность к трудовой деятельности 2 и 3 степеней. 3 группа инвалидности, наиболее «легкая», имеет, на наш взгляд, самые неопределенные критерии. Она назначается при ограничении способности к трудовой деятельности первой степени. Кроме этого, 3 группа инвалидности назначается при

наличии какого либо из следующих ограничений:

- способности к самообслуживанию 1 степени
- способности к передвижению 1 степени
- способности к ориентации 1 степени
- способности к общению 1 степени.

Инвалидность I группы устанавливается на 2 года, II и III групп – на 1 год. Категория «ребенок-инвалид» устанавливается на 1 или 2 года либо до достижения гражданином возраста 18 лет.

### **Каковы условия и порядок признания гражданина инвалидом?**

**Основаниями для признания гражданина инвалидом являются:**

– Нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеванием, последствиями травм или дефектами;

– Ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать своё поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);

– Необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

**Стоит помнить, что наличие одного из указанных признаков не является условием, достаточным для**

**признания лица инвалидом.**

**Признание лица инвалидом осуществляется при проведении медико-социальной экспертизы**, исходя из комплексной оценки состояния здоровья гражданина на основе анализа его клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных с использованием классификаций и критериев, утверждённых Минздравом РФ.

Освидетельствование гражданина с целью установления инвалидности проводится в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) по месту жительства гражданина (по месту пребывания или месту нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы Российской Федерации).

Освидетельствование проводится по заявлению гражданина или его законного представителя с приложением необходимых документов. Заявление подается в бюро в виде бумажного или электронного документа.

Направление на медико-социальную экспертизу выдаётся организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь или органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, органом социальной защиты населения, либо выдаётся справка об отказе в направлении на медико-социальную экспертизу вышеуказанными учреждениями.

Организация, оказывающая лечебно-



профилактическую помощь, направляет гражданина на медико-социальную экспертизу после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.

**Срок проведения медико-социальной экспертизы не может превышать 30 календарных дней с даты подачи заявления.**

В случаях представления неполного пакета документов, необходимого для проведения медико-социальной экспертизы или представления документов, оформленных с нарушением требований, предусмотренных законодательством РФ, гражданину (его законному представителю) выдается решение о переносе срока проведения медико-социальной экспертизы до представления всех необходимых документов.

Специалисты бюро, принимающие решение, рассматривают представленные документы, определяют дату освидетельствования и направляют гражданину приглашение (в сроки, не превышающие 5 календарных дней с даты подачи заявления) на освидетельствование с указанием даты, времени и места освидетельствования.

Порядок проведения медико-социальной экспертизы:

- МСЭ может проводиться заочно



(по решению бюро);

- В стационаре (где гражданин находится на лечении);
- На дому. На дому освидетельствование проводится в следующих случаях:

1. Если гражданин не может явиться в бюро по состоянию здоровья, что подтверждается заключением лечебно-профилактического учреждения;

2. При освидетельствовании детей в возрасте до 1 года;

3. При освидетельствовании граждан, способных передвигаться только при помощи технических средств (коштыли, кресло-коляска и т.п.).

**Максимальное время ожидания гражданином (его законным представителем) приема в день освидетельствования не может превышать 30 минут.**

При освидетельствовании специалисты бюро МСЭ знакомят гражданина ■

или его представителя с порядком и условиями признания инвалидом, а также дают разъяснения по вопросам, связанным с установлением инвалидности.

Решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом принимается простым большинством голосов специалистов, проводивших МСЭ.

В проведении медико-социальной экспертизы гражданина по приглашению руководителя бюро могут участвовать с правом совещательного голоса представители государственных внебюджетных фондов, Федеральной службы по труду и занятости, а также специалисты соответствующего профиля.

Гражданин имеет право на пригла-

шение по своему заявлению любого специалиста с его согласия для участия в проведении медико-социальной экспертизы с правом совещательного голоса.

В ряде случаев составляется программа дополнительного обследования. В случае отказа гражданина (его законного представителя) от программы дополнительного обследования, заявление об этом подается в течение 5 рабочих дней с момента составления программы. Экспертное решение в таком случае принимается на основании имеющихся данных.

Экспертное решение объявляется гражданину (его законному представителю) в присутствии всех специалистов, проводивших МСЭ, которые в случае необходимости дают по нему разъяснения.





Переосвидетельствование инвалида может осуществляться заблаговременно, но не более чем за 2 месяца до истечения установленного срока инвалидности. Переосвидетельствование инвалида ранее установленных сроков, а также переосвидетельствование гражданина, инвалидность которому установлена бессрочно, проводится по его личному заявлению (заявлению его законного представителя), либо по направлению организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, в связи с изменением состояния его здоровья.

**Без указания срока переосвидетельствования инвалидность устанавливается в случаях:**

- Не позднее 2 лет после первичного признания инвалидом гражданина, имеющего заболевания, дефекты, необратимые морфологические изменения, нарушения функций и систем организма согласно Перечню (утв. постановлением Правительства РФ 07.04.2008 г. № 247);

- Не позднее 4 лет после первичного признания инвалидом в случае выявления невозможности устранения или уменьшения в ходе осуществления реабилитационных мероприятий степени ограничения жизнедеятельности гражданина, вызванного стойкими необратимыми морфологическими изменениями, дефектами и нарушениями функций органов и систем организма (за исключением указанных в Перечне состояний);

- При первичном признании гражданина инвалидом по основаниям, указанным в 1 и 2 пунктах, при отсутствии положительных результатов реабилитационных мероприятий, проведённых гражданину до его направления на медико-социальную экспертизу, подтверждённых данными учреждения, оказывающего ему лечебно-профилактическую помощь.

**Пенсионный возраст не является основанием для определения группы инвалидности без срока переосвидетельствования.**

В случае признания инвалидом гражданину выдаются следующие документы:

- справка о группе инвалидности.
- индивидуальная программа реабилитации (ИПР).

**При наличии листка временной нетрудоспособности в нём делается отметка об экспертном решении.**

Отдельно оформляется Выписка из акта освидетельствования, на основании которой производится пенсионирование, и в 3-х дневный срок направляется специалистами бюро МСЭ в пенсионлирующую организацию.

В случае отказа в признании инвалидом гражданину выдаются выписка из акта освидетельствования о результатах МСЭ произвольной формы.

**При наличии листка временной нетрудоспособности в нём делается отметка об экспертном решении. ■**

### *Каков на сегодня объём пенсионных выплат по разным группам?*

Прежде всего, нужно различать трудовую и социальную пенсию по инвалидности. Социальную пенсию получают инвалиды, которые никогда не работали. Размер её определяется законодательно и периодически индексируется. С 1 апреля 2013 года с учетом индексации размер социальной пенсии составляет: 1 группа — 7659,16 руб. 2 группа — 3692,25 руб. 3 группа — 3138,50 руб. Если же у пациента есть хоть какой то трудовой стаж, даже если на момент получения инвалидности он не работает, он имеет право на трудовую пенсию по инвалидности. Она состоит из базовой части, к которой прибавляется сумма, зависящая от пенсионного капитала на момент назначения пенсии и трудового стажа. В 2012 году размер базовой части трудовой пенсии по инвалидности составлял: Для 1 группы — 7220 рублей Для 2 группы — 3610 рублей Для 3 группы — 1805 рублей. С 1 апреля 2014 года пенсии по инвалидности возрасли на 17,1%, а социальные выплаты (ЕДВ, НСУ, ДЕМО) на 5%. Всего прибавка к пенсии должна составить ориентировочно:

- По первой группе инвалидности – 1262.7 руб.
- По второй группе инвалидности – 631.39 руб.
- По третьей группе инвалидности – 536.68 руб.

- Детям-инвалидам – 1515.32 руб.

Когда человек, получающий трудовую пенсию по инвалидности, достигает пенсионного возраста, его пенсия переоформляется на трудовую пенсию по старости. На данный момент это делается без заявления гражданина — на основании информации Пенсионного фонда. При этом если инвалидность получает пенсионер, пенсия не переоформляется, он просто получает дополнительные выплаты.

### *Каковы социальные льготы для инвалидов (рабочий день, коммунальные услуги, налоги)?*

## НАЛОГОВЫЕ ЛЬГОТЫ

### **Земельный налог**

Согласно Налоговому кодексу РФ, налоговая база уменьшается на необлагаемую налогом сумму в размере 10 000 рублей на одного налогоплательщика на территории одного муниципального образования в отношении земельного участка, находящегося в собственности, постоянном (бессрочном) пользовании или пожизненном наследуемом владении следующих категорий инвалидов-налогоплательщиков:

- Инвалиды, имеющие третью степень ограничения к трудовой деятельности;
- Инвалиды I-й и II-й группы, независимо от степени ограничения к трудовой деятельности, инвалидность

которых была установлена до 1 января 2004 года;

- Инвалиды с детства;
- Инвалиды ВОВ и инвалиды боевых действий;
- Инвалиды, получившие или перенесшие лучевую болезнь в результате испытаний, учений и иных работ, связанных с любыми видами ядерных установок, включая ядерное оружие и космическую технику;

### НДФЛ

Согласно статье 218 НК РФ, инвалиды ВОВ, инвалиды I-й, II-й и III-й группы из числа военнослужащих, ставших инвалидами в результате контузии или увечья, полученных при защите РФ и СССР или при исполнении иных обязанностей военной службы, либо полученных вследствие заболевания, связанного с пребыванием на фронте, либо из числа бывших партизан, а также других категорий инвалидов, приравненных по пенсионному обеспечению к указанным категориям военнослужащих имеют право на налоговый вычет из общей налоговой базы в размере 3 000 рублей в месяц. Инвалиды с детства и инвалиды I-й и II-й групп имеют право на ежемесячный налоговый вычет в размере 500 рублей.

Также налогообложению не подлежат следующие выплаты:

- Согласно п. 9 ст. 217 НК РФ – стоимость путёвок на санаторно-курортное лечение (кроме туристских путёвок), вы-

деляемых работодателем за счёт средств, оставшихся от уплаты налога на прибыль;

- Согласно п. 22 ст. 217 НК РФ – суммы оплаты, потраченные организациями или ИП за технические средства профилактики инвалидности и реабилитации инвалидов, в том числе и оплата за приобретение и содержание собак-проводников для инвалидов;
- Согласно п. 28 ст. 217 НК РФ – сумма материальной помощи, не превышающая 4 000 рублей, выплаченная работодателем своему работнику в связи с его выходом на пенсию по инвалидности, а также сумма, не превышающая 4 000 рублей, возмещённая работодателем своему работнику-инвалиду, его супругу/супруге, родителям, детям, подопечным на приобретение лекарств, выписанных врачом.

### Налог на имущество

Имущественный налог так же как и земельный относится к местным видам налогов и выплачивается в местные бюджеты муниципальных образований. Согласно ст. 4 Закона РФ от 09.12.1991 г. №2003-1 «О налогах на имущество физических лиц», от уплаты данного налога освобождаются лица, имеющие инвалидность I-й или II-й группы, а также инвалиды с детства.

### Госпошлина

Инвалиды I-й и II-й группы освобождаются от следующих видов государственной пошлины: ■

- За обращение в суды общей юрисдикции;
- За подачу имущественного иска на сумму ущерба менее 1 млн. рублей;
- 50% на все нотариальные услуги

### ЛЬГОТЫ НА ОПЛАТУ КОММУНАЛЬНЫХ УСЛУГ

В соответствии с Федеральными законами от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», от 2 января 1995 г. № 5-ФЗ «О ветеранах», от 10 января 2002 г. № 2-ФЗ «О социальных гарантиях гражданам, подвергшимся радиационному воздействию вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне» и Законом Российской Федерации от 15 мая 1991 г. № 1244-1 «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС» полномочия по предоставлению льгот отдельным категориям граждан по оплате жилого помещения и коммунальных услуг переданы органам государственной власти субъектов Российской Федерации.

Льготы предоставляются **согласно нормативно-правовым актам субъектов Российской Федерации.**

Льготы по оплате жилого помещения и коммунальных услуг могут предоставляться в различных формах:

- В денежной форме – в виде ежеме-

сячных денежных выплат (ЕДВ), ежемесячно-денежной компенсации на оплату жилищно-коммунальных услуг;

- В натуральной форме – обеспечение топливом;
- В форме льгот – предоставление скидок по оплате жилых помещений и коммунальных услуг;

Ниже перечислена категория граждан, **которым льготы полагаются в соответствии с федеральным законом:**

- Инвалиды войны;
- Участники Великой Отечественной войны, ставшие инвалидами;
- Участники Великой Отечественной войны;
- Ветераны боевых действий;
- Члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий;
- Лица, награждённые знаком «Жителю блокадного Ленинграда», признанные инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);
- Инвалиды;
- Семьи, имеющие детей-инвалидов;
- Лица, подвергшиеся воздействию радиации;
- Герои Советского Союза, Герои РФ и полные кавалеры ордена Славы и члены их семей;
- Герои Социалистического труда и полные кавалеры ордена Трудовой

Славы;

- бывшие несовершеннолетние узники концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанные инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);

- Бывшие несовершеннолетние узники концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны.

- Граждане, награжденные знаком «Почетный донор России» или «Почетный донор СССР».

Далее перечислена категория граждан, которым льготы полагаются в соответствии с нормативно правовыми актами субъекта РФ:

- Лица, проработавшие в тылу в период с 22 июня 1941 года по 9 мая 1945 года не менее шести месяцев, исключая период работы на временно оккупированных территориях СССР, либо награжденных орденами или медалями СССР за самоотверженный труд в период Великой Отечественной войны;

- Ветераны труда, а также граждане, приравненные к ним по состоянию на 31 декабря 2004 года;

- Реабилитированные лица и лица, признанные пострадавшими от поли-

тических репрессий;

- Многодетные семьи;

- Педагогические, медицинские, фармацевтические и другие работники, работающие и проживающие в сельской местности, в рабочих поселках (поселках городского типа).

**Для предоставления льгот по оплате жилого помещения и коммунальных услуг граждане могут обращаться в органы социальной защиты населения по месту жительства.**

Согласно ст. 17 Закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», инвалидам и семьям, имеющим детей инвалидов, **льготы по оплате жилья и коммунальных услуг предоставляются в размере не ниже 50%. Причём льготы на оплату жилья в данном объёме предоставляются** ■



только в том случае, если помещение является государственным или муниципальным, а вот льготы на коммунальные услуги предоставляется независимо от принадлежности к жилищному фонду. Если вы проживаете в доме, не имеющем центрального отопления, а, например, используется печное отопление, то в данной ситуации предоставляются льготы на топливо, приобретаемого в пределах норм, установленных для продажи населению.

**Льготы по протезированию, включая зубопротезирование**

**Протезно-ортопедические изделия, глазные протезы и слуховые аппараты**

Протезно-ортопедические изделия изготавливаются и выдаются протезно-ортопедическими предприятиями Ми-

нистерства социальной защиты населения Российской Федерации инвалидам, детям-инвалидам и другим категориям населения в соответствии с вышеуказанной инструкцией. Реализация протезно-ортопедических изделий за наличный расчет для инвалидов, детей-инвалидов

и других категорий населения (сверх выдаваемых бесплатно в соответствии с действующим законодательством) осуществляется со скидкой 70 процентов.

### **Обратите внимание!**

**Работодатель не вправе отказать в приеме на работу инвалиду, направленному в счет установленной квоты!**

нистерства социальной защиты РФ. Глазные протезы и слуховые аппараты изготавливаются предприятиями медицинской промышленности и выдаются лечебными учреждениями. Оформление заказов и выдача данных изделий регулируется инструкцией «О порядке обеспечения населения протезно-ортопедическими изделиями, средствами передвижения и средствами, облегчающими жизнь инвалидов».

и других категорий населения (сверх выдаваемых бесплатно в соответствии с действующим законодательством) осуществляется со скидкой 70 процентов.

### **Зубопротезирование**

На льготное зубопротезирование имеют право следующие категории инвалидов:

- Инвалиды войны;
- Дети-инвалиды до 18 лет;
- Инвалиды I-й, II-й и III-й группы.

Кроме этого каждый регион определяет собственные категории льготников и список учреждений, предоставляющих данные услуги в соответствии с нормами местного законодательства.

Эти категории льготников могут воспользоваться бесплатными услугами, либо оплатить только 50% стоимости. Льготное обслуживание таких пациентов проводится только в государственных учреждениях стоматологического профиля по месту их прописки. Записаться на получение данной льготы можно по предъявлению паспорта и иных документов, подтверждающих право пользования льготой.

Зубное протезирование со скидкой 50% или бесплатно не включает:

- Изготовление и ремонт протезов из драгоценных металлов и дорогостоящих материалов;
- Изготовление и установку металлокерамических или фарфоровых коронок или мостов;
- Изготовление и ремонт тех протезов, которые предназначены для лечения повышенной истираемости зубов, пародонта или которые относятся к ортодонтическим аппаратам;
- Изготовление и установку протезов на основе имплантантов.

**Льготы на приобретение лекарств, санаторно-курортное лечение и проезд на общественном транспорте**

Во-первых, лекарства, санаторно-курортное лечение и проезд на общественном транспорте, кроме такси

входят в набор социальных услуг (НСУ). Инвалид вправе выбрать следующие варианты:

- Будет он пользоваться этим пакетом или
- Захочет отказаться от него и получить вместо этого денежные средства.

**Льготы на лекарственные средства:** Если вы инвалид I-й группы или неработающий инвалид II-й группы, то лекарственные средства будут вам предоставляться бесплатно по рецепту вашего лечащего врача. Если вы работающий инвалид II-й или III-й группы, то лекарственные средства будут вам предоставляться с 50% скидкой, также по рецепту вашего лечащего врача.

**Льготы на санаторно-курортное лечение:** Неработающим инвалидам путёвка предоставляется бесплатно, а работающему инвалиду с 50%-й скидкой. Лицо, сопровождающее инвалида I-й группы, по разрешению собес также обеспечивается бесплатной путёвкой и проездом оба конца. Также в дополнение о санаторно-курортном лечении вы можете почитать здесь.

**Льготы на проезд в общественном транспорте:** В данном случае право на льготы имеют инвалиды, дети-инвалиды, и лица, сопровождающие их.

**Льготы в сфере образования**

Согласно статье 19 Федерального закона от 24.11.1995 года № 181-ФЗ ■

«О социальной защите инвалидов в РФ», государство гарантирует создание всех условий для получения инвалидами образования и профессиональной подготовки.

### **Категория инвалидов, имеющая право на льготы.**

Для инвалидов I-й и II-й группы поступление в учреждения высшего профессионального образования, среднего специального образования, а также в любые муниципальные образовательные учреждения осуществляется вне конкурса. Стипендия выплачивается всем инвалидам.

Дети-инвалиды, инвалиды I и II группы, инвалиды войны, инвалиды детства имеют право на внеконкурсное зачисление на обучение в высших учебных заведениях, при условии отсутствия противопоказаний на данное обучение медико-социальной экспертизы (далее МСЭ) и успешной сдачи вступительных экзаменов. Т.е., если отсутствуют противопоказания со стороны МСЭ и инвалид сдал вступительный экзамен на положительную оценку, то его обязательно должны зачислить.

Во время сдачи вступительного экзамена инвалидам выделяется дополнительное время на подготовку устного и письменного ответа, которое не должно превышать полутора часов. Также данная категория лиц имеет право на бесплатное обучение в ВУЗах, если обучение на данном подготовительном отделении осуществляется впервые.

Студентам, имеющим инвалидность выплачивается две стипендии: академическая и социальная. Академическая стипендия назначается за успеваемость студента, а социальная по инвалидности. Размер социальной стипендии назначает ВУЗ, но не ниже полуторного размера, установленного законом.

### ***Каков порядок устройства на работу с инвалидностью? Расскажите кратко о специфике трудовой деятельности и отдыха граждан этой категории.***

Право инвалидов на работу закреплено в ст. 20 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (далее – Закон № 181-ФЗ).

В соответствии со статьей 21 того же закона организациям, численность работников которых составляет более 100 человек, субъектами Российской Федерации устанавливается квота для трудоустройства инвалидов в размере не менее 2 и не более 4 процентов от среднесписочной численности работников. Ранее предприятия, не имеющие в штате инвалидов, должны были вносить плату в бюджет субъектов РФ за каждого неустroенного инвалида. Обязательную плату отменили в 2004 г. (Федеральным законом от 22.08.2004 № 122-ФЗ признаны утратившими силу ч. 3 и 4 ст. 21 Закона № 181-ФЗ).

Должностные лица, которые отка-

жут инвалиду в приеме на работу, могут быть оштрафованы на сумму в размере от 2000 до 3000 рублей. Также регламент определяет правила и сроки проведения проверок, процедуру обжалования решений.

На первоначальном этапе оформления трудовых отношений происходит знакомство потенциального работника с возможными условиями труда. Работодатель, в свою очередь, оценивает конкретное физическое лицо, пока не вступившее с ним в трудовые отношения. Безусловно, данная оценка должна происходить с учетом установленных российским трудовым законодательством гарантий при заключении трудового договора, закрепленных в ч. 1 ст. 64 ТК РФ: необоснованный отказ в заключении трудового договора запрещается.

Обратите внимание: работодатель не вправе отказать в приеме на работу инвалиду, направленному в счет установленной квоты!

Если физическое лицо не имеет направления службы занятости и самостоятельно ищет работу, работодатель принимает его на общих основаниях, руководствуясь понятием деловых качеств.

На стадии оформления трудовых отношений собираются персональные данные любого работника, включая и работника-инвалида. Перечень документов, содержащих персональные данные, закреплен в ч. 1 ст. 65 ТК РФ.

Информация об инвалидности соискателя может быть подтверждена соответствующими документами. О наличии противопоказаний или особых рекомендаций по организации работы инвалида работодатель может узнать: ■



- из справки медико-социальной экспертизы, где указывается группа инвалидности, форма которой утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 24.11.2010 № 1031н;

- из индивидуальной программы реабилитации инвалида, форма которой утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 04.08.2008 № 379н.

Однако следует обратить внимание: в тех случаях, когда для заключения трудового договора не требуется проведение обязательного предварительного медицинского осмотра, работодатель может и не получить информацию о состоянии здоровья кандидата на работу. В перечне обязательных документов, предъявляемых будущим работником при заключении трудового договора, медицинские документы не указаны, а значит, предоставлять их кандидат не обязан.

Дополнительные документы, не указанные в ст. 65 ТК РФ, работодатель вправе требовать с учетом специфики работы на основе норм действующего законодательства. Работодатель вправе принять на работу на основе трудового договора работника-инвалида в качестве надомника, который будет выполнять работу на дому из материалов и с применением инструментов и механизмов, выделяемых работодателем, либо приобретаемых работником за свой счет. Надомник может выполнять работу, обусловленную трудовым договором, с участием членов его семьи (ч. 1 ст. 310 ТК РФ).

### Рабочее время и время отдыха

Обратите внимание!

Для инвалидов I и II групп устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени – не более 35 часов в неделю с сохранением полной оплаты труда

Что касается времени отдыха, то работники-инвалиды, безусловно, имеют право на все установленные законодательством РФ виды времени отдыха, но при этом для них предусматриваются дополнительные гарантии.

Привлечение инвалидов к работе в выходные и нерабочие праздничные дни допускается только при условии, что это не запрещено им по состоянию здоровья в соответствии с выданным медицинским заключением. При этом инвалиды должны быть под роспись ознакомлены со своим правом отказаться от работы в выходной или нерабочий праздничный день (ч. 7 ст. 113 ТК РФ).

Работники – инвалиды вследствие чернобыльской катастрофы имеют право на дополнительный оплачиваемый отпуск продолжительностью 14 календарных дней согласно Закону от 15.05.1991 № 1244-1, при этом они вправе использовать отпуск в удобное для них время.

Кроме того, работающие инвалиды имеют право на предоставление на основании поданного работодателю письменного заявления отпуска без сохранения заработной платы на срок до 60 календарных дней в году (ст. 128 ТК РФ). ■

## Редакция дайджеста:

- »» Главный редактор Аполихин Олег Иванович, д.м.н., профессор
- »» Зам. гл. редактора Сивков Андрей Владимирович, к.м.н.
- »» Руководитель проекта Шадеркина Виктория Анатольевна
- »» Шеф-редактор Шадеркин Игорь Аркадьевич
- »» Специальные корреспонденты:
  - Паевский Алексей Сергеевич
  - Григорьева Мария Викторовна
  - Шабанова Снежана Владимировна
  - Красняк Степан Сергеевич
  - Болдырева Юлия Георгиевна
  - Гарманова Татьяна Николаевна
  - Коршунов Максим Николаевич
- »» Дизайн и верстка Белова Оксана Анатольевна
- »» Корректор Болотова Елена Владимировна

Тираж 7000 экземпляров

Подписка на сайте [urodigest.ru](http://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](mailto:info@urodigest.ru)

[www.urodigest.ru](http://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.



MOSUROLOGY.RU



УРОЛОГИЯ  
ВОРОНЕЖСКОЙ  
ОБЛАСТИ



ECURO.RU



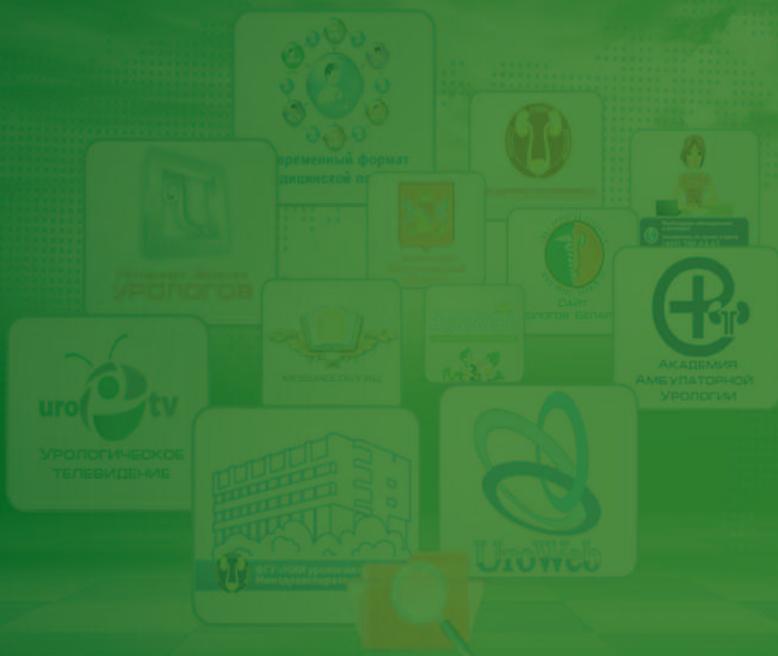
Мобильное  
приложение  
для урологов



Научный  
образовательный  
кружок



Академия  
амбулаторной  
урологии



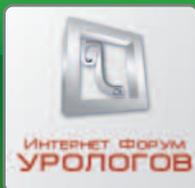
ФГБУ "НИИ урологии"  
Минздрава России



Урологическое  
телевидение



ОБРАЗОВАНИЕ  
в Урологии  
UroEdu.ru



ИНТЕРНЕТ ФОРУМ  
УРОЛОГОВ



UroWeb

Издательский дом «УроМедиа»