Дайджест Урологии
uro
Дайджест
УРОЛОГИИ
Выпуск № 5 ноябрь 2017

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ:

Урогенитальный туберкулез: есть надежда или нет?

Циклы повышения квалификации на 2018 год

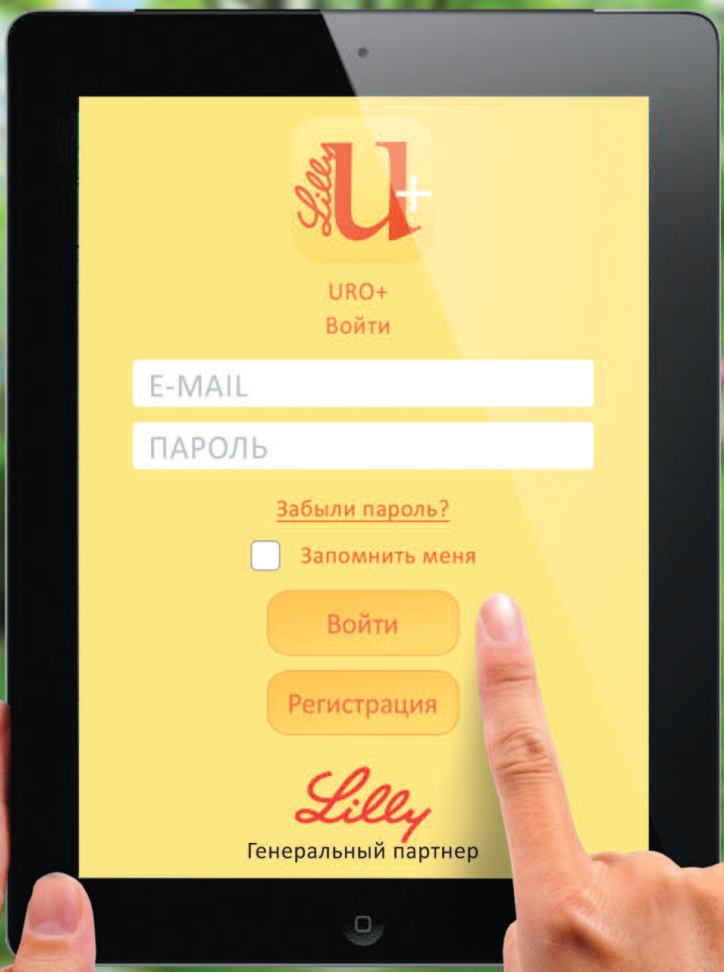
Энурез и вопросы призыва в армию

ТЕМА НОМЕРА:

УРОЛОГИЧЕСКИЙ НАУКОГРАД В НОВОСИБИРСКЕ

Мобильное приложение для урологов

Всегда в курсе всех урологических новостей!



App Store

Google play

Содержание

Тема номера:

- Урологический наукоград в Новосибирске.....2
- Урогенитальный туберкулез: есть надежда или нет?.....14
- Амбулаторная урологическая служба Департамента здравоохранения Москвы.....22
- Порядки оказания медицинской помощи по профилю «Урология».....26
- Проекты Департамента здравоохранения г. Москвы.....32
- Энурез: достоверность и фальсификация диагноза у лиц призывного возраста.....38
- Стереотипы питания у пациентов с мочекаменной болезнью: провести правильную оценку и дать рекомендации.....44
- РГМУ Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии ФПК и ППС:
  - Циклы сертификационного и тематического повышения квалификации на 2018 год.....46
  - Циклы повышения квалификации в системе непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России для аккредитации специалистов на 2018 год.....47
- Кафедра урологии и хирургической андрологи РМАПО. Учебный план 2018 год.....48
- «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ
  - Учебный план циклов НМО на курсе постдипломного обучения кафедры урологии ФГБОУ ВО 2018 год.....50
  - Учебный план циклов квалификации врачей-урологов на курсе постдипломного обучения кафедры урологии ФГБОУ ВО.....51
- ГБОУ ВПО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава РФ
  Учебно-производственный план по дополнительному образованию врачей кафедры урологии 2018 год.....52
- Медицинский туризм в России и за рубежом.....54
- Детское здравоохранение: далеко от идеала?.....56
- Лечение антибиотиками неэффективно: мнение врачей.....58

Урологический наукоград в Новосибирске

Инновационный медико-технологический центр г. Новосибирска 12-13 октября 2017 года вновь стал центром для конференции урологов «Диагностика и лечение урогенитальных заболеваний».

Организационный креатив

Традиционная конференция в Новосибирске, идейным вдохновителем и организатором которой стали проф. ***В.И. Исаенко*** и ***Г.Ю. Ярин***, уже прошла путь становления от нового мероприятия до известной всем урологам конференции, которая основной акцент в научной программе делает на вопросы нейроурологии, уродинамике и нейрореабилитации пациентов. Ежегодно организаторы привносят новые идеи в мероприятие и расширяют его горизонты. Так, было предложено проводить мероприятие в 2х залах, чтобы провести сессии по «Оперативной урологии», «Андрологии и мужскому здоровью», а также мастер-класс для операционных медсестер «Обслуживание и работа с эндоскопическим инструментарием», два мастер-класса: «Эректильная дисфункция от А до Я» (преподаватель ***Кызласов П.С.***, к.м.н., руководи-тель центра урологии и андрологии ФМБЦ им. А.И. Бурназяна, Москва) и «Эндогенные факторы влияющие на мужское здоровье» (преподаватель ***Греков Е.А.***, врач-уролог, заведующий отделением урологии «Клиники Профессора Калинченко», Москва).

13 октября в рамках конференции состоялась 3-я Школа «Вопросы нейроурологии, нарушений мочеиспускания и деривации в стационарной и амбулаторной урологии» и весь день был посвящен именно этой тематике.

Во время хирургической сессии шла трансляция из двух операционных – в зал и в интернет, были выполнены следующие операции:

1. Лапароскопическая радиальная простатэктомия пациенту, которому в анамнезе выполнялась ТУР простаты по поводу ДГПЖ, гистологически – аденома, а затем в связи с повышением в течение года ПСА до 3нг/мл выполнена биопсия простаты, окончательный диагноз T2cN0M0, Глисон 7.

2. Лапароскопическая аденомэктомия. Пациенту также в анамнезе выполнялась ТУР простаты по поводу ДГПЖ, но в динамике рецидив, объем простаты 120 мм^3.

3. Имплантация искусственного сфинктера уретры по поводу тотального недержания мочи у мужчины. Пациент тоже был не совсем обычный – в анамнезе открытая простатэктомия, осложнившаяся мочевым затеком, релапаротомией, длительным стоянием уретрального катетера. При обследовании у пациента помимо тотального недержания мочи выявлены дивертикулы дистальной трети бульбозного и пенильного отделов уретры. Сфинктер имплантирован проксимальнее дивертикулов.

4. Трансобтураторная слинговая уретропексия системой Obtryx 2, по поводу недержания мочи у женщины.

За 2 дня прозвучали 33 доклада, которые продолжались длительными жаркими дискуссиями. Участникам конференции начислено по 12 образовательных баллов. В выставке была представлена продукция 18 компаний.

Помимо онлайн трансляции на **Uroweb.ru**, по системе телемедицины были подключены областная больница и все центральные районные больницы Новосибирской области.

Такой комплексный подход позволил собрать и зарегистрировать свыше 250 участников в зале и 893 специалиста онлайн. Это доктора из следующий городов: Новосибирск, Москва, Санкт-Петербург, Кемерово, Екатеринбург, Томск, Новокузнецк, Краснодар, Омск, Барнаул, Озеро-Карачи, Астана (Казахстан). Учитывая, что в конференции лично участвовали урологи из других стран, не говоря уже об онлайн просмотре, то, возможно, в следующем году статус мероприятия будет повышен до международного.

Полный инновационный цикл в медицине

14 октября организаторы знакомили гостей (лекторов) с системой полного инновационного цикла в медицине, которая реализована в единственном в своем роде Медицинском Технопарке или Инновационном медико-технологическом центре г. Новосибирска.

Была представлена информация о том, что такое инновационные подходы в медицине, центры инжиниринга и прототипирования, в чем особенности инновационной клиники. Кроме того, гости посетили инновационные производствен-

ные площадки Медицинского технопарка, а именно Медико-промышленный парк и Академтехнопарк. Медико-промышленный парк – это завод по производству инновационных медицинских изделий, работающий в круглосуточном режиме. В настоящее время на заводе уже выпускается большое количество металлоконструкций и инструментария для травматологии, ортопедии, вертебрологии, а также единственные в РФ протезы суставов с покрытием из нанокерамики, которые существенно дешевле зарубежных аналогов, уже выполнено свыше 1000 имплантации таких протезов. В Академпарке были представлены принтеры для 3D печати, которые позволяют на основе компьютерной томографии создавать 3D модели индивидуальных имплантов для замещения дефектов костей, в частности костей таза при протезировании тазобедренных суставов и гигантских дефектов черепа.

Такая своеобразная социальная программа, любезно предоставленная организаторами, не смогла оставить равнодушными ни одного специалиста и внушила гордость за отечественных инженеров, разработчиков медицинского оборудования и протезов.

Научное настоящее и перспективы

Реалии и перспективы стационарной урологии в Новосибирске представил в своем выступлении заведующий кафедрой урологии ФГБОУ ВО НГМУ главный уролог Минздрава НСО, заслуженный врач РФ ***Феофилов И.В.*** Численность прикрепленного населения составляет 2 746 822 человека, в том числе детей от 0 до 17 лет 518 325. Из них 1 573 982 являются трудоспособными гражданами, а 654 515 чел – старше трудоспособного возраста. Структура урологических отделений включает в себя государственный (9 отделений), федеральный (3 отделения) и коммерческий секторы (6 отделений). Количество урологических коек государственного сектора (в т.ч. РЖД) составляет 374, в которые поступили 13651 чел. Из них 108 умерло, общая летальность составила 0,79%. Хирургическая активность составила 50,62%, число осложнений у прооперированных – 0,86%, послеоперационная летальность – 0,85%. Кадровый состав урологов НСО составляет 92 врача уролога, из которых 47 работают в амбулаторном звене. Из них д.м.н. – 3, к.м.н. 9, высшую категорию имеют 42 уролога. И.В. Феофилов считает, что стационарная урологическая помощь нуждается в оснащении

высокотехнологичным оборудованием, дальнейшим внедрением современных технологий и повышении квалификации врачей.

Два редких клинических случая эндометриоза мочевого пузыря представили ***Ярин Г.Ю***. и ***Вильгельми И.А.*** Частота встречаемости случаев эндометриоза мочевыделительной системы постоянно увеличивается – он встречается в 1-5,5% случаев, причем в 70-85% эндометриоза МВС поражается мочевой пузырь.

Авторы сделали вывод о том, что для выбора корректной тактики ведения пациенток с сочетанными формами эндометриоза требуется междисциплинарный подход и взаимодействие врача гинеколога и уролога. Диагностику и лечение целесообразно проводить в условиях специализированных центров/отделений, имеющих в своем составе врачей различных специальностей. Это позволит не только разработать стратегию лечения, выполнить симультанное оперативное вмешательство (у первой пациентки – трансуретральная биполярная электрорезекция очага эндометриоза с шейвингом стенки влагалища, диагностическая лапароскопия; у второй – лапаротомия, ревизия, резекция мочевого пузыря), но и подобрать долговременную противорецидивную терапию.

Большая часть научных докладов была представлена сообщениями по нейро-

урологии. ***Артем Бершадский*** представил доклад по нарушениям мочеиспускания у пациентов с рассеянным склерозом. Частота нарушений мочеиспускания встречается в 90% пациентов с РС, у 7-12% они проявляются только в период обострения. Автор доклада считает, что при обструктивных симптомах обязательным является выполнение КУДИ, а для полной оценки симптомов необходимы объективные методы. Арсенал методов купирования СНМП включает медикаментозные средства, химическую денервацию, тибиальную электростимуляцию.

Роман Викторович Салюков в своем докладе рассмотрел методы диагностики и лечения нарушений мочеиспускания при заболеваниях спинного мозга. Автор обратил внимание, что частота встречаемости врожденных заболевание спинного мозга (менингмиелоцеле, *Spina-bifida*) составляет 1 на 1000 родов. Учитывая, что в РФ ежегодно происходит 1,5 млн родов, теоретически число новых пациентов составляет 1500 человек в год. Не менее 80% пациентов с *менингомиелоцеле* имеют хроническую задержку мочи. Частота *Spina bifida* 1-2 на 1000 новорожденных, урологические проблемы возникают в почти 97% пациентов, в 55% случаев наблюдается детрузорно-сфинктерная диссенергия. При *миелодисплазии* в подростковом и более старшем возрасте остается риск развития серьезных урологических проблем. Распространенность *рассеянного склероза* составляет от 50 до 100 человек на 100000 популяции. В настоящее время в РФ насчитывается около 140 000 пациентов, средний возраст которых 20-40 лет. Далее автор доклада привел статистику по другим заболеваниям (не связанным с травмой) мозга – опухолям СМ, грыжам межпозвоночного диска, острого нарушения кровообращения, миелиту, стенозу межпозвоночного канала, отметив, что характер дисфункции мочеиспускания зависит от уровня поражения СМ – супра-, инфрасакральный и сакральный. Перед урологом стоят следующие задачи: подтверждение или исключение функциональных расстройств мочеиспускания, определение формы нейрогенной дисфункции мочеиспускания и степени компенсации мочевыделительной системы, выявление вторичных анатомо-функциональных изменений мочевыделительной системы и, в конечном итоге, выбор оптимальных методов коррекции нейрогенной дисфункции мочеиспускания. Р.В. Салюков представил участникам конференции четкие рекомендации по наблюдению таких пациентов:

• у пациентов группы высокого риска оценка состояния верхних мочевыводящих путей должна проводиться через регулярные интервалы времени;

любые важные клинические изменения являются показанием к проведению дальнейшего специализированного обследования;

• у пациентов группы высокого риска уродинамическое исследование является обязательным и должно проводиться через регулярные интервалы времени;

• целесообразно ведение дневников мочеиспускания;

• перед планированием инвазивных методов обслебдования обязательно проведение неинвазивных методов;

• уродинамическое обследование является обязательным для диагностики вида дисфункции нижних мочевыводящих путей; кроме того повторное данное обследование крайне важно для принятия решения о дальнейшей тактике;

• видеоуродинамика является «золотым стандартом» инвазивного уродинамического обследования у нейроурологических пациентов. Если проведение видеоуродинамического исследования невозможно (недоступно), показано проведение цистометрии наполнения и исследования «давления-поток».

Особое внимание урологов привлекли рекомендации, связанные с вопросами деривации мочи. Р.В. Салюков указал, что периодическая катетеризация – по возможности асептическая – должна применяться как стандарт лечения у пациентов, требующих искусственного опорожнения мочевого пузыря, по возможности, следует избегать установки постоянного трансуретрального дренирования или надлобковой цистостомии. При гипоактивном детрузоре не рекомендуется назначать парасимпатомиметики. У женщин с нейрогенным стрессовым недержанием мочи, которые способны выполнять самокатетеризацию, показана установка уретрального слинга, а у мужчин с такой патологией показана установка артифициального сфинктера мочевого пузыря.

Екатерина Сергеевна Коршунова рассказала о нейродегенеративных заболеваниях и их урологических проявлениях. Болезнью Паркинсона в мире страдают 1% населения, особенно высока частота заболеваемости среди лиц пожилого возраста – до 5%. Общая распространённость – 4,6 случаев на 100 000 человек, встречается чаще у мужчин, чем у женщин, соотношение от 1,4:1 с до 1,9:1. Характер нарушения мочеиспускания у пациентов с болезнью Паркинсона связан с учащенным мочеиспусканием (96%), ноктурией (89%), ургентными позывами к мочеиспусканию (84%), ургентным недержанием мочи (34%). У пациентов с мультисистемной атрофией отмечаются затрудненное мочеиспускание – 79%,

ноктурия – 74%, ургентные позывы к мочеиспусканию – 63%, ургентное недержание мочи – 63%, учащенное мочеиспускание – 45%, энурез – 19%, неполное опорожнение мочевого пузыря – 8%. После подробного разбора методов дифференциальной диагностики бП и МСА, Екатерина Сергеевна остановилась на методах лечения нейрогенных нарушений опорожнения мочевого пузыря:

1. Поведенческая терапия

- Триггерные методики
- Приемы Кредо и Вальсальвы

2. Дренаж

- Интермиттирующая катетеризация
- Постоянный уретральный катетер
- Цистостомический дренаж

3. Физиотерапия

- Биологическая обратная связь
- Магнитотерапия

• Нейромодуляция

4. Лекарственная терапия

• α – блокаторы

• Миорелаксанты

• Ботулинический токсин типа А

5. Хирургические методики

• Уретральный стент

• Сфинктеротомия

В заключение доклада автор рассказала о рекомендациях Европейской Ассоциации урологов по катетеризации, техниках катетеризации, видах катетеров, осложнениях, связанных с интермиттирующей катетеризацией и их профилактикой.

Детрузорно-сфинктерной диссенергии (ДСД) было посвящено выступление ***Галины Евгеньевны Тищенко***, которая отметила, что ДСД – это уродинамический диагноз, для постановки которого должна быть выполнена цистометрия + ЭМГ + видеоуродинамика. Лечение этой патологии должно быть направлено на снижение внутрипузырного давления и исключение ухудшения функции почек, и на элиминацию или снижение чрезмерной активности рабдосфинктера для защиты верхних мочевых путей.

Профессор Г. Г. Кривобородов

Профессор ***Григорий Георгиевич Кривобородов*** представил доклад о современной терапии СНМП при ДГПЖ, а также 2 редких клинических случая – дивертикулэктомии у пациента 48 лет при приобретенном характере заболевания и лейомиосаркоме лоханки на фоне конкремента ЛМС у пациента 73 лет.

Важной теме – осложнениям хирургического лечения пациентов в остром периоде позвоночно-спинномозговой травмы и путям их уменьшения – был посвящено сообщение ***А.Р. Аветисян.*** Позвоночно-спинномозговая травма – механическое повреждение позвоночного столба и содержимого позвоночного канала (спинного

Непрерывное профессиональное образование в урологии – UroEdu.ru

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

мозга, его оболочек, сосудов, корешков), характеризующееся развитием нестабильности, нарушением проводниковых и рефлекторных функций спинного мозга. Заболеваемость в мире составляет 15-40 случаев на 1 млн. населения. У 22-50% пациентов с ПСМТ регистрируется этанол в крови, ~55% случаев происходит в выходные дни; 38-44% в течение мая – августа. Средний возраст пациентов по международным данным составляет 38 лет, 788% пациентов – мужчины. Из причин травмы можно выделить ДТП, падения, преступные действия, спорт. 70-84% пациентов с ПСМТ имеют нейрогенный мочевой пузырь (НМП). Свое выступление автор построил на результатах исследования частоты соматических осложнений, связанных с применением метилпреднизолона (MPD), и оценке результатов метода поддержания оптимального перфузионного давления в сегментах спинного мозга (без метилпреднизолона – MAP), а также влиянию этих методов на функциональный исход лечения пациентов. Результаты исследования показали, что динамика неврологической симптоматики в группах MPD и MAP статистически достоверно не различается, а частота развития инфекций дыхательной системы в послеоперационном периоде в группе пациентов с применением метилпреднизолона статистически достоверно выше, чем в группе без применения данного препарата. Авторы сделали вывод о том, что отказ от противоотечной терапии метилпреднизолоном в остром периоде ПСМТ многократно снижает частоту тяжелых осложнений и не компрометирует динамику неврологической симптоматики у пациентов. Преимущество метода поддержания MAP на уровне 85 – 90 мм. рт. ст. в улучшении функциональных исходов лечения пациентов в остром периоде ПСМТ перед применением метилпреднизолона требует дальнейшего изучения.

Сложная тематика докладов не испугала присутствующих урологов, залы были полны до последнего доклада, все выступления и операции активно обсуждались между специалистами, периодически возникали споры. И пусть каждый остался при своем мнении, равнодушных в зале не оказалось.

Все доклады мероприятия можно посмотреть в записи на Uro.TV! ■

Материал подготовила В.А. Шадеркина

ты – Альфа?

Урогенитальный туберкулез: есть надежда или нет?

Е.В. Кульчавеня
Д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ФГБУ Новосибирский НИИ туберкулеза Минздрава России, руководитель отдела урологии

Эпидемическая ситуация по туберкулезу во многих регионах Российской Федерации (в первую очередь – Дальневосточный и Сибирский федеральные округа) остается неблагоприятной, структура внелегочных форм заболевания -нестабильной. Урогенитальный туберкулез (УГТ) нередко выявляют в инкурабельной стадии по причине низкой настороженности, недостаточности знаний врачей по фтизиоурологии, в связи с нетипичным течением заболевания. Выявление поло-возрастных и антропометрических особенностей больных УГТ позволило бы врачу повысить уровень настороженности в отношении этого заболевания. Мы обсудили тему УГТ с ведущим специалистом урологом, д.м.н, профессором Екатериной Валерьевной Кульчавеней.

Екатерина Валерьевна, какова статистика урогенитального туберкулеза в России – заболеваемость, смертность?

Е.В. Кульчавеня: Уважаемая Виктория Анатольевна, спасибо за приглашение на интервью. Я знаю Ваш давний интерес к урогенитальному туберкулезу, слежу за Вашими статьями в интернете.

Анализ статистических отчётов свидетельствует, что в целом по Российской Федерации отмечена тенденция к снижению уровня заболеваемости внелёгочным туберкулёзом (ВЛТ) (Рисунок 1).

Однако в Сибирском федеральном округе она почти на треть выше, чем в среднем по стране. И структура заболеваемости внелегочным туберкулезом удивительно нестабильна: в 2006 году в СФО и ДФО суммарно на долю мочеполового туберкулёза пришлось 35,9%, а десять лет спустя, в 2015 году, только 24,5%, что в полтора раза меньше. Но мы не можем радоваться этому показателю, так

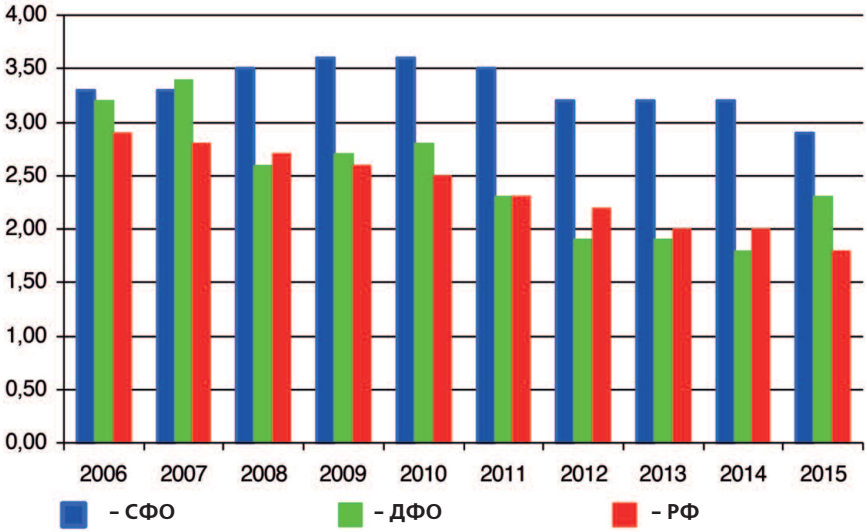


Рисунок 1. Заболеваемость внелегочным туберкулезом на 100 000 населения
СФО – Сибирский федеральный округ, ДФО – Дальневосточный федеральный округ

как по-прежнему много больных выявляют на терминальной стадии или интраоперационно – то есть до операции никому даже мысль в голову не пришла, что это может быть туберкулез.

В каких регионах РФ он встречается наиболее часто? С чем это связано?

Е.В. Кульчавеня: Причины преобладания урогенитального туберкулеза в Сибири и на Дальнем Востоке логичного объяснения не имеют. Полагаю, что здесь попросту лучшая диагностика – выше уровень настороженности (index of suspicion), хорошее оснащение лабораторий, возможность быстро направить пациента на консультацию, обследование, лечение, в том числе хирургическое, в ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза МЗ РФ». Я глубоко убеждена, что в других регионах Российской Федерации реальная эпидемическая ситуация немногим лучше, и если бы какие-нибудь энтузиасты взялись активно искать больных мочеполовым туберкулезом – они бы их нашли.

Хотя, конечно, у нас есть один отягчающий момент – близость к Китаю, откуда родом один из самых вирулентных штаммов M. tuberculosis, который так и называют – Пекинский штамм.

Проблема внеторакального ТБ актуальна только для России или для всего остального мира тоже?

Е.В. Кульчавеня: Внелегочный туберкулез диагностируют везде – но если в благополучной Европе это спорадические случаи, то в Азии (особенно Индия, Пакистан, Китай) и Африке это повседневность. Другое дело, что **изолированные** случаи урогенитального туберкулеза выявляют все реже, а сочетанный туберкулез, когда вместе с мочеполовой системой поражена еще одна (или не одна, а несколько систем) диагностируют все чаще и чаще. А больной урогенитальным туберкулезом, если у него есть процесс в легких, учитывается только как больной туберкулезом органов дыхания. Вот такие гримасы статистики. А мы-то радуемся, что заболеваемость урогенитальным туберкулезом пошла на спад! Вовсе нет, напротив, преобладают более тяжелые сочетанные формы – но существующие формы отчетности не позволяют нам учитывать туберкулез мочеполовой системы.

Как Вы считаете, почему несмотря на выдающиеся достижения в медицине мы до сих пор не можем искоренить ТБ?

Е.В. Кульчавеня: Я думаю, мы его никогда и не искореним. M. tuberculosis – один из старейших и успешнейших микроорганизмов на Земле. Еще античные бизоны и египетские фараоны болели туберкулезом! Известнейшие и богатейшие семьи платили дань этому патогену – взять хоть нашу царскую семью! А также кардинала Ришелье, Боруха Спинозу, Шопена, Чехова, Вивьен Ли…

Неоптимальная терапия урогенитальных инфекций, под маской которых нередко протекает заболевание, препятствует бактериологической и патоморфологической верификации туберкулеза мочеполовой системы – и, соответственно, лечение будет начато поздно, и полноценное излечение окажется невозможным. Плюс не следует забывать факт – каждый нелеченый больной открытой формой туберкулеза заражает за год 10-15 других человек. И так в геометрической прогрессии. Пока мы не научимся выявлять заболевание на самой ранней стадии, пока у россиянина не будет возможности ежегодно бесплатно проходить полноценную, а не формальную диспансеризацию, пока у него не будет мотивации как можно раньше обратиться к врачу и как можно лучше лечиться – мы этот порочный круг не разорвем.

Проблема антибиотикорезистентности актуальна для микобактерий туберкулеза? Как можно ее преодолеть?

Е.В. Кульчавеня: Антибиотикорезистентность – бич любого инфекционного заболевания, и туберкулез не исключение. Я уже говорила, что M. tuberculosis великолепна в своей приспособляемости. Я с искренним уважением и даже восхищением отношусь к этой бактерии. Разные семейства микобактерии имеют различную первичную, так называемую «дикую» чувствительность к антибиотикам, поэтому мы вынуждены лечить больного туберкулезом как минимум четырьмя разнонаправленными препаратами, чтобы перекрыть эту резистентность. А если пациент принимает лекарства нерегулярно, или не прошел весь курс, или раньше злоупотреблял приемом антибиотиков – вероятность селекции устойчивых штаммов возрастает многократно.

Преодолеть резистентность в ряде случаев можно назначением 5-6-7 противотуберкулезных препаратов на длительный срок – до двух лет. Вы только представьте – изо дня в день в течение двух лет человек должен принимать 6-7 лекарственных препаратов, которые отнюдь не безразличны для организма, и негативно влияют на репродуктивную систему, сексуальную функцию, на органы зрения и слуха, на нервную систему, на печень, на сердце… Мы стараемся максимально облегчить прием препаратов, часть из них назначая парентерально, часть – заключая в липосомы, но проблема нежелательных явлений при лечении больного туберкулезом стоит остро. Поэтому лучше не преодолевать развившуюся устойчивость, а предотвращать ее появление. А для этого антибиотики не должны быть в свободном доступе в аптеке, врачи должны придерживаться Национальных рекомендаций по лечению урогенитальных инфекций, больные верить докторам и безоговорочно выполнять их назначения…

Кстати, еще один интересный и необъяснимый факт: при туберкулезе легких чаще развивается лекарственная резистентность возбудителя, чем при уротуберкулезе. И даже если у пациента одновременно есть и туберкулез легких, и туберкулез почек – в мокроте могут находить устойчивые штаммы, а в моче – чувствительные.

Какие категории пациентов входят в группы риска по инфицированию и заболеванию внеторакальными формами ТБ? Есть ли риск заражения у медицинского персонала – м/с, врачей? Как его снизить?

Е.В. Кульчавеня: Полагаю, Вы все же имеете в виду внелегочные формы? Несколько лет назад появился термин «внеторакальный туберкулез», но он ошибочен, так как, скажем, туберкулез перикарда – это внелегочная форма, но нельзя сказать, что внеторакальная. Или туберкулез грудины.

Риск заражения у медицинских работников есть, а как же! Но его можно свести к минимуму если соблюдать простейшие правила гигиены: не нужно позволять больному дышать Вам в лицо, пациент всегда должен находиться сбоку. Не нужно позволять ему разваливаться у Вас на столе во время приема. Крайне вредны всяческие объятия и рукопожатия с пациентами. Следует помнить, что наиболее грязный предмет в кабинете – это дверная ручка, и она должна протираться дезинфицирующим раствором регулярно.

Есть еще один момент – существует врожденная предрасположенность к заболеванию туберкулезом! А студенты медвузов и молодые врачи, переболевшие туберкулезом, как правило, идут во фтизиатрию, а вскоре заболевают повторно. Поэтому следует предостеречь их от этого необдуманного шага.

Появились ли новые диагностические методы в отношении определения ТБ?

Е.В. Кульчавеня: Да! К счастью, внедрение в практику молекулярно-генетических методов, автоматических систем для выявления возбудителя существенно повысили частоту бактериологической верификации мочеполового туберкулеза. К сожалению, по-прежнему нет скрининга. Недавно вошли в практику одобренные Всемирной организацией здравоохранения IGRA-тесты (QuantiFERON-TB-Gold, TB.SPOT.test) – современные методы выявления латентной туберкулезной инфекции in vitro, положительные результаты которых ассоциированы с процессом активного размножения M. tuberculosis. Однако дороговизна этих методик и инвазивность не позволяют рассматривать их как скрининг, во-первых, и они определяют только наличие M. tuberculosis в организме, а вовсе не болезнь. А в Российской Федерации M. tuberculosis появляется в организме каждого новорожденного на 5-7 день жизни после вакцинации БЦЖ. И мы живем в регионе с неблагополучной эпидемической ситуацией, поэтому вероятность встречи с бактериовыделителем на улице, в метро, в кино, в ресторане, в самолете, на конференции, наконец, – практически неизбежна. Но инфицирование не означает за-

болевание. Напротив, пока в организме есть M. tuberculosis – есть иммунитет против туберкулеза. Если же добиться полной элиминации возбудителя, иммунитет исчезнет, и первая же порция микобактерий, которую Вы, проживая в зоне эпидемии, непременно получите, может вызвать заболевание. В этом смысле жизнь в тайге на хуторе существенно безопаснее.

В 2015 году Вы проводили исследование знаний врачебного сообщества по теме туберкулеза. Что показали результаты этого исследования? *(К вопросу о причинах поздней выявляемости больных урогенитальным туберкулезом, Журнал "Экспериментальная и клиническая урология" Выпуск №2 за 2015 год Кульчавеня Е.В., Шадеркин И.А., Краснов В.А., Шевченко С.Ю., Баранчукова А.А., Шадеркина В.А.) Как Вы считаете изменились ли знания врачей за 2 года?*

Е.В. Кульчавеня: О да, я рада, что Вы вспомнили об этом исследовании! Хочу еще раз поблагодарить И.А. Шадеркина за разработку программы, позволяющей проходить тестирование онлайн.

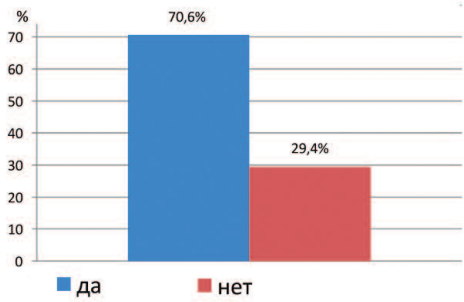
Знания, конечно, есть, но нет желания следовать рекомендациям. Совсем недавно во время лекции я провела интерактивное голосование, и вот его результаты.

Как я уже говорила, некоторые антибиотики, в первую очередь фторхинолоны и амикацин, обладают противотуберкулезным действием, и если их назначить больному инфекционно-воспалительными заболеваниями (ИВЗ) мочеполовой системы (МПС), картина уротуберкулеза смажется, затушуется, идентификация возбудителя станет невозможной, патоморфологическая картина также потеряет черты специфичности. Но туберкулез-то излечен не будет, он просто уйдет «в подполье»! И рано или поздно (скорее рано!) у пациента возникнет рецидив. И при таком неоптимальном лечении, скорее всего, пораженный орган погибнет.

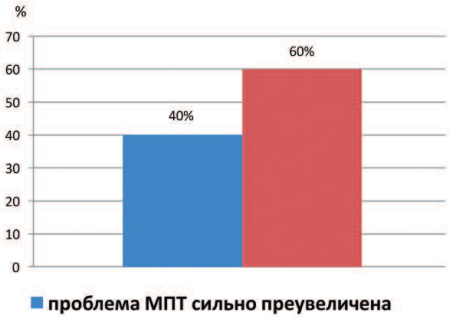
Так вот, только треть квалифицированных специалистов считают неоправданной рекомендацию избегать при **эмпирической** терапии ИВЗ МПС препараты, ингибирующие рост МБТ, а подавляющее большинство урологов все же придерживается Национальных рекомендаций.

Из тех, кто лечит пациентов сообразно собственным представлениям, 40% указали, что проблема уротуберкулеза, на их взгляд, сильно преувеличена, а 60% специалистов готовы пренебречь проблемой туберкулеза ради более быстрого эффекта от лечения.

Считаете ли Вы оправданым рекомендации избегать при эмпирической терапии ИВЗ МПС препараты, ингибирующие рост МБТ (фторхинолоны, амикацин)?



Если не считаете оправданным рекомендации избегать при эмпирической тапии ИВЗ МПС, препараты ингибирующие рост МБТ (фторхинолоны, амикацин), то по причине?



Какие меры предпринимаются для повышения уровня информированности врачей? населения? Есть ли меры государственной поддержки?

Е.В. Кульчавеня: Врачи сейчас, как мне кажется, тонут в информации. Конференции чуть ли не каждую неделю, круглые столы, вебинары… Новосибирский медицинский университет обязал абсолютно всех интернов и ординаторов абсолютно всех специальностей прослушать лекции по внелегочному туберкулезу. Но я знаю очень грамотных и эрудированных урологов (их все знают!), которые прямо-таки отрицали существование туберкулеза – до тех пор, пока сами трагичным образом не встречались с этим заболеванием. И такая встреча была для них шоком. Таки скептицизм должен быть разумным.

А государственная поддержка… Есть более насущные проблемы, вероятно, более массовые заболевания, чем какой-то урогенитальный туберкулез, от которого по всей стране, может тысячи три человек заболеет. Ну, плюс тысяч пять не будут учтены. И тысяч десять останутся недовыявленными… Хотя президент призывал особое внимание уделять орфанным заболеваниям. А урогенитальный туберкулез, на самом-то деле, совсем не так редок: 77% мужчин, умерших от туберкулеза всех локализаций, имеют туберкулез предстательной железы – и обнаруживается это, как правило, на аутопсии! А туберкулез простаты может передаваться половым путем и имеет множество осложнений.

Вы являетесь признанным лидером в области урогенитального ТБ. Какие меры по снижению заболеваемости и смертности Вы бы приняли, если бы имели неограниченные организационные возможности?

Е.В. Кульчавеня: Ах, Виктория Анатольевна! На самом деле это очень просто: мир во всем мире и ordnung und discipline (порядок и дисциплина, пер. с немецкого). Если человек сыт, обут, одет, счастлив и ментально и физически здоров – он легко победит даже такого мощного неприятеля, как микобактерия туберкулеза. А если он уныл, депрессивен, ленив, голоден, с тоской смотрит в завтрашний день – исход предопределен.

Туберкулез – не приговор! Можно вовремя диагностировать, можно консервативно вылечить и полностью реабилитировать. НО! Это вездесущее «НО». Но – если больной пришел к врачу сразу, как заболел, если врач назначил ему оптимальное лечение, а не получив результат – не стал удваивать дозу, а сразу направил к фтизиоурологу, если молодых и грамотных фтизиоурологов было бы достаточно, и могли бы они применять последние достижения в диагностике (одно исследование – 7500), а не посев на плотные среды (цена 680 руб) – то туберкулез можно было бы полностью контролировать.

Пока что – увы! Но будем надеяться на светлое завтра!

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

Амбулаторная урологическая служба Департамента здравоохранения Москвы

1130-м заседание Московского общества урологов, кроме традиционных выступлений по специальности «Урология», включало ряд докладов по организации урологической помощи. О текущем положении дел в учреждениях московской городской системы здравоохранения и происходящих в ней переменах рассказала д.м.н., профессор, руководитель отдела организации здравоохранения ГБУ«НИИОЗММ ДЗМ», доцент кафедры урологии Московского государственного медико-стоматологический университета имени А. И. Евдокимова Любовь Алексеевна Ходырева.

Кадровый состав: сокращение штатов и рост числа пациентов

Сегодня система амбулаторной урологической помощи в Москве представлена 50 амбулаторными центрами. Стационарно помощь оказывается в 17 городских клинических больницах, 3 госпиталях для ветеранов войн, Московском клиническом научно-практическом центре (МКНПЦ) и Московском научно-практическом центре борьбы с туберкулёзом. Всего в многомиллионном городе работают **20 урологических стационаров.**

При этом укомплектованность кадрами находится, по словам Л. А. Ходыревой, на неплохом уровне. В амбулаторной сети работают 277 специалистов-урологов, а в стационарной — 200, всего 477 урологов на всю Москву. В подавляющем большинстве это врачи высокой квалификации: высшей, первой и второй категории. Более половины специалистов имеют учёные степени.

Любовь Алексеевна отметила, что с 2012 и до 2016 года почти 100 московских урологов попали под сокращение. Вместе с тем, количество прооперированных больных возросло практически в 2 раза. Также увеличилось число консервативно пролеченных больных.

Стационары «одного дня» в урологии

С 2016 года в учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы запущен пилотный проект «Стационары кратковременного пребывания». Когда пациент не требует круглосуточного наблюдения, он получает квалифицированную помощь в подобном дневном стационаре. Оплата за день в таких случаях производится в том же объёме, что и для круглосуточного стационара, то есть такая система финансово выгодна для медицинских учреждений. Сейчас идёт перераспределение пациентов для их сосредоточения в стационарах кратковременного пребывания. Сначала их было только два на Москву — в Боткинской больнице и больнице им. Спасокукоцкого, сегодня проект включает в себя 8 городских больниц. В дневных стационарах оказывается помощь, в том числе хирургическая, относящаяся к так называемой «малой урологии»: по поводу недержания мочи, пролапса гениталий, гидроцеле, варикоцеле, стриктур уретры и т. д. Сегодня рассматривается вопрос о расширении списка допустимых оперативных вмешательств.

В амбулаторной сети Москвы работают 277 специалистов-урологов, а в стационарной — 200, всего 477 урологов.

Также в 2016 году приказом городского департамента здравоохранения были созданы специализированные выездные бригады скорой медицинской помощи, включая урологическую. Такие бригады укомплектованы высококвалифицированными кадрами и профильным оборудованием. Более 400 пациентов на сегодня ежемесячно получают помощь от таких бригад.

Профильная помощь в урологии

Приказами департамента определены профили специализированной урологической помощи. Так, урогинекологией занимаются в Боткинской больнице и больнице им. Спасокукоцкого, специалисты оттуда не только принимают пациентов в своих клиниках, но также круглосуточно выезжают в другие стационары и роддома. Направление онкоурологии включает два этих центра, а также ГКБ№31,

МГОБ№62, больницу им. Плетнёва и МКНПЦ им. Логинова. Пациентов с ВИЧ направляют в ГКБ им. Мухина.

Новая система маршрутизации пациентов

С конца 2015 года введена новая система маршрутизации пациентов для проведения биопсий предстательной железы (это мужчины 50 лет и старше при ПСА выше 2,5 нг/мл, а также 65–70 лет с ПСА выше 6 нг/мл). Это привело к снижению количества необоснованных и повторных биопсий, а также гистологических исследований и, следовательно, к сокращению расходов на диагностику предстательной железы. Тем не менее, за счёт более качественного выполнения биопсий повысилась ранняя выявляемость рака предстательной железы. Биопсии при этом проводятся только в центрах, перечисленных приказом департамента, тогда как раньше выполнялись практически везде, но менее квалифицированно.

Роботические операции

Операции с привлечением роботической техники проводятся сегодня в четырёх московских центрах: больнице им. Спасокукоцкого, Боткинской больнице, МКНПЦ и ГКБ№31. Эти методики уже достаточно хорошо освоены и активно применяются. За последние годы количество роботических радикальных простатэктомий (РПЭ) увеличилось почти в 1,5 раза, а открытых РПЭ — сократилось в 2 раза. Расширился и спектр операций, выполняемых с привлечением роботов: помимо РПЭ, теперь таким образом проводятся резекция почки, уретероцистоанастомоз, радикальная нефрэктомия, радикальная цистэктомия, радикальная цистпростатэктомия, нефроуретерэктомия и лимфаденэктомия.

Развивается также применение малоинвазивных методик, в частности, трансуретральной резекции опухолей мочевого пузыря и доброкачественной гиперплазии простаты. Кроме того, открытые операции по поводу мочекаменной болезни практически вытеснены в московской сети здравоохранения малоинвазивными методиками.

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

Материал подготовила Ю.Г. Болдырева

Межрегиональная общественная организация

www.forumurology.ru

Интернет форум урологов

Порядки оказания медицинской помощи по профилю «Урология»

Сегодня основным регламентирующим документом оказания медицинской помощи по профилю «урология» является Приказ Минздрава России от 12.11.2012 года N907н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «урология»». Как отметила д.м.н. профессор, руководитель отдела организации здравоохранения ГБУ«НИИОЗММ ДЗМ», доцент кафедры урологии Московского государственного медико-стоматологический университета имени А. И. Евдокимова Любовь Алексеевна Ходырева, российская урология, в отличие от многих других специальностей, не сталкивается с проблемой разнородности стандартов. Тем не менее, приказ 5-летней давности требует некоторых корректив.

Документы, гарантирующие получение медицинской помощи в РФ

Основным документом, обеспечивающим право россиян на получение бесплатной медицинской помощи, является Конституция РФ. Её дополняют федеральные законы: «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ и «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 №326-ФЗ. Право на бесплатную медицинскую помощь удостоверяется полисом ОМС.

Что такое порядки оказания медицинской помощи

В соответствии с законом «Об основах охраны здоровья граждан», медицинская помощь на территории РФ организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на

территории РФ, всеми медицинскими организациями на основе стандартов медицинской помощи (ст. 37, ч. 1). При этом осуществление медицинской деятельности в соответствии с порядками является обязанностью медицинских организаций (ст. 79, п. 1.2). Порядки, в свою очередь, разрабатываются по отдельным видам и профилям медицинской помощи, заболеваниям или состояниям (ст. 37, п. 3). Эти нормы являются базой, позволяющей медицинским организациям на территории страны жить и развиваться в одном ключе, независимо от территориального расположения.

Собственно, порядок оказания медицинской помощи — это последовательность действий, обоснованная клиническими рекомендациями и протоколами лечения, для проведения эффективных лечебно-диагностических мероприятий. Клинические рекомендации (руководства) разрабатываются профессиональными сообществами (ассоциациями), содержат сведения по профилактике, диагностике, а также лечению конкретных заболеваний и синдромов. Служат основой для разработки стандартов медицинской помощи. В свою очередь, медико-экономический стандарт медицинской помощи — это имеющий фиксированную стоимость набор медицинских услуг, лекарственных средств и медицинских материалов, необходимых для проведения эффективных лечебно-диагностических мероприятий пациенту с установленным диагнозом. Это понятие не следует путать с понятием порядка оказания медицинской помощи. Основными задачами всех этих документов является обеспечение соблюдения единых подходов к лечению заболеваний, улучшение результатов лечения и контроль качества медицинской помощи.

Порядки оказания медицинской помощи включают в себя этапы её организации; правила организации деятельности медицинских учреждений (а также их структурных подразделений и отдельных врачей); стандарты оснащения медицинских организаций и их структурных подразделений; рекомендуемые штатные нормативы медицинских организаций и их структурных подразделений; а также иные положения, исходя из особенностей отказываемой медицинской помощи.

Порядки по профилю «Урология»

В соответствии с Приказом Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по про профилю «урология»,

помощь может оказываться амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение), в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, и не требующих круглосуточного) и стационарно (соответственно, в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

По специальности «урология» оказывается первичная медико-санитарная помощь, скорая медицинская помощь, включая специализированную, а также специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь.

При наличии медицинских показаний к оказанию медицинской помощи, не требующей стационарных условий, врач — участковый терапевт (врач общей практики, семейный врач, фельдшер) или врач-хирург направляет больного в урологический кабинет медицинской организации для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Скорая, в том числе специализированная помощь больным, требующим срочного медицинского вмешательства, оказывается фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи, а также специализированными выездными бригадами скорой медицинской помощи урологического профиля. В соответствии с Приказом МЗ РФ от 28 декабря 2011 года №1689н, при наличии у больного медицинских показаний ему оказывается высокотехнологичная медицинская помощь за счёт федеральных бюджетных ассигнований.

Программа государственных гарантий

Также на территории РФ действует Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Она является мерой социальной защиты населения в области охраны здоровья, направленной на обеспечение доступности медицинской и лекарственной помощи установленного вида, её объёма и качества для всего населения. Программа в ежегодном порядке утверждается правительством РФ, включает в себя общие положения, перечисление видов и условий оказания медицинской помощи, информацию об источниках финансового обеспечения медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объёма медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую по-

мощь, а также критерии доступности и качества медицинской помощи.

Проект «Порядки оказания медицинской помощи», совместно реализуемый Минздравом России, московским правительством и Департаментом здравоохранения города Москвы, покрывает 79 врачебных специальностей, включая урологию.

По словам Любови Алексеевны, действующий Приказ Минздрава «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по про профилю «урология»» требует актуализации с учётом штатов медицинских учреждений, нормативных документов и стандартов оснащения. Также в нем необходимо указать, что врачи-специалисты оказывают медицинскую помощь на основе утверждённых стандартов и клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Проект «Порядки оказания медицинской помощи», совместно реализуемый Минздравом России, московским правительством и Департаментом здравоохранения города Москвы, покрывает 79 врачебных специальностей, включая урологию.

Своё влияние на текст этого Приказа может оказать целый ряд документов, вышедших позднее. Это, в частности:

• Приказ МЗ РФ от 20 июня 2013 г. №388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»;

• Приказ МЗ РФ от 7 октября 2015 г. №700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование»;

• Приказ МЗ РФ от 2 декабря 2014 г. №796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи»;

Приказ МЗ РФ от 29 декабря 2014 г. №930н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы», список изменяющих документов (в ред. Приказов Минздрава России от 29.05.2015 №280н; от 27.08.2015 №598н);

• Приказ МЗ РФ от 8 октября 2015 г. №707н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим

образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»».

Изменения по оснащению урологического кабинета

Также при обновлении Приказа №907н рекомендуется сформировать приложение «Стандарт дополнительного оснащения медицинской организации, в структуре которой создаётся урологический кабинет». Кроме того, предлагается инкорпорировать Приказ МЗ РСФСР от 27 ноября 1989 г. №180 «О создании отделений рентген УВ-дистанционного дробления камней почек» в действующее законодательство путём внесения изменений в Приказ №907н.

Целесообразно закрепить в Порядке оказания медицинской помощи по профилю «Урология» главную роль в части выявления онкоурологических заболеваний за врачами-урологами.

Также, согласно действующему варианту Приказа, при выявлении онкологического заболевания урологического профиля лечение и наблюдение больного, не требующего комбинированного и/или сочетанного лечения, осуществляется врачом-урологом.

Однако невозможность оперативного выполнения диагностических процедур зачастую выступает фактором, затягивающим постановку онкологического диагноза, а также оказание специализированной и высокотехнологичной помощи. В частности, речь идёт об определении уровня ПСА, проведении биопсий предстательной железы, морфологическом исследовании биоптатов, выполнении исследований гибким или жестким цистоскопом, а также проведении КТ, МРТ. Свою роль здесь играет и недостаточное использование ресурсов урологической службы. Таким образом, ввиду большой загруженности онкологических служб субъектов РФ, целесообразно закрепить в Порядке оказания медицинской помощи по профилю «Урология» главную роль в части выявления онкоурологических заболеваний за врачами-урологами. ■

Материал подготовила Ю.Г. Болдырева

Что такое сервис медицинских услуг

Nethealth

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

Get it on Google play

Available on the App Store

Мы в социальных сетях

www.vk.com/nethealth

www.facebook.com/nethealth.ru

Проекты Департамента здравоохранения г. Москвы

В ходе 1130-го заседания Московского общества урологов д.м.н., профессор, руководитель отдела организации здравоохранения ГБУ«НИИОЗММ ДЗМ», доцент кафедры урологии Московского государственного медико-стоматологический университета имени А. И. Евдокимова Любовь Алексеевна Ходырева рассказала о проектах, в которых участвует урологическая служба Департамента здравоохранения города Москвы.

Московская урологическая школа

Прежде всего, активное внимание уделяется непрерывному обучению специалистов. Под патронатом правительства и Департамента здравоохранения города Москвы создана Московская урологическая школа. Её научный руководитель — д. м. н., профессор Д. Ю. Пушкарь. Целями работы школы являются повышение качества медицинской помощи, оказываемой населению; стандартизация методов лечения и профилактики урологических заболеваний; внедрение единых подходов, основанных на успешной медицинской практике и современных технических и научных достижениях в данной области. Школа поддерживает процесс непрерывного медицинского образования, соответственно, доктора получают за участие в ней аккредитационные баллы.

Образовательный симуляционный центр

Также московские урологи активно используют для своего обучения симуляционный центр в больнице им. С. П. Боткина. В нем есть всё необходимое для освоения мануальных методов владения различными оперативными техниками.

27 ноября состоялся пятый этап международного проекта «24-часовая живая роботическая хирургия (WRSE25)». Сотрудники Центра робот-ассистирован-

ной и реконструктивно-пластической урологии Департамента здравоохранения города Москвы на базе больницы им. С. И. Спасокукоцкого приняли участие в online-трансляции оперативных вмешательств. Россию представлял Главный уролог РФ и Москвы, заведующий кафедрой урологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова, профессор Д. Ю. Пушкарь. Трансляция велась из 15 роботических центров мира с четырёх различных континентов.

В 2017 году прошла презентация отечественного робота DaVinci, находившегося в разработке на протяжении последних пяти лет. В его создании приняли совместное участие российские урологи во главе с Д. Ю. Пушкарём и инженеры из Института конструкторско-технологической информатики РАН.

Обладатели статуса «Московский» врач получат нагрудные знаки и право на доплату в объёме 15 тысяч рублей в месяц в течение 5 лет.

Телевизионные проекты и общественные акции

Помимо этого, Любовь Алексеевна отметила проведение проекта «Пульс города», где в режиме online по телеканалу «Москва-24» на протяжении суток транслировалось оказание медицинской помощи пациентам с урологической патологией, начиная от амбулаторной и закапчивая стационарной, включая оперативные вмешательства.

Московские урологи принимают активное участие и в различных акциях, приуроченных ко Всемирному дню борьбы с раком. Так, в акции «Месяц мужского здоровья» приняли участие 66 врачей-урологов, обследовавших 949 пациентов. Помимо этого, 14 и 28 февраля 2017 года в ходе диагностических дней «Проверь свою простату» проконсультировано 280 пациентов и 105 из них направлено на биопсию предстательной железы. Также 21 мая для жительниц Москвы прошёл день открытых дверей «Урологическое здоровье женщин». И, наконец, для VI Московского форума «Москвичам — здоровый образ жизни» на ВДНХ был подготовлен стенд по урологии — тематическая площадка «Мужское здоровье», там же проходил консультативный приём граждан: за полтора дня проконсультировано 800 пациентов.

Научная деятельность

Московские урологи принимают активное участие и в научной деятельности. За последние полтора года разработано и выпущено 13 методических рекомендаций. Проводятся эпидемиологические исследования с последующей публикацией результатов в журналах ВАК. В числе последних достижений — анализ оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями предстательной железы, осложнёнными острой задержкой мочеиспускания, а также с острым пиелонефритом и макрогематурией. Помимо этого, проведена оценка симптомов и качества жизни в пациентов с симптомами нижних мочевых путей на фоне доброкачественной гиперплазии предстательной железы после трансуретральной резекции простаты (мультицентровое всероссийское исследование).

Профессиональные стандарты

В среде московских урологов активно обсуждается профессиональный стандарт по специальности «врач-уролог». За последнее время он претерпел значительные изменения. Базовая программа обучения в ординатуре сейчас составляет 2 года обучения, углублённая, необходимая для работы в стационаре, — ещё год. Таким образом, теперь будет присутствовать чёткое разделение на врачей амбулаторной и стационарной практики, в зависимости от количества лет обучения.

В мае 2017 года стартовал проект «Московский врач», реализуемый под патронатом Правительства и Департамента здравоохранения города Москвы. Его поддержали 15 главных внештатных специалистов Минздрава, и сегодня он реализуется в пилотном режиме по 15 специальностям. Для получения статуса «Московский врач» необходимо зарегистрироваться на сайте департамента и подать пакет документов. Далее специалист проходит компьютерное тестирование (необходимо дать не менее 80% правильных ответов), оценку практических навыков в симуляционном центре (не менее 80% правильных действий), решить ряд ситуационных задач и предоставить портфолио для оценки по итогам рассмотрения комиссией. Работа проекта реализуется на базе московских вузов. Это Первый московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Московский государственный медико-стоматологический университет

Ответственное Отцовство

КАКОЕ ЭТО СЧАСТЬЕ – БЫТЬ ОТЦОМ!

им. А. И. Евдокимова, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ. Также в работе принимают участие медицинские организации города Москвы.

Проект базируется на междисциплинарного подходе: так, вопросы к специалисту-урологу не будут ограничиваться лишь областью урологии. На сегодня по урологии из 36 претендентов 6 успешно прошли все этапы отбора. Всего же по Москве успешно сдали тесты 40 человек. Свидетельства о получении статуса им будет вручать лично мэр города. Также обладатели статуса «Московский врач» получат нагрудные знаки и право на доплату в объёме 15 тысяч рублей в месяц в течение 5 лет.

В мае 2017 года стартовал проект «Московский врач», реализуемый под патронатом Правительства и Департамента здравоохранения города Москвы. Его поддержали 15 главных внештатных специалистов Минздрава, и сегодня он реализуется в пилотном режиме по 15 специальностям.

В рамках пилотного проекта тесты по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» погружены в тестовые задания 15 медицинских специальностей. К различным базовым организациям прикреплены тесты по разным специальностям: так, Первый медицинский университет им. И. М. Сеченова принимает лучевую диагностику, общую практику (ВОП) и психиатрию. Университет им. А. И. Евдокимова — урологию и кардиологию. Академия непрерывного профессионального образования — хирургию, эндокринологию и травматологию. Самый большой список специальностей у медицинского университета им. Н. И. Пирогова: это акушерство и гинекология, анестезиология и реаниматология, дерматовенерология, неврология, терапия, оториноларингология, а также педиатрия. ■

Материал подготовила Ю.Г. Болдырева

URO TV

Урологическое ТВ

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

uro.tv

Энурез: достоверность и фальсификация диагноза у лиц призывного возраста

С.С. Красняк
Врач уролог-андролог, научный сотрудник отдела андрологии
НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина

В рамках учебного курса «Энурез у детей — современные подходы к диагностике и лечению» были рассмотрены тонкости выявления этой патологии и для взрослых пациентов, в частности, юношей призывного возраста. Об алгоритме достоверной диагностики недержания мочи при проведении военно-врачебной комиссии и возможных проблемах в этой области рассказал научный сотрудник отдела андрологии НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина Степан Сергеевич Красняк.

Его лекция была посвящена не только вопросам клинической диагностики и лечения недержания мочи, но и некоторым юридическим аспектам данного заболевания, поскольку энурез является одной из основных причин признания призывников негодными или ограниченно годными к службе в армии.

Юридическими основаниями связи энуреза и призыва выступают Федеральный закон «О воинской обязанности и военной службе» от 28.03.1998 N53-ФЗ, ст. 23, п.1, пп. А и Постановление Правительства РФ от 4 июля 2013 г. N565 «Об утверждении положения о военно-врачебной экспертизе». Эти два документа регламентируют порядок прохождения медицинского осмотра и медкомиссии (военно-врачебной экспертизы) и определение степени годности к воинской службе в тех или иных родах войск.

Категории годности к срочной службе

На сегодня существуют несколько категорий годности: «А» — годен к военной службе, в частях спецназа и на подводных лодках включительно; «Б» — годен с

незначительными ограничениями; «В» — ограниченно годен; «Г» — временно не годен и «Д» — не годен. Также существует отметка «ИНД», при которой категория годности к военной службе определяется индивидуально. Ночное недержание мочи или энурез проходит во всех документах по категориям «Б» и «В».

Присвоение категории «Б» означает, что на медицинском осмотре у призывника обнаружены незначительные трудности со здоровьем, которые, однако, не препятствуют военной службе: например, близорукость менее 6 диоптрий. При этом сама категория подразделяется на несколько подкатегорий, например, «Б1» означает, что призывнику нельзя служить в спецназе, морской пехоте, ВДВ и пограничных войсках, «Б2» — в танковых войсках и на флоте. «Б3» значит запрет на службу в качестве водителя или члена экипажа боевых машин пехоты, БТР и пусковых ракетных установок, в караульных и химических и зенитно-ракетных частях, а также на хранение и заправку горючего. «Б4» ограничивает службу на спецсооружениях, в частях связи и радиотехнических частях, в качестве специалистов охраны и обороны боевых ракетных комплексов, а также в ряде других случаев.

При присуждении категории «В» призывник получает освобождение от призыва в мирное время и зачисляется в запас. В военное время он подлежит призыву для укомплектования частей второй очереди. Военно-учетная специальность (ВУС) присуждается в этом случае по гражданской специальности.

Наличие энуреза у призывников: данные статистики

Энурез проходит по 87 статье расписания болезней, согласно ранее названному постановлению правительства. В случае его обнаружения на осмотре присваивается категория «В». Как сказано в постановлении, «обследование и лечение граждан при первоначальной постановке на воинский учет и призыве на военную службу, а также военнослужащих, страдающих ночным недержанием мочи, проводится в стационарных условиях с участием врача-уролога, врача-невролога, врача-дерматовенеролога и, в случае необходимости, — врача-психиатра. Таким образом, обследование на энурез может производиться только в условиях стационара. Кроме того, в том же документе уточняется: «Если ночное недержание мочи является одним из симптомов другого заболевания, заключение выносится по статье расписания болезней, предусматривающей основное

заболевание». Важно, что освидетельствование проводится тогда, когда наблюдение и результаты обследования, а также данные, полученные из военного комиссариата или воинской части, подтверждают наличие ночного недержания мочи и эффект от лечения отсутствует.

Вслед за этим нужно задать вопрос о том, так ли распространена проблема энуреза среди призывников. К сожалению, статистически подтверждается, что она присутствует довольно часто: среди всех заболеваний нервной системы, послуживших причиной освобождения от военной службы, доля энуреза составляет 26,2%. Уровень распространенности среди военнослужащих и призывников не отличается от показателей в целом по популяции: 0,6–0,7 человека на 1 тыс. мужчин.

У 93% больных экспертное заключение основывается на трехдневной пробе со снотворным и вечерней загрузкой водной нагрузкой, результат которого утром оценивает средний медицинский персонал по наличию или отсутствию влажной постели у призывников. Однако, с точно зрение Степана Сергеевича Красняка, такой метод не позволяет провести объективную диагностику данного состояния у пациентов, и больные нуждаются в дополнительном обследовании.

Экспертиза энуреза

Необходимо также понять, возможна ли в принципе объективная экспертиза энуреза. Прежде всего, вынося заключение о наличии или отсутствии этого состояния у пациента, важно обращать внимание на известные факторы риска. В первую очередь, это отягощенная наследственность (наличие энуреза у отца или матери), обнаруживаемая у 74,1% пациентов с диагностированным энурезом. Вторым по важности фактором риска являются перенесенные в перинатальном периоде травмы и заболевания, присутствующие у 36,5% больных. Кроме того, недержание мочи, согласно Международной классификации болезней, является нейрогенным нарушением, и у юношей, страдающих энурезом, в 61,8% случаев выявляется рассеянная неврологическая микросимптоматика, а в 77,6% — вегетативная дизрегуляция с преобладанием парасимпатического тонуса.

Чтобы провести объективную диагностику энуреза, прежде всего нужно обратить внимание на тщательный сбор анамнеза, клинические данные и результаты общеклинических исследований, таких как экскреторная урография,

цистоскопия, урофлуометрия, преднизолоновый тест, проба Реберга (по показаниям) и проба Зимницкого. Также проводятся более углубленные исследования, такие, как дневная электроэнцефалография, развернутый биохимический анализ крови, ультразвуковое допплерографическое исследование 4 уровней артериальных сосудов почек, воротной и почечной вены, а также электромиография с определением уровня внутриректального давления. Все эти диагностические методики позволяют объективно оценить те или иные расстройства со стороны нервной системы и тем самым увеличить либо уменьшить вероятность достоверного нахождения энуреза у пациента.

Достоверность энуреза

Можно разделить юношей призывного возраста на две группы, в первую поместив пациентов, страдающих энурезом более 9 лет и прошедших 3 стационарных обследования, а во вторую — выздоровевших со стойкой ремиссией сроком 0,5–1,5 года. Мы увидим, что большая часть больных страдает или страдала энурезом тяжелой степени (63% в первой группе и 46% — во второй). Легкая степень определяется у 13% и 34% пациентов, соответственно, а средняя — у 24% и 22%.

Проблемой является низкая достоверность данных о наличии или отсутствии в течение всей жизни ночного недержания мочи у этих двух категорий пациентов. Так, для первой группы достоверные анамнестические данные на протяжении многих лет, начиная с детства, были собраны в 82% случаев, а для второй — в 77%. Таким образом, в среднем доля фальсификации и указания недостоверных данных в историях болезни и амбулаторных данных составляет 16,6% — каждый седьмой из пациентов фальсифицировал свои медицинские записи. На это необходимо обращать внимание каждому врачу, проводящему экспертизу пациентов с подозрением на ночное недержание мочи.

Одним из достоверных симптомов ночного недержания мочи является симптом Алексеева — Шрамма. Это зияние шейки мочевого пузыря и задней уретры, видимое при цистоскопии и наблюдаемое при ослаблении тонуса внутреннего сфинктера мочевого пузыря. У юношей, страдающих энурезом более 9 лет, он обнаруживается в 30% случаев, а у тех, кто находится в ремиссии, — в 5%.

Главными критериями диагностирования энуреза должны стать

документальное подтверждение наличия его в детском возрасте (появление расстройства в 14–17 лет всегда сомнительно); преобладание ночного энуреза над дневным; наличие явлений везикоптоза или нефроптоза; наличие spina bifida posterior; увеличение объема предстательной железы свыше 28,5 см3, а также повышение уровня лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и щелочной фосфатазы, сочетающееся с дистонией почечных сосудов. Плюс к этому, объективными критериями могут являться дисфункция шейки мочевого пузыря (симптом Алексеева — Шрамма), снижение его цистометрического объема, а также положительный результат «трехдневной пробы со снотворным». С.С. Красняк подчеркнул, что в одиночку результат последней пробы не должен являться критерием стопроцентной диагностики наличия или отсутствия недержания мочи у призывника.

Алгоритм обследования призывников

Алгоритм обследования призывников с подозрением на энурез можно разделить на три уровня. Первый из них — амбулаторно-поликлинический. На нем необходимо провести пробу Зимницкого, УЗИ органов малого таза и предстательной железы, ЭКГ, урофлуометрию, рентгенографию позвоночника, экскреторную цистографию, а также консультацию невролога. Второй — стационарный — уровень должен включать проведение ЭЭГ, РЭГ, психологического тестирования, накожной ЭМГ и ректальной манометрии, ретроградной цистометрии, определение уровня общего тестостерона и лютенизирующего гормона, а также консультацию психолога. Третий уровень — специализированный стационарный. Он может включать в себя определение уровня вазопрессина, КТ, стимуляционную ЭМГ и фармакоцистометрию.

Таким образом, для диагностики состояния организма у пациентов с подозрением на ночное недержание мочи может использоваться широкий арсенал объективных симптоматик, каждая из которых вносит свой вклад в определение наличия либо отсутствия энуреза. Лишь комплексный подход может дать веские основания для вынесения объективного суждения насчет пациентов, проходящих военно-врачебную комиссию. ■

Материал подготовила Ю.Г. Болдырева

ЧАС С ВЕДУЩИМ УРОЛОГОМ

ЧАС
С ВЕДУЩИМ УРОЛОГОМ

Online-трансляция на сайте Uro.TV

Уникальная возможность задать вопрос в ПРЯМОМ ЭФИРЕ

Все темы урологии, андрологии, онкологии и других субспециальностей.

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

Спросите то, что вас давно интересует!

Стереотипы питания у пациентов с мочекаменной болезнью: провести правильную оценку и дать рекомендации

За последнее время в мире регистрируется неуклонный рост заболеваемости мочекаменной болезнью (МКБ). В Российской Федерации за период с 2002 по 2014 г. был отмечен прирост числа пациентов на +34,5 %, с 629 453 до 846 570 человек. В среднем по РФ в 2014 г. показатель числа пациентов с МКБ на 100 тыс. всего населения составил 578,8, тогда как в 2002 г. он равнялся 440,5 (+31,4 %)

Задача №1 в лечении МКБ

Такое число пациентов ложится тяжким грузом как на пациента и его семью, так и на государство в целом. Поэтому врачи многих специальностей – урологи, нефрологи, терапевты, эндокринологи – в лечении пациентов с МКБ ставят своей целью не только избавить пациента от камня мочевых путей, но и рекомендовать высокоэффективные методы метафилактики камнеобразования, снижающие частоту рецидивов МКБ. Тем не менее, метафилактика МКБ не всегда является эффективной, более того, не всегда удается диагностировать у пациента те или иные метаболические литогенные нарушения.

Одним из методов снижения риска камнеобразования является питание пациента. В рекомендациях Американской ассоциации урологов по ведению пациентов с МКБ в первом пункте указано, что специалист обязан оценивать в том числе и особенности питания пациента. В США давно отметили изменение качества и количества пищи, принимаемой людьми, а также вкусовых предпочтений. Взаимосвязь питания и МКБ доказана давно, но объективных инструментов, которые бы оценивали эту взаимосвязь – до недавнего времени практически не было.

Скажи что ты ешь – и мы расскажем о риске камнеобразования

В настоящее время с помощью оценки химического состава камня и исследования биохимических параметров мочи и крови можно выявлять причины камнеобразования и снижать количество рецидивных камней. Также необходимо оценивать

и стереотип питания пациента. Одним из самых эффективных и распространенных методов оценки стереотипа питания является опрос интересующей группы населения с помощью анкетирования. Для изучения взаимосвязи стереотипа питания и МКБ сотрудниками НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина была разработана Анкета оценки стереотипа питания (АСП). Опросник находится в свободном доступе в сети интернет на сайте www.nethealth.ru в разделе тестирования. Основная часть АСП содержит вопросы, касающиеся употребления той или иной группы продуктов. Все продукты питания разбиты на подгруппы согласно торговой классификации. Каждая группа включает продукты, наиболее часто реализуемые и употребляемые на территории РФ.

После завершения анкетирования система рассчитывает количество употребляемых в сутки элементов. Нормы потребления каждого вещества рассчитаны на 1 кг массы тела пациента и вычисляются автоматически при заполнении пациентом графы «масса тела». Полученные данные сравниваются со среднесуточной нормой потребления данных элементов среднестатистического человека.

АСП была построена на принципе, применяемом в анкете питания «Food Frequency Questionnaire sample booklet for General Nutrition Assessment», разработанной сотрудниками Онкологического научного центра им. Фреда Хатчинсона (Fred Hutchinson Cancer Research Center)

При выявлении отклонений от нормы по одному или нескольким параметрам специалист делает вывод о наличии существенных изменений в стереотипе питания. Таким образом, АСП позволяет вычислить индивидуальные нормы потребления элементов для каждого человека и в зависимости от полученных данных оценить пищевые предпочтения человека.

Электронная версия АСП помогает оценить особенности питания у пациентов с МКБ и у лиц, не страдающих уролитиазом. Заключение, выдаваемое по результатам анкетирования, позволяет подробно объяснить пациенту, употребление каких продуктов ему стоит ограничить, а употребление каких продуктов, напротив, увеличить. Также с помощью АСП возможно проведение контроляза соблюдением пациентом диетических рекомендаций.

Исследователи пришли к выводу, что данная анкета оценки стереотипа питания является эффективным методом определения диетических предпочтений пациента, а также дополнительным инструментом коррекции метаболических литогенных нарушений при МКБ. ■

Материал подготовлен В.А. Шадеркиной

Ростовский Государственный Медицинский Университет
Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии ФПК и ППС

Циклы сертификационного и тематического повышения квалификации на 2018 год

	Наименование цикла	*Контингент*	*Сроки проведения цикла*	*Объем в часах*
1	Урология (сертификационный)	Урологи	09.01 – 06.03	288
2	Актуальные вопросы репродуктологии человека	Врачи-специалисты	09.01 – 05.02	144
3	Эндокринная уроандрология	Врачи-специалисты	05.02 – 05.03	144
4	Избранные вопросы детской андрологии	Врачи-специалисты	06.03 – 03.04	144
5	Сексуальные нарушения у мужчин	Врачи-специалисты	06.03 – 03.04	144
6	Воспалительные заболевания мочевых путей и репродуктивных органов	Урологи, врачи-специалисты	12.03 – 17.03	36
7	Врожденные аномалии репродуктивной и мочевыделительной системы	Детские урологи	26.03 – 31.03	36
8	Избранные вопросы урологии в практике врача ЦРБ	Врачи-специалисты	03.04 –30.04	144
9	Детская урология-андрология	Детские урологи	03.05 – 29.06	288
10	Эндокринная уроандрология	Врачи-специалисты	03.05 – 31.05	144
11	СНМП и заболевания асоциированные с СНМП	Врачи-специалисты	01.06 – 29.06	144
12	Актуальные вопросы репродуктологии человека	Врачи-специалисты	03.09 – 29.09	144
13	Эндокринная уроандрология	Врачи-специалисты	01.10 – 27.10	144
14	Андрология	Врачи-специалисты	29.10 – 26.11	144
15	Урология (сертификационный)	Урологи	29.10 – 24.12	288
16	Врожденные аномалии репродуктивной и мочевыделительной системы	Детские урологи	12.11 – 17.11	36
17	Воспалительные заболевания мочевых путей и репродуктивных органов	Урологи, врачи-специалисты	19.11 – 24.11	36
18	Лапароскопия в урологии	Врачи-специалисты	27.11 – 24.12	144
19	Избранные вопросы урологии в практике врача ЦРБ	Врачи-специалисты	27.11 – 24.12	144
20	Сексуальные нарушения у мужчин	Врачи-специалисты	27.11 – 24.12	144

Циклы повышения квалификации в системе непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России для аккредитации специалистов (с обязательной регистрацией на портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России - https://edu.rosminzdrav.ru/) на 2018 год

	Наименование цикла	*Контингент*	*Сроки проведения цикла*	*Объем в часах*
1	Воспалительные заболевания мочевых путей и репродуктивных органов	Урологи, врачи-специалисты	15.01 – 20.01	36
2	Воспалительные заболевания мочевых путей и репродуктивных органов	Урологи, врачи-специалисты	12.03 – 17.03	36
3	Врожденные аномалии репродуктивной и мочевыделительной системы	Детские урологи	26.03 – 31.03	36
4	Врожденные аномалии репродуктивной и мочевыделительной системы	Детские урологи	14.05 – 19.05	36
5	Врожденные аномалии репродуктивной и мочевыделительной системы	Детские урологи	10.09 – 15.09	36
6	Врожденные аномалии репродуктивной и мочевыделительной системы	Детские урологи	12.11 – 17.11	36
7	Воспалительные заболевания мочевых путей и репродуктивных органов	Урологи, врачи-специалисты	19.11 – 24.11	36
8	Воспалительные заболевания мочевых путей и репродуктивных органов	Урологи, врачи-специалисты	17.12 – 22.12	36

По вопросам обращаться:

Заведующий кафедрой: Коган Михаил Иосифович, д.м.н., профессор;
тел.: 201-44-48, e-mail: dept_kogan@mail.ru

Начальник учебной части: Чибичян Микаел Бедросович, д.м.н., доцент;
тел.: 89282267869, e-mail: michel_dept@mail.ru

Перечень документов для прохождения обучения и стоимость циклов указаны на сайте http://rostgmu.ru, в разделе последипломное образование.

Врачи Ростовской области, Дагестана, Республики Северная Осетия-Алания, Ингушетии, Кабардино-Балкарии могут обучаться на бюджетной основе.

Запись на циклы осуществляется по адресу:

344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29; тел.: 201-44-48

Кафедра урологии и хирургической андрологи РМАПО

Учебный план
2018 год

Наименование цикла	*Контингент*	*Сроки проведения цикла*	*Объем в часах*
Урология ПК* Соколов А.Е.	*40 курсантов* Врачи-урологи ЛПМО очная 1.00	15.01- 10.02	144
Андрология ПК Богданов А.Б.	*12 курсантов* Врачи-урологи ЛПМО очная 0,50	19.02-05.03	72
Урология ПК* Соколов А.Е.	*40 курсантов* Врачи урологи ЛПМО очная 1.00	12.03-07.04	144
Урогинекология ПК Серегин А.А.	*12 курсантов* Врачи-урологи, акушеры-гинекологи, ЛПМО очная 0,25	16.04-21.04	36
Урология ПК Голубцова Е.Н.	*40 курсантов* Врачи-урологи ЛПМО очная 1.00	07.05-04.06	144
Урология ПК* Серегин И.В.	*40 курсантов* Врачи-урологи ЛПМО очная 1.00	03.09-29.09	144
Онкоурология Соколов А.Е.	*12 курсантов* Врачи-урологи, хирурги, онкологи, ЛПМО очная 0,50	01.10-13.10	72
Урология ПК Голубцова Е.Н.	*40 курсантов* Врачи-урологи ЛПМО очная 1.00	15.10-12.11	144
Избранные вопросы урологии ПК Серегин А.А.	*12 курсантов* Преподаватели медицинских ВУЗов и образовательных учреждений ДПО очная 0,50	12.11-24.11	72
Урология ПК Богданов А.Б.	*39 курсантов* Врачи-урологи ЛПМО очная 1.00	26.11-22.12	144

Запись на циклы осуществляется по адресу:

Москва, 2-й Боткинский проезд, 5, ГБУЗ Городская клиническая больница им. С.П. Боткина

Зав. кафедрой Лоран Олег Борисович, академик РАН, д.м.н, профессор.

Зав. учебной частью Лукьянов Игорь Вячеславович

+7-925-514-55-31 i.v.lukianov@mail.ru

SHPHARMA

source of healing

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

Учебный план циклов непрерывного медицинского образования (НМО) на курсе постдипломного обучения кафедры урологии ФГБОУ ВО

2018 год

Наименование образовательной программы	*Длительность (часы)*	*Даты проведения*
Современные подходы к диагностике и лечению инфекций мочевых путей и мужских половых органов	36	19.02 – 24.02.2018 19.03 – 24.03.2018 24.09 – 29.09.2018
Современные аспекты клинической андрологии	36	22.10 – 27.10.2018
Современные аспекты нейроурологии. Уродинамические методы исследования	36	23.04 – 28.04.2018 19.11 – 24.11.2018
Эндовидеохирургическое лечение урологических заболеваний	36	04.06 – 09.06.2018 17.12 – 22.12.2018

Циклы продолжительностью 36 часов
включены в систему непрерывного медицинского образования (НМО) и предназначены для врачей, получивших сертификат после 01.01.2016

Все циклы внесены в реестр образовательных программ Министерства здравоохранения РФ

Запись на циклы осуществляется по адресу:

Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 17, 3-й этаж.
Кафедра урологии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова.
Тел. (812) 338-69-36, +7-921-879-89-58, +7-921-956-36-72.
E-mail: urolog.kaf@mail.ru

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

Учебный план циклов квалификации врачей-урологов на курсе постдипломного обучения кафедры урологии ФГБОУ ВО

2018 год

Наименование образовательной программы	*Даты проведения*
Современная клиническая урология	29.01 – 24.02.2018
Современная клиническая урология	26.02 – 24.03.2018
Современная клиническая урология. Нейроурология и уродинамика	02.04 -28.04.2018
Эндоурология и лапароскопия	14.05 -09.06.2018
Современная клиническая урология.	03.09 – 29.09.2018
Клиническая андрология	01.10 – 27.10.2018
Современная клиническая урология. Нейроурология и уродинамика	29.10 – 24.11.2018
Эндоурология и лапароскопия	26.11 – 22.12.2018

Для сотрудников бюджетных учреждений здравоохранения прохождение циклов бесплатно.

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

Все циклы внесены в реестр образовательных программ Министерства здравоохранения РФ.

Запись на циклы осуществляется по адресу:

Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 17, 3-й этаж.
Кафедра урологии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова.
Тел. (812) 338-69-36, +7-921-879-89-58, +7-921-956-36-72.
E-mail: urolog.kaf@mail.ru

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ МИНЗДРАВА РФ

Учебно-производственный план по дополнительному образованию врачей кафедры урологии

2018 год

Специальность	Наименование цикла	Вид обучения (ПК, ПП)	Контингент	Дата начала цикла	Дата окончания цикла	Продолжительность в часах	Количество слушателей	Число курсанто-часов
Урология	Неотложная урология для врачей хирургического профиля	ПК	врачи	15.01.2018	29.01.2018	72	10	4
	Урология	ПК	врачи	30.01.2018	30.03.2018	288	20	40
	Оперативная и неотложная урология	ПК	врачи	02.04.2018	30.05.2018	288	18	36
	Урология	ПК	врачи	01.06.2018	27.07.2018	288	18	36
	Лапароскопическая урология	ПК	врачи	30.07.2018	24.09.2018	288	15	30
	Уродинамика и нейроурология	ПК	врачи	07.09.2018	05.10.2018	144	10	10
	Урология	ПК	врачи	21.09.2018	16.11.2018	288	18	36
	Андрология	ПК	врачи	19.11.2018	21.12.2018	144	14	14
							123	206

Контакты:

Зав. учебной частью, д.м.н., проф. Игорь Валерьевич Михайлов docmiv@mail.ru

Секретарь профессора В. Л. Медведева –

Нина Владимировна Ужбанокова nina_012@mail.ru

Запись на циклы осуществляется по адресу:

350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4

Тел.(861)268-36-84 Факс (861)268-32-84

e-mail: corpus@ksma.ru

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ

УРОЛОГИЯ

ECUro.ru

www.ecuro.ru

Включен в обновленный список ВАК от 2017 года

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

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

Абстракты на английском языке в печатной версии журнала.

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

© ECUro.ru — официальный сайт журнала "Экспериментальная и клиническая урология", 2009-2016 г

111020 Москва, ул. Боровая, влад. 18, каб. 104

Медицинский туризм в России и за рубежом

Исследовательская компания MAR CONSULT выяснила мнение российских врачей о медицинском туризме в России и за рубежом.

70% врачей считают, что Россия не является страной с развитым медицинским туризмом, четверть докторов не согласны с этим утверждением.

Последние назвали медицинские услуги, которые наиболее востребованы у иностранцев: 27% – кардиология и кардиохирургия, 22% – стоматология, 11% – оперативное лечение, 6% – репродуктивная медицина и гинекология, и реже другие услуги.

По мнению врачей, медицинский туризм наиболее развит в Германии – 58%, Израиле – 56%, США – 7% и реже в других странах.

При наличии у пациента материальной возможности получать лечение в любой стране, 37% докторов рекомендуют при онкологических заболеваниях обращаться за рубеж. В случае сердечно-сосудистых заболеваний, включая требующих хирургического вмешательства, 48% докторов рекомендуют лечение именно в России. 14% врачей уверены, что качественную медицинскую помощь по любым направлениям можно получить в России и ехать никуда не надо.

«В России, безусловно, есть качественная медицина, но её не просто отыскать и отличить от некачественной. Если в Германии, к примеру, стоимость услуг растет пропорционально их объему, то в России не всегда понятно, из чего складывается стоимость, и влечет ли она за собой их добросовестное оказание. Как мы видим, даже сами медики, от части, рекомендуют лечиться за границей», – прокомментировал Дмитрий Шиманова, генеральный директор исследовательской компании MAR CONSULT ■.

MAR CONSULT (www.marconsult.ru)

В опросе приняли участие 260 докторов (терапевты, кардиологи) в 20 регионах России, включая Москву и Санкт-Петербург. Опрос проведен в августе 2017 года.

EverCare

Мобильные технологии здоровья!

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

www.evercare.ru

Детское здравоохранение: далеко от идеала?

Исследовательская компания MAR CONSULT выяснила мнение российских врачей о возможном повсеместном внедрении бесплатной детской медицины.

У семей должна быть возможность получить любые виды медицинской помощи с высоким уровнем качества за счет государства – с этим утверждением согласны абсолютное большинство докторов (96%), 3% – скорее не поддерживают такую инициативу. Они объясняют свою позицию тем, что в системе оказания медицинских услуг ребенок такой же пациент, как и все остальные, платные медицинские услуги – обычная практика цивилизованных стран, государство должно обеспечивать только получение высокотехнологичной помощи, увеличится количество необоснованных вызовов и обращений и другими причинами.

В опросе приняли участие 500 докторов (терапевты, педиатры, кардиологи, пульмонологи, аллергологи) в 45 регионах России, включая Москву и Санкт-Петербург. Опрос проведен в августе 2017 года.

Половина опрошенных врачей (51%) считает, что сделать бесплатное детское здравоохранение в России вполне реально. При этом, по их мнению, некоторые виды медицинской помощи всё-таки могут оставаться платными: диагностика заболеваний / анализы / УЗИ / МРТ – 10%, дорогостоящая медпомощь (заведомо маловероятно, что государство будет покрывать эти расходы) – 10%, косметическая / пластическая хирургия – 7%, стоматологические услуги – 7%, физиотерапия / реабилитация / массаж – 5% и реже другие, включая: аллергопробы, санаторно-курортное лечение, психологическая помощь, ортопедия / протезирование.

Сегодняшнюю ситуацию в России с детским здравоохранением половина докторов оценивают, как далекую от идеала – 52% (если принять за идеал ситуацию, когда любая медицинская помощь действительно оказывается всем детям за счет государства в нужном объеме и на хорошем уровне), 36% – отмечают, что детская медицина находится где-то посередине между хорошей и плохой.

Половина опрошенных врачей (51%) считает, что сделать бесплатное детское здравоохранение в России вполне реально

«Существующую систему можно и нужно совершенствовать. Финансирование любых видов медицинской помощи детям в требуемом объеме звучит как большое преувеличение. Для начала важно обеспечить должный уровень качества оказания тех медицинских услуг, которые уже оплачиваются государством. Остальное – уже следующие этапы. При этом все, что делается за счет государства, должно быть строго регламентировано. Регламент – это в известной степени упрощение, поэтому масса частных случаев все равно останется «за рамками». Также важно учитывать приоритеты. Стоимость лечения некоторых состояний очень высока, и если стоимость лечения одного пациента покроет стоимость лечения тысячи других, то эффективнее лечить тысячу. Выделение государственного бюджета на лечение всех от всего – экономически нежизнеспособная модель», – прокомментировала Ксения Медведева, руководитель департамента исследований в медицине и фармацевтике MAR CONSULT.

MAR CONSULT (www.marconsult.ru)

Лечение антибиотиками неэффективно: мнение врачей

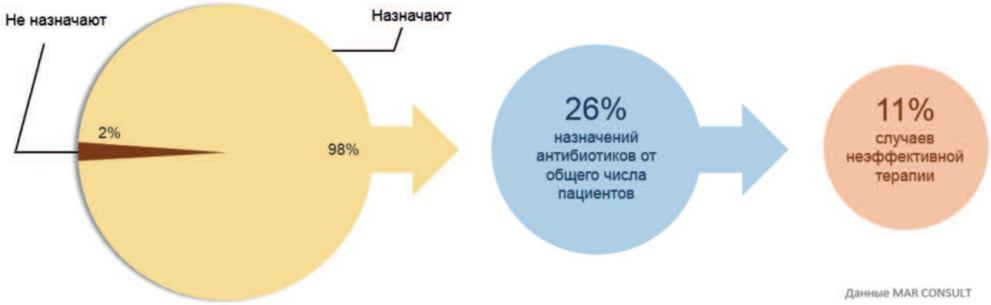
Исследовательская компания MAR CONSULT выяснила мнение российских врачей о проблеме неэффективности лечения антибиотиками.

Практически все опрошенные врачи (98%) назначают антибиотики пациентам.

Среди основных диагнозов, при которых назначают антибиотики: пневмония / бронхит / ХОБЛ – 92%, ангина / тонзиллит / фарингит – 49%, инфекция мочевыводящих путей (цистит, пиелонефрит) – 35%, гайморит / синусит – 11%, отит – 9%, гастрит / язвенная болезнь желудка – 7% и другие.

В опросе приняли участие 150 докторов (терапевты, педиатры) в 30 регионах России, включая Москву и Санкт-Петербург. Опрос проведен в августе 2017 года.

Антибиотики прописывают четверти (26%) от общего количества пациентов в месяц, при этом в 11% случаев терапия оказывается неэффективной.



Врачи назвали основные причины неэффективности лечения антибиотиками: эволюционирование штаммов вирусов и выработка устойчивости к антибиотику – 53%, несоблюдение пациентами режима приема (проходят курс не до конца, не соблюдают требуемую дозу) – 38%, частный и необоснованный прием – 6%.

В случае неэффективности врачи в 81% случаев меняют антибиотик, в 15% – продлевают курс ранее назначенных антибиотиков, в 4% – применяют другую тактику, в том числе увеличивают дозировку, добавляют второй антибиотик, меняют способ введения с перорального на инъекционный, проверяют чувствительность на микрофлору, рекомендуют обратиться к узкому специалисту, проверяю следует ли пациент рекомендациям / выполняет ли их.

«Десятая часть пациентов, у которых терапия антибиотиками неэффективна – это не маленькая доля, но и не пугающая – в других категориях лекарственных средств она, вероятно, не меньше. При этом 44% докторов считают основной причиной неэффективности вовсе не эволюционирование штаммов вирусов и выработку устойчивости вируса к антибиотику, а безалаберность пациентов, то есть из этих 11% пациентов, у которых антибактериальная терапия неэффективна – антибиотикорезистентность есть лишь у части», – комментирует Ксеня Медведева, руководитель департамента исследований в медицине и фармацевтике MAR CONSULT.

MAR CONSULT (www.marconsult.ru

Etta

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

Экспресс-анализ мочи

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

Вес: 180 г
300 анализов на одном заряде батареи
Ресурс: 5000 исследований
Гарантия 12 месяцев
Беспроводной протокол передачи данных
Простота эксплуатации
Результат за 1 минуту
Бесплатное мобильное приложение

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

11 исследуемых параметров

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

Производитель ООО «ЭТТА»
ettagroup.ru

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

Редакция дайджеста:

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

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

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

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

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

При полной или частичной перепечатке материалов ссылка на Дайджест обязательна!

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

UroMedia

Издательский дом «УроМедиа»