

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ:

Юридические риски
при проведении
мастер-классов
и «живой» хирургии

Прогностические
факторы
выживаемости
больных с РПЖ

Правила выписки и
получения средств
индивидуальной
реабилитации при
нейрогенной дисфункции
мочеиспускания в РФ

Аккредитация врачей:
кто платит, как и за что?

ТЕМА НОМЕРА:

**ПРОФЕССОР И.С. ШОРМАНОВ:
ОСТРЫЙ ЭПИДИДИМИТ: ЧТО НОВОГО?**





- уникальное современное решение в терапии оксалатного нефролитиаза
- активные компоненты комплекса ОКСАЛИТ способствуют растворению и профилактике образования оксалатных камней в органах мочевыводящей системы
- аналогов на рынке нет

ОКСАЛИТ

В ПОЧКАХ СТАЛАКТИТЫ РАСТВОРИТ



Свидетельство о государственной регистрации № RU.77.99.88.003.E.001471.04.18

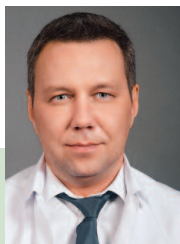
БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ



Тема номера:

·» Острый эпидидимит: что нового?	2
·» Проведение мастер-классов с «живой хирургией»: юридические аспекты. А вы соблюдаете все законы?	12
·» Прогностические факторы выживаемости больных при раке предстательной железы.....	40
·» Эректильная дисфункция – что нового в 2018 году.....	46
·» Новые рекомендации Европейской академии андрологии по состоянию костного метаболизма у амбулаторных андрологических пациентов.....	50
·» Глобулин, связывающий половые гормоны (ГСПГ), андрогенный дефицит и уровень общего тестостерона	52
·» Половые гормоны и употребление алкоголя.....	54
·» Правила выписки и получения средств индивидуальной реабилитации при нейрогенной дисфункции мочеиспускания в РФ.....	56
·» Доброкачественная гиперплазия предстательной железы и простатит: реальная клиническая практика, с какими сложностями сталкивается уролог?	60
·» Аккредитация врачей: кто платит, как и за что.	68
·» Будущее здравоохранения уже здесь: примеры реализованных проектов.	72
·» Имеет ли врач право отказаться от пациента?	78

Острый эпидидимит: что нового?



И.С. Шорманов

Д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии и нефрологии
Ярославской государственной медицинской академии

Общая урология и амбулаторный прием уролога практически всегда сопровождаются приемом пациентов с острыми заболеваниями органов мошонки. Острый эпидидимит, орхит или их сочетание, – могут стать достаточно серьезным состоянием, требующим госпитализации пациента. Такое заболевание, осложняющееся в ряде случаев развитием мужского бесплодия, должно находиться под особым контролем уролога. Редакция Дайджеста урологии обсудила актуальность уже известных и внедрение новых методов лечения острого эпидидимита с заведующим кафедрой урологии и нефрологии Ярославской государственной медицинской академии д.м.н., профессором Игорем Сергеевичем Шормановым.

Как часто на амбулаторный прием обращаются пациенты с острым эпидидимитом?

И.С. Шорманов: В структуре экстренной урологической заболеваемости доля острого эпидидимита составляет от 4,6 до 10,2%. По результатам исследований, проведенных в США, острый эпидидимит стал пятым по частоте встречаемости урологическим диагнозом у мужчин в возрасте от 18 до 50 лет. При этом ежегодно в медицинские учреждения США обращается более 600 000 мужчин, страдающих острым эпидидимитом. Заболевание преимущественно носит односторонний характер, двусторонний процесс наблюдается у 9% больных. Распространение воспалительного процесса на яичко с развитием острого эпидидимоорхита наблюдается, по разным данным, в 10% – 58% случаев.

Мужчины какого возраста чаще всего обращаются с этой проблемой?

И.С. Шорманов: Большинство авторов сходятся во мнении, что, наиболее часто (до 80% случаев), острым эпидидимитом заболевают мужчины в возрасте от 20 до 40 лет. Но, разные авторы в разных литературных источниках приводят несколько от-



личающиеся данные. Средний возраст больных острым эпидидимитом, по данным исследования, проведенного в Лондоне, составляет 28 лет. Kaver с соавт. (1990), основываясь на анализе истории болезни, приводит другие данные – распределение пациентов с острым эпидидимитом по возрасту в его исследовании носило бимодальный характер, а пики заболеваемости приходились на возраст с 16 до 30 лет и с 51 до 70 лет.

У лиц, не достигших половой зрелости, острый эпидидимит встречается значительно реже. По данным исследования, выполненного в Израиле, ежегодная заболеваемость эпидидимитом у мальчиков от 2 до 13 лет составляет 1,2 на 1000 человек. При этом, чаще всего он возникает как реакция на системные воспалительные заболевания и имеет доброкачественное течение.

Изменились ли взгляды на этиологию и патогенез заболевания?

И.С. Шорманов: Исторически, большинство случаев заболеваемости острым эпидидимитом у мужчин репродуктивного возраста считали идиопатическими, полагая, что причиной является рефлюкс стерильной мочи в семявыносящий проток во время форсированного выдавливания мочи через закрытый наружный сфинктер уретры. Graves и Engel (1950 г.) даже смоделировали данное состояние на собаках, подтвердив эту теорию. Однако, в последующем было показано, что такое форсированное мочеиспускание имеет место менее чем у 10% пациентов. Кроме этого, было продемонстрировано, что при рефлюксе стерильной мочи ни пиурия, ни уретрит развиваться не могут, вместе с тем, данные симптомы присутствуют у большинства молодых пациентов с эпидидимитом.

Результаты исследований последних лет показали, что у молодых мужчин в возрасте до 35 лет эпидидимит и орхоэпидидимит чаще всего вызывают возбудители инфекций, передаваемых половым путем, такие как *Chlamydia trachomatis* или *Neisseria gonorrhoeae*, в то время как у пожилых пациентов эпидидимит обычно вызван грам-отрицательной кишечной флорой.

С чем связано различие этиологических микроорганизмов у молодых и пожилых мужчин?

И.С. Шорманов: У мужчин старшей возрастной группы частыми возбудителями эпидидимита становятся микроорганизмы, обнаруживаемые в моче. Причиной этому являются обструктивные заболевания нижних мочевых путей – стриктуры уретры, обструкция шейки мочевого пузыря, доброкачественная гиперплазия предстательной ■

железы. При этих заболеваниях неполное опорожнение мочевого пузыря, повышение давления в задней уретре во время мочеиспускания способствуют рефлюксу инфицированной мочи в семявыбрасывающий проток и развитию эпидидимита. Наиболее часто этиологическим фактором в этой возрастной группе выступает *Escherichia coli*, ее выявляют у 32%-55% пациентов с острым эпидидимитом. Встречаются и другие уропатогены – *Enterococcus faecalis*, *Proteus mirabilis*, *Pseudomonas aeruginosa*.

В исследовании Миронова В. Н. (2003 г.), в результате использования бактериоскопических, бактериологических методов исследования и ПЦР-диагностики, этиологический агент острого эпидидимита удалось выявить у 75% обследованных больных. При этом у мужчин моложе 45 лет преимущественное значение в этиологии острого эпидидимита имели инфекционные агенты, передающиеся половым путем (*Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium* и др.), в 25% случаев обнаруживалась условно-патогенная микрофлора, а у подавляющего большинства больных наблюдалось сочетание двух вышеуказанных видов микроорганизмов. У пациентов старшей возрастной группы выявляется как сапрофитная микрофлора в виде стафилококков (*Staphylococcus epidermalis*, *Staphylococcus saprophyticus*), так и грамотрицательная условно-патогенная микрофлора.

Схожие данные были получены в исследовании Разиной С. Е. (2010 г.) – возбудители инфекции передающихся половым путем (*N.gonorrhoeae*, *C.trachomatis*, *T.vaginalis*), являлись этиологическим фактором острого эпидидимита в 43,2% наблюдений (преимущественно в возрастной группе до 35 лет). В возрастной группе старше 35 лет этиологическая структура острого эпидидимита была иной – *E.coli* (34,9%), *Proteus mirabilis* и *Staphylococcus spp.* (по 27,9%).

Имеют ли значение в развитии острого воспалительного процесса в придатке яичка инфекции, передающиеся половым путем?

И.С. Шорманов: Несомненно, ИППП играют свою отрицательную роль в развитии этого заболевания, но дискуссии по этому поводу в научных кругах до сих пор не прекращаются. При остром эпидидимите у пациентов в возрасте моложе 40 лет *U. urealyticum* обнаруживается в 15% наблюдений, однако клиническое значение данного микроорганизма в настоящее время остается неопределенным, так как *U. urealyticum* выявляются у значительного количества здоровых лиц.

В последнее десятилетие активно изучается роль *M.genitalium* в развитии воспалительных урогенитальных заболеваний лиц обоего пола, но убедительные доказательства получены лишь о причастности микроорганизма к негонококковому уретриту у мужчин.

Какие ятрогенные манипуляции приводят к развитию о. эпидидимита?

И.С. Шорманов: Инфекционный эпидидимит может также развиваться как результат различных медицинских манипуляций и хирургических вмешательств на мочевых путях, таких как катетеризация мочевого пузыря, постоянное трансуретральное дренирование, цистоскопия, хирургические операции на предстательной железе. По данным отечественных исследований острый эпидидимит осложняет течение 1,8-7,8% трансуретральных оперативных вмешательств, при этом если имеет место цистостомический дренаж или до операции выполнялась катетеризация мочевого пузыря, то частота осложнения возрастает до 19%.

По современным теориям как попадают патогенные микроорганизмы в придаток?

И.С. Шорманов: Описано 4 возможных пути попадания инфекционных агентов в придаток яичка: 1) гематогенный (развитию эпидидимита предшествует ангина, гайморит, фурункулез, сепсис и другие инфекционные состояния); 2) лимфогенный; 3) каналикулярный – по семявыносящему протоку; 4) секреторный – эпидидимиту предшествует орхит (этот путь типичен для вирусной природы заболевания). Большинство авторов указывают на то, что наиболее частым является каналикулярный путь.

О преобладании каналикулярного пути распространения инфекции свидетельствуют и клинические наблюдения: при эпидидимоорхите, в первую очередь, всегда поражается придаток яичка, а деструктивные изменения чаще возникают в хвосте придатка, чем в головке.

Примерно 10% случаев воспаления придатка яичка относятся к посттравматическому эпидидимиту, который развивается на фоне травмы органов мошонки, чаще осложненной разрывом яичка, инфарктом тестикулярной паренхимы или интратестикулярной гематомой, а также после оперативных вмешательств на яичке и придатке.

Морфологические изменения в начальной стадии острого эпидидимита представлены инфильтрацией межуточной ткани придатка, отеком и утолщением его оболочки, скоплением в просвете придатка серозного экссудата.

Частым и закономерным осложнением острого эпидидимита является развитие орхита, что обусловлено, как непосредственным распространением воспалительного процесса в сторону яичка перивазальным и интерстициальным путем, так и опосредовано, в силу механических факторов – нарушения кровообращения, лимфообращения, компрессии яичка, стаза и гипертензии в протоках и семенных каналах. При этом в яичке происходят аналогичные изменения – инфильтрация ■

стромы лейкоцитами, скопление экссудата в канальцах, утолщение белочной оболочки.

При прогрессировании заболевания процесс переходит в гнойную форму с образованием микроабсцессов, абсцесса придатка яичка, либо интратестикулярного абсцесса, которые осложняют течение острого эпидидимита у 3-8% больных. Ограниченные абсцессы могут заканчиваться самоизлечением с исходом в рубцевание или обызвествление, но чаще приводят к очаговому или диффузному склерозу яичка или придатка. Воспалительный процесс в придатке, может заканчиваться облитерацией протока придатка, что при двустороннем процессе становится причиной бесплодия.

Какие общие механизмы играют роль при остром эпидидимите?

И.С. Шорманов: Определенную роль в патогенезе острого эпидидимита играют транзиторные иммунные нарушения. В литературе представлены различные данные о характере иммунных изменений у больных острым эпидидимитом, нередко носящие противоречивый характер. Одни авторы считают важным моментом изменение иммунного статуса пациентов, наличие аутоиммунной перестройки организма – появление спермальных агглютинирующих антител, относящихся к классу IgG и IgM, а также иммуномобилизирующие антитела, связывающие С3 компонент комплемента. Другие авторы обращают внимание на нарушения органного кровотока, как в придатке, так и в яичке, о чем свидетельствует увеличение показателей кровотока в артериях яичка на стороне поражения на 40-90% по сравнению с нормой. Схожие данные были получены и в ряде других исследований, что позволило считать усиление кровотока важным критерием диагностики острого эпидидимита. Тяжелый эпидидимит может проводить к ишемии ткани яичек, как за счет вовлечения в воспалительный процесс ткани яичка, а так за счет сдавления кровеносных сосудов яичка отеком тканью придатка.

Насколько выраженно влияет перенесенный острый эпидидимит на репродуктивную функцию мужчин?

И.С. Шорманов: В результате перенесенного острого воспаления у 15% пациентов формируется хронический воспалительный процесс в придатке яичка, который, в свою очередь, является причиной склеротических, дистрофических изменений в придатке яичка, нарушения проходимости семявыносящих протоков, ведущих к развитию обструктивного бесплодия. Частота развития бесплодия после перенесенного орхоэпидидимита составляет 20-35% при одностороннем поражении и 80-87% при двустороннем процессе, по другим данным эта цифра составляет порядка 72- 76,6%.



Наиболее часто бесплодие после перенесенного острого эпидидимита носит экскреторный обструктивный характер, связанный с обструкцией протока придатка и составляет 10,5% всех случаев мужского бесплодия. Патогенез нарушения сперматогенеза при эпидидимите изучен недостаточно. В ряде случаев, причины infertility идентифицируются довольно легко, однако примерно в 30 – 50% случаев определение этиологического фактора оказывается весьма затруднительным или невозможным.

Какие параметры эякулята изменяются после острого эпидидимита?

И.С. Шорманов: Перенесенный воспалительный процесс в придатке яичка приводит к снижению общего количества сперматозоидов в эякуляте, увеличению числа патологических форм, клеток спермиогенеза. В последнее время большое внимание уделяется аутоиммунному механизму развития бесплодия при остром эпидидимите. Нарушение целостности гематотестикулярного барьера открывает доступ иммунокомпетентных клеток к аутоантигенам развивающихся сперматогенных клеток, что ведет к сенсибилизации и выработке АСАТ с последующим переносом аутоиммунного процесса на контрлатеральный орган и развитием аутоиммунного орхита.

Изменились ли терапевтические подходы при остром эпидидимите? Появились ли новые методы лечения и какие?

И.С. Шорманов: Базисом лечения острого эпидидимита и эпидидимоорхита остается антибактериальная терапия, что вполне понятно. Европейская ассоциация урологов рекомендует фторхинолоны в качестве препаратов выбора для лечения острого эпидидимита. При этом преимущество предлагается отдавать фторхинолонам, действующим на *C. trachomatis* (например, офлоксацин, левофлоксацин), благодаря их широкому спектру активности и хорошему проникновению в ткани мочеполовой системы. При выявлении в качестве возбудителя *C. trachomatis* терапию можно проводить доксициклином в дозе 200 мг/сут при этом общая длительность лечения должна составлять минимум 2 недели. В качестве альтернативных препаратов могут применяться макролиды (степень рекомендаций С).

Наряду с антибактериальной терапией применяют комплекс других лечебных воздействий. Обязательным является придание мошонки возвышенного фиксированного положения, соблюдение постельного режима.

Не всегда удовлетворительные результаты лечения острого эпидидимита, посредством антибактериальной терапии, в виде частого перехода заболевания в ■

хроническую форму, образования длительно нерассасывающихся инфильтратов и развитием рубцово-спаечных изменений приводящих в последующем к нарушению фертильности побудили многих авторов предлагать и исследовать дополнительные методики, направленные на улучшение результатов консервативной терапии.

Шакир Ф. (2005 г.) использовал для улучшения результатов лечения острого эпидидимита метод непрямого электрохимического окисления крови, который заключается во внутривенном введении 0,06% раствора гипохлорита натрия. В результате, автору удалось добиться снижения частоты оргоуносящих оперативных вмешательств на 11%, что, по его мнению, является показателем высокой эффективности предложенной методики, обусловленной поливалентным действием – дезагрегационным, антикоагулянтным, антигипоксическим, бактерицидным, способностью стимулировать клеточный иммунитет и фагоцитоз.

По данным ряда авторов улучшения результатов лечения острого эпидидимита, можно добиться путем включения в состав терапии лазерно-магнитного воздействия на мошонку, которое позволяет сократить длительность острой фазы воспаления более чем в 2 раза, повысить резистентность тканей яичка к вторичной альтерации и коррегировать нарушения эндокринного и иммунного статуса.

В настоящее время активно изучается возможность использования фотодинамической терапии в комплексном лечении эпидидимоорхитов. Исследования показали, что данная методика позволяет в два раза эффективней купировать острые воспалительные изменения, что в свою очередь сокращает длительность нахождения больных в стационаре и к ускорению их социальной реабилитации.

Когда показано хирургическое лечение эпидидимита?

И.С. Шорманов: Показания к оперативному лечению при развитии острого эпидидимита и его объем до сих пор остаются предметом дискуссии. Существует точка зрения, согласно которой оперативному лечению подлежат все больные острым эпидидимитом вне зависимости от возраста, этиологии и тяжести заболевания. Сторонники такого подхода утверждают, что оперативная тактика позволяет своевременно диагностировать ишемические поражения органов мошонки (перекрут яичка или гидатиды Морганьи), а также дает возможность быстрее купировать воспалительный процесс и сократить сроки пребывания больных в стационаре в 2-3 раза. Изучение авторами отдаленных результатов лечения больных с острым эпидидимитом в сроки от 2 до 4 лет, показало лучшие показатели спермограммы и эректильной функции у пациентов, перенесших оперативное лечение в сравнении с больными, получавшими консервативную терапию.



Другие авторы (Арбулиев М. Г. С соавт., 2008), на основании собственных исследований, считают целесообразным проведение раннего оперативного лечения только при тяжелой форме заболевания (согласно классификации Федорченко). При этом, тотальный воспалительно-гнойный процесс в придатке является показанием к эпидидимэктомии, ограниченный – к резекции придатка, а некроз яичка или гнойное его расплавление – к орхэктомии. В отсутствии явных признаков деструкции при тяжелой форме заболевания авторы рекомендуют использовать разработанный ими метод насечек, который заключается в нанесении па придаток и белочную оболочку множественных разрезов до 5 мм. Предполагается, что ультразвуковое исследование и визуальный контроль не позволяют выявить мелкие абсцессы, которые в последующем обнаруживаются при гистологическом исследовании, при этом нанесение насечек позволяет вскрыть микроабсцессы и произвести декомпрессию органа, что благоприятно сказывается на течении заболевания. Необходимость проведения ранних малоинвазивных вмешательств (нанесение насечек) при первых признаках перехода процесса в гнойно-деструктивную стадию находит подтверждение в исследованиях Корюкова Д. В. (2010), при этом для выявления для выявления очагов деструкции автор рекомендует МРТ.

Суммируя изложенное, можно констатировать, что в лечении острого эпидидимита на сегодняшний день наибольшее распространение получила консервативно-выжидательная тактика. Она подразумевает консервативную терапию и применение оперативного вмешательства лишь при развитии гнойных осложнений. В то же время не всегда удовлетворительные результаты консервативной терапии и высокая частота нарушений репродуктивной функции после перенесенного острого эпидидимита повлекли за собой разработку многочисленных методов направленных на улучшение результатов консервативной терапии. На наш взгляд, перспективным в этом направлении является использование гипербарической оксигенации.

На чем основано Ваше мнение по поводу ГБО?

И.С. Шорманов: Анализ литературных исследований позволил нам выделить следующие основные эффекты гипербарической оксигенации, которые могут быть использованы в лечении острого эпидидимита.

Прямое бактериостатическое действие гипербарической оксигенации, экспериментально доказанное для *E. coli*, а также таких энтеробактерий, как *Pseudomonas aeruginosa* и *Enterococcus faecalis* при кратковременном воздействии 100% кислорода под давлением 1,2-3 АТА. Данный эффект ГБО большинство исследователей связывают ■

с образованием свободных радикалов или активных форм кислорода, которое значительно увеличивается при увеличении давления кислорода в тканях. Обще-признано, что бактерии не имеют механизма защиты от свободных радикалов, но степень восприимчивости к их увеличению варьирует от гибели – для анаэробов (бактерицидный эффект), до замедления роста для аэробов (бактериостатический эффект).

Вторым аспектом в пользу ГБО можно считать усиление механизмов неспецифической защиты – косвенное воздействие на бактерицидные возможности гранулоцитов и макрофагов путем повышения или восстановления нормального давления кислорода в зараженных районах.

Третий момент – ряд исследований показали иммуностимулирующее действие ГБО. Такой эффект отмечает Граменицкий А. Б. с соавт. (1996 г.), основываясь на опыте применения ГБО (9-10 сеансов в режиме 1,5 АТА) у 101 больного с сепсисом и 10 здоровых лиц. По данным автора ГБО увеличивает количество Т-клеток в периферической крови и нормализует уровень В-лимфоцитов. Под влиянием ГБО увеличивается уровень IgG, возрастают титры антител к антигенам возбудителей инфекции.

Еще один эффект ГБО – повышение активности антибактериальных препаратов в очаге воспаления – активность таких антибактериальных препаратов как аминогликозиды, некоторые сульфаниламиды, фторхинолоны, ванкомицин и триметоприм снижена в условиях гипоксии и восстанавливается при увеличении давления кислорода в ишемизированных тканях.

Неудовлетворенность результатами традиционных методов лечения диктует необходимость поиска новых видов воздействия на воспалительный процесс в яичке и его придатке, именно этой цели соответствует метод гипербарической оксигенации. Основные эффекты ГБО (противовоспалительный, иммуностимулирующий) показали возможный потенциал при лечении различных воспалительных заболеваний в урологии. Вместе с тем, эффективность гипербарической оксигенации в лечении острого эпидидимита была изучена лишь в одной работе с малой выборкой (16 человек), не позволяющей сделать достоверные выводы.

Недостаточная изученность данного вопроса диктует сегодня необходимость в проведении исследования, посвященного возможностям гипербарической оксигенации в лечении острого эпидидимита. ■

Беседовала В.А. Шадеркина

Межрегиональная общественная организация

www.forumurology.ru



Интернет форум урологов



Проведение мастер-классов с «живой хирургией»: юридические аспекты. А вы соблюдаете все законы?



П.Г. Габай
генеральный директор «Факультета Медицинского Права»
и юрисконсульта по медицинскому праву

Многие из нас, коллеги, практикуют выезды в регионы на конференции, мастер-классы и другие различные мероприятия, на которых не только выступают с докладами, но и участвуют в операциях по типу «живой хирургии», демонстрируя свое мастерство. Такой формат общения давно уже устоялся и пользуется большой популярностью – для показательных операций приглашаются и отечественные, и зарубежные хирурги. Однако мало кто задумывался о юридической стороне дела – законно ли проведения подобных мероприятий? Как легитимно провести мероприятие с хирургией, не нарушив прав приглашенных хирургов и пациентов? Как минимизировать юридические риски при проведении профессиональных мероприятий?

Команда Uroweb обратила внимание на эту область нашей профессиональной жизни и пригласила Полину Георгиевну Габай, генерального директора «Факультета Медицинского Права» и юрисконсульта по медицинскому праву, для ознакомления врачей с юридическими аспектами выездных мероприятий, сопряженных с хирургическими вмешательствами.

Первая часть лекции посвящена практике привлечения врачей к участию в мастер-классах, **вторая часть** – юридические основы привлечения к участию в мастер-классах врачей-граждан РФ и врачей-иностранцев, особенно, если мероприятие сопровождается «живой» хирургией. **Третья часть лекции** – соблюдению прав пациента в ходе профессиональных мероприятий.

Будем рады, если данная информация принесет вам, дорогие коллеги, пользу.



Что такое «мастер-класс» с юридической точки зрения?

За последнее десятилетие в медицинскую образовательную и научную практику прочно вошло понятие «мастер-класса», в рамках которого опытные врачи проводят операции и различные иные медицинские вмешательства.

Данные мастер-классы – наглядное пособие для молодых врачей, только начинающих свою профессиональную деятельность, и их более опытных коллег. Однако, несмотря на ценность и важность таких мастер-классов, законодательство значительно усложняет их проведение, устанавливая исполинское количество – требований) и различного рода ограничений.

В статье представлена информация, цель которой – помощь в проведении легального мастер-класса, без нарушений законодательства и с минимальными рисками юридической ответственности.

ЧАСТЬ 1.

Организация проведения мастер-класса

К сожалению, действующее законодательство не содержит определения самого понятия «мастер-класс». В связи с этим выход из ситуации полной правовой неопределенности в этой области – рассмотрение мастер-класса в контексте образовательной деятельности.

Проведение мастер-класса может позиционироваться в виде различных мероприятий:

- реализация практической составляющей в рамках основного образования (например, ординатура) или дополнительного профессионального образования, будь то повышение квалификации или профессиональная переподготовка;
- образовательный проект в рамках реализации сетевой формы образовательной программы;
- составная часть научно-практической конференции.

Но иногда можно объединить научно-практическую конференцию и дополнительное профессиональное образование. Полина Георгиевна полагает, что проведение мастер-класса в рамках научно-практической конференции, исходя из определений законодательства, данных в федеральном законе (ФЗ) об образовании, возможно отнести к мероприятиям, направленным на повышение квалификации. ■

Вероятность такого толкования значительно увеличивается, если участники мастер-класса и научно-практической конференции получают удостоверения, сертификаты и тому подобные документы.

Таким образом, в зависимости от того, «чем» в итоге будет признан мастер-класс (практической подготовкой или сетевой формой обучения) зависит и дальнейшее взаимодействие организаций, участвующих в подготовке и проведении данных мероприятий.

В проведении мастер-класса участвуют 2 вида организаций – медицинская и образовательная организация.

Что касается *медицинской организации*, то, бесспорно, она должна иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности. Кроме того, в обязанности данного участника мастер-класса входит обеспечение санитарно-гигиенических и иных условий для проведения медицинского вмешательства. Абсолютно логично и понятно, что проводить медицинское вмешательство на сцене, например, конференц-зала запрещено.

Второй участник – *образовательная организация*. Мастер-класс, проводимый в рамках образовательных программ (в том числе дополнительного профессионального образования – повышение квалификации и профессиональная переподготовка), предполагает еще и участие организации, имеющей лицензию на образовательную деятельность. Однако стоит обратить внимание на следующие исключения.

Не каждая организация, проводящая лекции, семинары и тому подобные мероприятия, обязана иметь лицензию на образовательную деятельность. Лицензия не требуется в случае, если организация проводит «краткосрочные» семинары, лекции, тренинги и тому подобные мероприятия в объеме меньше 16 академических часов. Данная норма вытекает из пункта 12 Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам, утвержденного приказом Минобрнауки России от 1 июля 2013 г № 499. В нем указано, что минимально допустимый срок освоения программ повышения квалификации не может быть менее 16 часов. Таким образом, можно сделать вывод, что «образовательные мероприятия» продолжительностью менее 16 часов не признаются повышением квалификации и с юридической точки зрения не относятся к дополнительному профессиональному образованию, а соответственно, для их проведения не требуется лицензия на об-



разовательную деятельность. Однако оформлять правоотношения мы все же рекомендуем по аналогии, как с образовательной организацией, имеющей лицензию. Об особенностях оформления правоотношений немного позже.

Поэтому дальше речь пойдет о 2х участниках данных мастер-классов – образовательной и медицинской организации. И даже, если ваша организация занимается образовательной деятельностью, но вы проводите краткосрочные мероприятия до 16 часов, напоминаю, что лицензию вам получать необязательно, но при этом далее Полина Георгиевна оперирует именно понятием «образовательная организация». Однако организовывать и проводить мастер-класс (как часть образовательной программы) может и одна организация. Но только при условии, что она одновременно имеет лицензию на медицинскую и образовательную деятельность. Если это необходимо и цикл, который она проводит больше 16 академических часов.

Если же все-таки участвует и медицинская, и образовательная организация (это 2 обособленных лица), то возникает необходимость официального оформления правоотношений между ними.

Мастер-класс может быть проведен как в рамках сетевой формы реализации образовательных программ, так и практической подготовки, поэтому далее разговор начинаем именно с сетевой формы реализации образовательных программ и специфики проведения данных мероприятий.

Раздел 1.1. Сетевая форма реализации образовательных программ

Возможность реализации образовательных программ в сетевой форме обучения установлена частью 1 статьи 13 и статьей 15 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». Сетевая форма обеспечивает возможность освоения обучающимися образовательной программы с использованием ресурсов нескольких организаций, осуществляющих образовательную деятельность, в том числе иностранных, а также при необходимости с использованием ресурсов иных организаций. В реализации образовательных программ с использованием сетевой формы могут участвовать научные организации, медицинские организации, организации культуры, физкультурно-спортивные и иные организации, обладающие ресурсами, необходимыми для осуществления обучения, проведения учебной и производственной практики и осуществления ■

иных видов учебной деятельности, предусмотренных соответствующей образовательной программой.

Участие медицинской организации в проведении мастер-класса может быть ограничено предоставлением помещения, материально-технических и иных ресурсов. Под ресурсом мы можем полагать и подразумевать, в том числе, самого медицинского работника, который будет непосредственно проводить медицинское вмешательство. Но в то же время стоит напомнить, что медицинское вмешательство может проводить и педагогический работник из образовательной организации. Но не любой, безусловно, а педагогический работник, который допущен к осуществлению медицинской деятельности. Правила допуска до медицинской деятельности будут рассмотрены далее.

Что касается сетевой формы проведения образовательных мероприятий, то, к сожалению, подзаконных нормативных актов в этой области не имеем. Однако есть 2 письма Минобрнауки. Использование сетевой формы дополнительно регулируется Письмом Минобрнауки России от 28.08.2015 № АК-2563/05 «О методических рекомендациях» вместе с «Методическими рекомендациями по организации образовательной деятельности с использованием сетевых форм реализации образовательных программ».

Согласно ФЗ № 273 и раздела 3 Методических рекомендаций реализация сетевой формы осуществляется на основании договора. Образцы договоров приведены в приложении № 1 и № 2 упомянутых Методических рекомендаций.

Отдельные вопросы реализации дополнительных профессиональных программ в сетевой форме регулируются письмом Минобрнауки России от 21.04.2015 № ВК-1013/06 «О направлении методических рекомендаций по реализации дополнительных профессиональных программ». Это все, что касается сетевой формы обучения. Подзаконных нормативных актов нет, есть небольшие вкрапления что и как делать в данном случае участникам сетевой формы программы, заключении договора. Однако на этом нормативное регулирование данной сферы заканчивается.

Раздел 1.2. Практическая подготовка обучающихся

Переходим к практической подготовке обучающихся как второго варианта проведения мастер-класса. Данная область отрегулирована законодателем куда более плотно, что отражено в различных нормативных актах.



Необходимо остановиться на том, что не простое наблюдение, а участие (например, ассистирование и прочее) в мастер-классе иных лиц помимо врача, возможно в рамках практической подготовки обучающихся, получающих дополнительное медицинское образование.

Стоит обратить внимание на то, что при практической подготовке обучающихся не состоят с медицинской или образовательной организацией в трудовых отношениях и, с точки зрения законодательства, они сами непосредственно не оказывают медицинскую помощь, а «участвуют в оказании медицинской помощи». Формально это составляет большую разницу, влияющую на обязанности обучающихся и особенности привлечения к ответственности как обучающихся, так и медицинской или образовательной организации. Это касается и участия обучающихся в мастер-классе (если оно предусмотрено).

Стоит обратить внимание на то, что практическая подготовка лиц, получающих среднее или высшее медицинское образование, а также дополнительное профессиональное образование, обеспечивается путем их участия в осуществлении медицинской деятельности в соответствии с образовательными программами и организуется:

1. В образовательных и научных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность (тот случай, когда организация имеет 2 лицензии).

2. В медицинских организациях, в том числе медицинских организациях, в которых располагаются структурные подразделения образовательных и научных организаций (в данном случае имеется в виду клиническая база).

3. В организациях, осуществляющих производство лекарственных средств или медицинских изделий, аптечных организациях, судебно-экспертных учреждениях и иных организациях, осуществляющих деятельность в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации. Эти положения урегулированы статьей 82 ФЗ № 273.

Порядок организации и проведения практической подготовки обучающихся установлен Приказом Минздрава России от 03.09.2013 № 620н «Об утверждении Порядка организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования».

Второй нормативный акт, регулирующий данную деятельность – приказ Минздрава № 585н. Участие обучающихся в оказании медицинской помощи ■

гражданам осуществляется с учетом Приказа Минздрава России от 22.08.2013 № 585н «Об утверждении Порядка участия обучающихся по основным профессиональным образовательным программам и дополнительным профессиональным программам в оказании медицинской помощи гражданам и в фармацевтической деятельности».

Стоит обратить внимание, что, как и в рамках сетевой формы обучения, организация практической подготовки обучающихся осуществляется на основании договорных отношений. Данный договор заключается между образовательной или научной организацией и медицинской организацией. Типовая форма такого договора утверждена Приказом Минздрава России от 30.06.2016 № 435н и обязательна к исполнению.

Обязательные положения договора (согласно ФЗ № 273 и уже упомянутому Приказу):

1. Виды деятельности, по которым осуществляется практическая подготовка обучающихся.
2. Сроки осуществления практической подготовки в соответствии с учебным планом.
3. Перечень работников образовательной организации, работников медицинской организации, количество обучающихся, участвующих в практической подготовке.
4. Порядок и условия использования имущества, необходимого для организации практической подготовки.
5. Порядок участия работников образовательной и медицинской организации, а также самих обучающихся, включая порядок их участия в оказании медицинской помощи гражданам.
6. Ответственность образовательной организации за вред, причиненный при осуществлении практической подготовки обучающихся, в том числе пациентам.

Данная норма вытекает как из самого ФЗ, так и типовой формы договора, который заключается между образовательной и медицинской организацией. Таким образом законодатель говорит о том, что по большому счету ответственность за вред, который причиняется пациентам при такой практике, все-таки несет образовательная организация. В действительности не все так гладко, поэтому существуют «качели ответственности» между медицинской и образовательной организацией.



Обязанности медицинской организации (вытекают из типовой формы, предложенной законодателем для закрепления отношений медицинской и образовательной организации):

1. Назначить лицо, ответственное за организацию и проведение практической подготовки обучающихся.

2. Создать условия для прохождения практической подготовки.

3. Обеспечить безопасные условия практической подготовки обучающихся.

4. Осуществлять контроль за соответствием обучающихся требованиям, связанным с наличием успешной теоретической подготовки, практических навыков участия в оказании медицинской помощи гражданам (в том числе приобретенных на моделях (симуляторах) профессиональной деятельности). А также надзор и контроль за прохождением обучающимися предварительных и периодических медицинских осмотров.

5. Допускать к осуществлению медицинской деятельности научно-педагогических работников образовательной организации при наличии у них сертификата специалиста либо свидетельства об аккредитации специалиста.

6. И многое другое. Более того, в договоре по соглашению сторон на медицинскую организацию могут возлагаться и другие обязанности. В гражданском праве мы имеем принцип свободы договора, но с учетом типовой формы, которая была уже обозначена.

Обязанности образовательной организации:

1. Назначить руководителя практической подготовки обучающихся, который:

- организует участие обучающихся в выполнении определенных видов работ и оказывает им методическую помощь;

- осуществляет контроль и несет персональную ответственность за качество выполняемых обучающимися определенных видов работ;

- несет ответственность совместно с ответственным работником медицинской организации за проведение практической подготовки и соблюдение обучающимися и работниками правил противопожарной безопасности, правил охраны труда, техники безопасности и санитарно-эпидемиологических правил и гигиенических нормативов.

2. Допускать к практической подготовке обучающихся, успешно прошедших необходимую теоретическую подготовку, имеющих практические навыки участия в оказании медицинской помощи гражданам, в том числе приобретенные на ■

моделях (симуляторах) профессиональной деятельности, и (или) в фармацевтической деятельности и прошедших предварительные и периодические медицинские осмотры в порядке, установленном законодательством в сфере охраны здоровья.

Таким образом мы видим, что обязанности, изложенные в типовой форме договора, говорят о том, что ответственность и обязанности медицинской и образовательной организации крайне размыты. Поэтому в дальнейшем это как раз и приводит к тем самым «качелям ответственности» в случае причинения пациенту вреда.

Для того, чтобы выяснить, в каком направлении двигаться, необходимо определиться с правильным оформлением и в данном случае обрамлением правоотношений, что значительно повлияет на вопрос минимизации рисков, в том числе риска наступления юридической ответственности. Говоря о том, что мастер-класс может проводиться как в рамках сетевой формы обучения, так и практической подготовки мы бы крайне рекомендовали идти по пути практической подготовки как минимум потому, что законодательно эта сфера урегулирована лучше и в законе об образовании и типовой форме об образовании говорится об ответственности образовательной организации за вред, причиненный работником. Хотя, наверное, данный совет может относиться исключительно к медицинским организациям, потому что образовательным организациям данная ответственность, скорее всего, не на руку, но здесь не все так однозначно.

Итоги на данный момент:

1. В случае, даже если мастер-класс проводится не в рамках сетевой формы обучения или практической подготовки, рекомендуем оформлять отношения по аналогии, как с практической подготовкой. Речь о данной аналогии идет потому, что если образовательная организация, если организация, занимающаяся образовательной деятельностью не имеет лицензию на образовательную деятельность, потому что она не обязана ее иметь в виду проведения краткосрочных семинаров, лекций, мастер-классов продолжительностью до 16 часов, то вроде бы практическая подготовка не совсем то, в чем она может участвовать. Хотя на самом деле это тоже не так и данная организация все равно проводит образовательные программы, просто необходимости в получении лицензии у нее нет. Поэтому мы в любом случае рекомендуем оформлять данные отношения по аналогии с практической подготовкой, потому что эта сфера весьма урегулирована законодателем и есть определенные нормы, которым не сложно следовать.



2. Мы определились со статусом мастер-класса и организационными вопросами и имеем возможность перейти к более весомым правовым проблемам, связанным с проведением мастер-класса.

3. Правовые нормы создают абсолютно необоснованные барьеры, вследствие чего проведение мастер-класса, полно и неукоснительно соответствующего законодательству, становится зачастую просто невозможным.

ЧАСТЬ 2.

Правовые проблемы, связанные с проведением мастер-класса врачом – гражданином РФ и врачами-иностранцами

Мастер-класс медицинской направленности логично предполагает демонстрацию именно медицинских вмешательств, например, операции или иные манипуляции.

Что такое медицинское вмешательство? Определение понятию дано в основах законодательства, ФЗ об основах охраны здоровья граждан. Медицинское вмешательство – это выполняемые медицинским работником и иным работником, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности (ФЗ № 323).

К сожалению, данное определение создало целый ряд препятствий, потому что оказывается, что медицинское вмешательство проводит медицинский работник, а медицинское вмешательство, как известно, входит в понятие медицинская услуга. Медицинская услуга, в свою очередь, является неотъемлемой составляющей медицинской помощи. Медицинская помощь входит в понятие медицинской деятельности. Поэтому если складывать эту «матрешку», то получается, что не врач-специалист имеет право на осуществление медицинского вмешательства, а медицинский работник. Безусловно, данное определение создало непроходимый лес правовых ограничений.

Таким образом, чтобы врач смог провести ту же операцию в рамках мастер-класса (это касается любых медицинских вмешательств) должны быть соблюдены следующие условия: ■

1. Допуск к осуществлению медицинской деятельности и статус врача – медицинский работник.
2. Допуск к осуществлению медицинской деятельности и статус врача – педагогический работник.

Раздел 2.1. Допуск к осуществлению медицинской деятельности (в том числе для лиц с иностранным образованием)

Если врачи – граждане Российской Федерации. Согласно ФЗ об основах охраны здоровья граждан, право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста либо с учетом статьи 100 ФЗ № 323 – сертификат специалиста.

Лица, получившие медицинское или фармацевтическое образование в иностранных государствах, допускаются к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности после признания [1] такого «иностранного» образования и (или) квалификации и прохождения аккредитации специалиста [2], если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации (часть 6 статьи 69 ФЗ № 323).

Проблема в том, что процесс допуска лиц с иностранным образованием к осуществлению медицинской деятельности на территории Российской Федерации затруднительный, с немалым количеством вопросов и коллизий. Особенностью является то, что иностранное образование может быть, как у гражданина Российской Федерации, так и у иностранного гражданина. Ввиду чего порядок допуска может колоссально отличаться.

Кроме того, важно не только гражданство лица и страна получения образования, но и период получения образования, а также то, какая именно образовательная организация выдавала диплом и прочее. Ввиду этого говорить о едином руководстве к действию для получения допуска не приходится, потому далее будут рассмотрены лишь основные положения.

При изучении частного вопроса всегда необходимо вникать в специфику и детали получения образования именно определенным врачом.

Когда мы имеем дело с иностранным гражданином с иностранным медицин-



ским образованием, то дополнительно сталкиваемся с миграционными вопросами. Вопросы миграционного учета сложны тем, что иностранные граждане обладают на территории Российской Федерации определенным правовым статусом. От этого статуса зависит порядок их трудоустройства и страхования, срок пребывания на территории Российской Федерации и многое другое. В данном случае с проблемами сталкивается не только иностранный специалист (начиная от забот по получению разрешения на работу или патента), но и организация-работодатель.

Сложность заключается также в том, что помимо законодательства Российской Федерации мы имеем дело с международными договорами, конвенциями и соглашениями. Международных договоров касательно признания образования огромное количество, многие из них содержат противоречия или неясности практики применения.

Признание в Российской Федерации образования и (или) квалификации, полученных в иностранном государстве, осуществляется в соответствии с международными договорами и законодательством Российской Федерации (статья 107 ФЗ № 273).

В России признается образование и (или) иностранная квалификация:

1. Подпадающие под действие международных договоров о взаимном признании.
2. Полученные в иностранных образовательных организациях, перечень которых утвержден Распоряжением Правительства Российской Федерации от 30.12.2015 № 2777-р.

В данном перечне об образовательных организациях также обозначается соответствие полученного в иностранных организациях образования и (или) квалификации образованию и (или) квалификации, полученным в Российской Федерации.

В случае, если иностранная образовательная организация не входит в перечень или отсутствуют соответствующие международные договоры о взаимном признании образования, то признание осуществляется Рособрнадзором на основе экспертизы.

В случае признания выдается свидетельство о признании иностранного образования и (или) иностранной квалификации. Или, соответственно, не выдается.

Следующий этап после признания образования – процедура легализации.

Согласно части 13 статьи 107 ФЗ № 273 после прохождения процедуры ■

признания, документы об иностранном образовании и (или) иностранной квалификации должны быть в установленном законодательством Российской Федерации порядке легализованы и переведены на русский язык, если иное не предусмотрено международными договорами.

Легализация документов – процедура отдельная от признания образования (их часто путают). При легализации проверяют не соответствие образования российским стандартам, а подлинность документов об образовании (диплома). Например, никто не сомневается в высоком уровне образования, полученного в Кембридже. Но ведь сам диплом об окончании Кембриджского университета может быть поддельным.

Если мы говорим о легализации, то невозможно не упомянуть Гаагскую Конвенцию. Большинство стран современного мира, в том числе Россия, присоединились к Гаагской Конвенции 1961 года, отменяющей требование легализации иностранных официальных документов.

Данная Конвенция заменяет процедуру легализации документа об образовании на проставление компетентным органом государства, выдавшего документ, специального штампа «апостиль» на оригинале документа об образовании.

Однако, с учетом международных договоров с участием Российской Федерации существуют исключения из описанных ранее процедур. В ряде случаев, например, установлено признание образования, получаемого в иностранном государстве, в ряде случаев – отменена процедура легализации, в ряде случаев – и то, и другое.

Все случаи всегда надо разбирать в индивидуальном формате (порядке). Например, документы об образовании, выданные в Республике Беларусь, признаются в России и не требуют легализации.

Однако, для проведения мастер-класса (как и для любой другой медицинской деятельности) признания и легализации документов об образовании недостаточно.

Лицо с иностранным образованием не может быть допущено к медицинской деятельности без свидетельства об аккредитации или сертификата специалиста.

Лица, получившие медицинскую подготовку в иностранных государствах, допускаются к медицинской деятельности в Российской Федерации после успешной сдачи специальных экзаменов в соответствующих учебных заведениях Российской Федерации, а также после получения в установленном порядке лицензии, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федера-



ции. Пункт 3 Положения о порядке допуска к медицинской и фармацевтической деятельности в Российской Федерации лиц, получивших медицинскую и фармацевтическую подготовку в иностранных государствах, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 07.02.1995 № 119.

Как известно, лицензию на медицинскую деятельность врачи в Российской Федерации не получают, ее получает медицинская организация, поэтому здесь мы имеем дело именно с сертификацией данных специалистов.

Первичный сертификат специалиста лицам, получившим образование в иностранном государстве, выдается Росздравнадзором, продление этого сертификата в рамках повышения квалификации (вторичный) – простой образовательной организацией, имеющей соответствующую лицензию. Порядок получения сертификата специалиста лицом, получившим образование в иностранном государстве, установлен Приказом Минздрава России от 29.11.2012 № 982н.

Таким образом, вывод, который можно сделать из раздела данной лекции, – для участия в мастер-классе специалисту с иностранным образованием необходимо пройти описанную ранее процедуру допуска к осуществлению медицинской деятельности (возможно, за исключением некоторых этапов в зависимости от страны, в которой получено образование).

Раздел 2.2. Статус врача – медицинский работник

Врач, который допускается до медицинского вмешательства, должен быть допущен до медицинской деятельности, а также иметь соответствующий статус врача как медицинского или педагогического работника.

Начнем со статуса медицинского работника.

Медицинское вмешательство проводится либо медицинским работником, либо иным лицом, имеющим право на осуществление медицинской деятельности. Поэтому такая большая привязка сделана именно к статусу медицинского работника. Иными лицами, имеющими право на осуществление медицинской деятельности, согласно статье 69 ФЗ № 323 являются, например, педагогические и научные работники, имеющие сертификат специалиста либо свидетельство об аккредитации специалиста, осуществляющие практическую подготовку обучающихся (речь не идет о сетевой форме образования, в рамках которой может быть проведен мастер-класс), а также научные работники, имеющие сертификат ■

специалиста либо свидетельство об аккредитации специалиста, осуществляющие научные исследования в сфере охраны здоровья. На педагогических и научных работников при осуществлении ими медицинской деятельности распространяются права, обязанности и ответственность медицинских работников.

Медицинский работник – физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность (статья 2 ФЗ № 323).

Речь идет исключительно о трудовых отношениях между медицинской организацией и врачом, ведь гражданско-правовой договор не предполагает исполнения трудовой функции. Таким образом, фактически, как врачей-специалистов, так и медицинскую организацию законодатель ограничивает в праве на заключение гражданско-правовых договоров.

Именно такого мнения придерживаются Министерство здравоохранения и Министерство труда. Оба ведомства, отвечая на запросы по данной теме, указали на недопустимость гражданско-правовых отношений с врачом в рамках осуществления медицинской деятельности. Министерство здравоохранения России дополнительно в пользу таких выводов указало на лицензионные требования, которые (помимо всего прочего) содержат указание об обязательном наличии работников, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры. Данное лицензионное условие установлено постановлением Правительства 291, и они действительно ссылаются именно на трудовые договоры, которые медицинская организация должна заключить со своими работниками.

Ранее можно было сделать вывод, что, конечно, медицинская организация обязана иметь в штате определенное количество медицинских работников для того, чтобы иметь возможность в любое время оказывать услуги пациентам, заявленные в лицензии. Но сверх этого, ничто не ограничивает медицинскую организацию вступать в отношения гражданско-правового характера, если они соответствуют своей сути. Однако вывод неверен, финальный результат ответа Министерства здравоохранения – «Таким образом, действующим законодательством Российской Федерации осуществление деятельности медицинскими работниками в медицинских организациях на основании договоров гражданско-правового характера не предусмотрено».



Аналогичный ответ получен из Министерства труда. Кратко – «На основании вышеизложенного, выполнение работником трудовых (должностных) обязанностей подразумевает под собой наличие трудовых отношений, сторонами которых являются работник и работодатель. Что касается гражданско-правового договора, по мнению Департамента, его можно заключить с физическим лицом, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность».

Данные ответы накладывают колоссальное количество ограничений как на мастер-класс, так и разовое привлечение врачей для работы в медицинских организациях.

В профессиональном медицинском сообществе бытует аналогичное мнение. В тоже время немалая часть медицинских организаций периодически привлекает врачей к осуществлению медицинской деятельности в рамках гражданско-правовых договоров, даже не подозревая о существующем «запрете». Это именно ситуации разового привлечения врачей, а не трудовых отношений, когда врачи работают на постоянной основе в медицинских организациях.

С упомянутым запретом лично «Факультет Медицинского Права» категорически не согласен: это может рассматриваться даже как нарушение свободы договора – одного из фундаментальных институтов гражданского права. Но, к сожалению, у органов власти другое мнение, о чем мы и вынуждены предупредить.

Особенно это актуально в контексте проведения мастер-классов. Проще всего, когда мастер-класс проводит врач, изначально состоящий в трудовых отношениях с медицинской организацией, на базе которой проводится мастер-класс. Однако, чтобы «сторонний» врач-специалист провел мастер-класс, с ним, по мнению законодателя, медицинской организации необходимо заключить трудовой договор. Если этого не сделать, врач не будет обладать статусом медицинского работника, а соответственно, не будет иметь права проводить медицинское вмешательство.

Выходит, что для таких разовых (единичных) ситуаций, как мастер-класс, невозможно заключить гражданско-правовой договор. Еще сложнее дело обстоит, когда для мастер-класса привлекают иностранного специалиста, потому что ситуацию осложняют миграционные проблемы (не говоря уже о допуске).

Несмотря на все вышесказанное, «Факультет Медицинского Права» продолжает считать, что запрет на заключение договоров гражданско-правового характера ■

ущемляет права как самих врачей, так и медицинских и иных организаций. Более того, исходя из природы самого мастер-класса, который может быть проведен лишь один раз, заключение трудового договора изначально нецелесообразно, так как не отражает существа таких правоотношений.

Эта проблема выходит далеко за рамки проведения мастер-классов. Такая же нелогичная ситуация сложилась и с разовым привлечением медицинской организацией врача-специалиста, не состоящего в ее штате, для оказания медицинской помощи.

Раздел 2.3. Статус врача – педагогический работник

Врача, проводящего мастер-класс, возможно оформить не только как медицинского работника. В качестве альтернативы возможно рассмотреть участие врача в статусе педагогического работника. Однако осуществлять медицинскую деятельность педагогический работник имеет право только в случае осуществления практической подготовки обучающихся при наличии сертификата специалиста либо свидетельства об аккредитации.

На первый взгляд может показаться, что на педагогического работника также распространяется ограничение, связанное с необходимостью состоять в трудовых отношениях. Педагогический работник – физическое лицо, которое состоит в трудовых, служебных отношениях с организацией, осуществляющей образовательную деятельность, и выполняет обязанности по обучению, воспитанию обучающихся и (или) организации образовательной деятельности организацией (статья 2 ФЗ № 273). Однако Постановление Правительства Российской Федерации от 28.10.2013 № 966 «О лицензировании образовательной деятельности» гласит, что одним из лицензионных требований является «наличие в штате лицензиата или привлечение им на ином законном основании педагогических работников...». Ввиду этого можно сделать вывод, что заключение договора гражданско-правового характера с педагогическим работником возможно, несмотря на «кривое» определение в ФЗ № 273.

Стоит обратить внимание, что эти изменения в положении о лицензировании образовательной деятельности, когда стало возможным привлекать работника не только в штат, но и на ином законном основании, внесены сравнительно недавно. Полагаю, что это было инициировано организациями, осуществляющими образовательную деятельность, потому что и педагогических работников часто при-



влекают на разовых условиях. И такие положения в законодательстве мешали вступлению с ними во взаимоотношения гражданско-правового характера.

Педагогические работники, имеющие образование, полученное за границей (аналогичная форма для иностранцев)

Формы и направления международного сотрудничества в сфере образования закреплены в части 3 статьи 105 ФЗ № 273.

Формулировка положений статьи позволяет сделать аналогичный вывод – привлечение иностранного гражданина (педагогического или научного работника) не требует обязательного заключения с ним трудового договора. Это может быть договор гражданско-правового характера. Он все равно будет иметь статус «педагогического работника».

Если иностранный специалист будет участвовать в мастер-классе и проводить медицинское вмешательство как педагогический работник, то необходимо:

1. Получение допуска к осуществлению медицинской деятельности в Российской Федерации.

2. Заключение договора (трудового или гражданско-правового) между иностранным врачом и образовательной организацией. В свою очередь между образовательной организацией и медицинской организацией также должен быть заключен договор.

ЧАСТЬ 3.

Соблюдение прав пациента в ходе проведения мастер-класса

В первую очередь, стоит обратить на врачебную тайну пациента, принимающего участие в этом мастер-классе.

Статья 13 ФЗ № 323: «Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну».

Стоит обратить внимание на то, что: «С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных

исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях» (Статья 13 ФЗ № 323).

Если мастер-класс приходит в рамках практической подготовки обучающихся, то пациент должен быть информирован об участии обучающихся в оказании ему медицинской помощи, что также необходимо зафиксировать. Важно то, что пациент вправе отказаться от участия обучающихся в оказании ему медицинской помощи. В этом случае медицинская организация обязана оказать такому пациенту медицинскую помощь без участия обучающихся.

Что касается статуса педагогических (научных) медицинских работников, то стоит не забывать, что педагогические работники приравниваются к медицинским работникам, поэтому в их обязанности также входит оформление с пациентом добровольных информированных согласий.

Риски, связанные с проведением мастер-класса

Безусловно, мы говорим об этих рисках не просто так, а потому что в самой неблагоприятной ситуации с максимальным количеством негативных последствий для медицинской организации и врача является причинение вреда пациенту. При этом логично, что проведение мастер-класса с демонстрацией медицинского вмешательства никоим образом не исключает такого неблагоприятного исхода. Но вред пациенту может быть причинен не только при оказании ему медицинской помощи и не только здоровью и жизни. Например, разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, также приводит к причинению вреда пациенту и нарушению его права на неприкосновенность частной жизни (например, видеоролик или фото в социальной сети без письменного согласия пациента).

Говоря о причинении вреда, необходимо рассмотреть два основных вида ответственности:

- Гражданско-правовую;
- Уголовную.

Причинителем вреда может быть:

- Медицинский или педагогический работник (более того, это может быть иностранный гражданин) - ведущий мастер-класса.
- Обучающийся, который может проходить практику в медицинской организации в рамках практической подготовки обучающихся.

Ответственность в случае причинения вреда медицинским или педагогическим работником.

Гипотетическая ситуация - во время мастер-класса медицинским или педагогическим работником, имеющим допуск к занятиям медицинской деятельностью, причинен вред пациенту. Анализ ответственности медицинского работника, проводящего мастер-класс, применим и для ситуации разовой (ситуативной) работы врача в медицинских организациях, то есть врача, не находящегося в штате МО.

Гражданско-правовая ответственность:

- При оказании медицинских услуг объектом правонарушения в большинстве случаев являются нематериальные блага - жизнь и здоровье человека.

- При возникновении обстоятельства из применения такого вреда, тем не менее, компенсации подлежит вред, имеющий имущественное выражение (имущественный и моральный вред).

- Может возникнуть лишь по инициативе пациента, которому причинен вред (либо лиц, имеющих соответствующее право в случае смерти пациента).

При этом любые расписки, выданные пациентом, о том, что он не имеет претензий к медицинской организации и «обязуется не обращаться в суд», не лишает его права передумать и подать в будущем иск (согласно части 3 статьи 22 ГК РФ такие расписки не имеют юридической силы).

Несмотря на то, что вред пациенту обычно причиняется медицинским работником (либо педагогическим работником, на которого распространяются права, обязанности и ответственность медицинских работников), гражданскую ответственность перед пациентом несет медицинская организация. При этом не важно, заключил ли медицинский или педагогический работник с ней трудовой договор, либо это гражданско-правовой договор.

В силу статьи 1068 ГК РФ юридическое лицо возмещает вред, причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей. Однако организация-работодатель вправе, после возмещения вреда пациенту, получить данные средства с работника, фактически причинившего вред, в порядке регресса (ст. 1081 ГК РФ). Но нормы гражданского законодательства о гражданском регрессе разбиваются на более щадящие нормы трудового законодательства и ответственность работника ограничена его средним месячным заработком. ■

Если же организацию и врача, причинившего вред, связывают гражданско-правовые отношения, а не трудовые, то ограничения нет и возмещение возможно в полном объеме в порядке ст.1081 ГК РФ. Если же отношения не были вовсе оформлены, то ответчиком может выступить и сам врач.

- Абсолютно идентична ситуация с образовательной организацией, если медицинское вмешательство выполнялось педагогическим работником, допущенным до осуществления медицинской деятельности;

- Также идентична ситуация и с иностранным специалистом.

Уголовная ответственность:

- В отличие от гражданской ответственности, уголовную ответственность перед пациентом несет именно физическое лицо (медицинский/педагогический работник, либо должностное лицо медицинской организации).

- А возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью пациента, не освобождает медицинских/педагогических работников от привлечения их к уголовной ответственности.

Некоторые основания, при которых может возникнуть ответственность медицинского/педагогического работника, либо руководителя МО:

➤ Преступления против жизни и здоровья:

- Причинение смерти по неосторожности (статья 109 УК РФ);
- Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности (статья 118 УК РФ);
- Заражение ВИЧ-инфекцией (статья 122 УК РФ);
- Оставление в опасности (статья 125 УК РФ).

➤ Преступления против здоровья населения и общественной нравственности:

- Незаконное осуществление медицинской деятельности (статья 235 УК РФ);
- Нарушение санитарно-эпидемиологических правил (статья 236 УК РФ);
- Оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей, а равно неправомерные выдача или использование официального документа, удостоверяющего соответствие указанных товаров, работ или услуг требованиям безопасности (статья 238 УК РФ).

Особое внимание стоит обратить на статью 238 УК РФ, так как в случае, если врач был допущен до проведения медицинского вмешательства без соответствующего допуска к осуществлению медицинской деятельности, то к уголовной ответственности по данной статье может быть привлечен руководитель медицинской организации.



Стоит сказать о возможности привлечения руководителя МО к уголовной ответственности по статьям:

- 286 УК РФ (превышение должностных полномочий);
- 293 УК РФ (халатность).

Если говорить о халатности, то допуск врача к оказанию медицинской помощи без проверки наличия у него соответствующего допуска к осуществлению медицинской деятельности может квалифицироваться не только как оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности, но и как халатность.

Напомним, что в обязанности медицинской организации, согласно Типовой форме договора на проведение практической подготовки, входит допуск к осуществлению медицинской деятельности научно-педагогических работников образовательной организации при наличии у них сертификата специалиста, либо сертификата об аккредитации специалиста.

По поводу превышения должностных полномочий: например, проведение педагогическим работником медицинского вмешательства в рамках мастер-класса на территории медицинской организации без свидетельствующего договора МО с образовательной организацией о сетевом взаимодействии или об организации практической подготовки обучающихся, может трактоваться как действия, которые «никто и ни при каких обстоятельствах не вправе совершать» – а, следовательно, как превышение должностных полномочий.

Вместе с тем, следует отметить невозможность привлечения медицинских работников (как российских, так и иностранных) без допуска к медицинской деятельности к уголовной ответственности по ст. 235 УК РФ – «незаконное осуществление медицинской деятельности или фармацевтической деятельности» (если только медицинский работник не индивидуальный предприниматель). Почему невозможно? Объективная сторона состава данного преступления состоит в осуществлении медицинской деятельности или фармацевтической деятельности лицом, не имеющим лицензии на данный вид деятельности, при условии, что такая лицензия обязательна, если это повлекло по неосторожности причинение вреда здоровью человека, либо смерть человека. Но здесь вопрос главным образом не в последствии, а в лицензии, потому что ее получает не работник, а медицинская организация. Таким образом, по данной статье преследуются руководители медицинских организаций и индивидуальные предприниматели, работающие без лицензии, а не врачи-исполнители. ■

Руководство медицинской организации несет определенные риски быть привлеченным к ответственности по ст. 235 УК РФ, если оно приглашает специалиста (пусть даже разово) для проведения медицинского вмешательства (как в рамках мастер-класса, так и любого иного) по специальности, на которую у медицинской организации отсутствует лицензия.

Однако медицинские работники (педагогические), проводящие мастер-класс (иное МВ) без допуска к медицинской деятельности, в зависимости от последствий, рискуют быть привлеченными к ответственности по различным частям статей:

- 238 УК РФ (оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей);
- 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности);
- 118 УК РФ (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности).

Иностраный специалист также может быть аналогичным образом привлечен к уголовной ответственности. Согласно части 3 статьи 62 Конституции РФ и части 1 статьи 11 УК РФ, иностранные граждане несут уголовную ответственность наравне с гражданами РФ (за исключением случаев дипломатического иммунитета).

В данной части лекции, мы обозначили лишь некоторые основания, при которых может возникнуть ответственность медицинского/педагогического работника, либо руководителя МО. На самом деле их перечень намного шире.

Ответственность в случае причинения вреда обучающимся при прохождении практики в медицинской организации в рамках практической подготовки

Рассмотрим вариант, когда обучающиеся не просто наблюдали за мастер-классом, но и принимали в нем активное участие (например, ассистировали на операции) и при этом нанесли вред пациенту.

Гражданско-правовая ответственность:

В случае вины обучающегося в причинении вреда здоровью пациенту, гражданский иск может подаваться как к медицинской организации (так как именно она оказывала медицинские услуги пациенту), так и к обучающемуся (так как именно он является непосредственным причинителем вреда и не является работником медицинской организации).



Вполне возможна ответственность и образовательной организации:

Договор об организации практической подготовки обучающихся в рамках медицинского (фармацевтического) образования должен содержать положения, определяющие ответственность образовательной организации, научной организации за вред, причиненный при осуществлении практической подготовки обучающихся (в том числе пациентам)- Часть 5 статья 82 ФЗ «Об образовании в РФ».

Вместе с тем, если пациент или его родственники будут придерживаться позиции, в соответствии с которой вред является следствием оказания медицинских услуг, которые пациенту оказывала медицинская организация, с очень большой степенью вероятности иск последует в отношении медицинской организации как ответчика или соответчика. При разрешении данного иска одним из ключевых вопросов будет являться наличие вины со стороны медицинской организации. Суд, как правило, обращает особое внимание на возможное влияние обучающегося на качество медицинской услуги, оказанной пациенту. Поэтому, здесь невозможно полностью исключить риск подачи гражданско-правового иска к медицинской организации, в том числе в качестве соответчика, ответственного за несоблюдение критериев качества и безопасности медицинской деятельности, осуществляемой в такой организации (такая обязанность имеется у МО согласно Типовому договору о проведении практической подготовки обучающегося).

Согласно части 1 статьи 1081 ГК РФ, лицо, возместившее вред, причиненный другим лицом (работником при исполнении им служебных, должностных или иных трудовых обязанностей, лицом, управляющим транспортным средством, и т.п.), имеет право обратного требования (регресса) к этому лицу в размере выплаченного возмещения, если иной размер не установлен законом. Таким образом, в случае компенсации вреда, причиненного обучающимся (не работником), у медицинской организации или образовательной организации нет никаких нормативно-правовых препятствий для подачи регрессивного иска к обучающемуся, причинившему вред пациенту во время прохождения практики.

- Обучающиеся в рамках практической подготовки не связаны трудовыми отношениями ни с медицинской организацией, ни с образовательной организацией;
- На них не распространяются нормы Трудового кодекса РФ об ограничении размера материальной ответственности;
- Следовательно, цена регрессного иска будет соответствовать полному размеру компенсации, ранее выплаченной пациенту. ■

Регрессный иск не следует отождествлять со сменой сторон: для возникновения права на регрессный иск к практиканту медицинская или образовательная организация должна сначала возместить вред пострадавшему пациенту (или его родственникам - в случае смерти пациента).

Уголовная ответственность:

В случае смерти пациента или нанесения его здоровью тяжкого вреда по вине обучающегося, последний может быть привлечен к уголовной ответственности по статьям:

- 109 УК РФ «причинение смерти по неосторожности»;
- 118 УК РФ «причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности».

Одним из квалифицирующих признаков при уголовной ответственности является наличие вины (по данным составам преступлений - в форме неосторожности). То, что обучающийся еще не завершил обучение и, соответственно, еще не обладает в полной мере специальными медицинскими знаниями и навыками (например, ординатор), согласно современной практике правоохранительных и судебных органов, не исключает наличия вины в форме неосторожности и не освобождает его от привлечения к уголовной ответственности.

Сотрудники медицинской организации, либо образовательной организации не могут быть привлечены к ответственности в качестве соучастников в преступлении, совершенном обучающимся, поскольку данные преступления являются неумышленными, а статья 32 УК РФ исключает возможность соучастия в неумышленном преступлении. Поэтому, обучающийся не может быть привлечен к уголовной ответственности по статье 235 УК РФ – «незаконное осуществление медицинской деятельности или фармацевтической деятельности», так как он:

- Изначально непосредственно не оказывает медицинскую помощь, а лишь участвуют в ее оказании;

Вместе с тем остается возможность привлечения сотрудников медицинской организации (в первую очередь руководителя организации и врача совместно с обучающимися, оказывающим медицинские услуги) в качестве соучастников за вред здоровью пациента, нанесенный обучающимся, к уголовной ответственности по статье 238 УК РФ - «производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности». Применение этой статьи обусловлено тем, что медицинские услуги пациенту оказывает медицинская организация и именно она должна обеспечить



их безопасность (в том числе с помощью контроля за деятельностью ординатора или иного обучающегося, проходящего в данной медицинской организации практику).

- Однако для применения этой статьи необходимо доказать, что действия по привлечению обучающегося к оказанию медицинских услуг нарушали требования безопасности для жизни или здоровья пациентов (потребителей медицинских услуг);

- Кроме этого, следует отметить, что составы преступлений, предусмотренные статьей 238 УК РФ, предполагают наличие умысла со стороны медицинского работника.

Части 2 и 3 статьи 238 УК РФ, предполагают смешанную формы вины- умысел на оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности и неосторожность по отношению к применению тяжкого вреда здоровью или смерти человека.

К сожалению, на практике, следственные органы в своем обвинительном заключении нередко игнорируют требование доказать умысел. Поэтому, в материалах следствия по делам по 238 УК РФ нередко встречается неправильное толкование косвенного умысла, его отождествление с неумышленной формой вины.

Если мы коснемся ответственности организации образовательной и представителей образовательной организации, то по нашему мнению, представитель образовательной организации, в случае нанесения обучающимся вреда здоровью пациента, не может быть привлечен к ответственности по статье 238 УК РФ, поскольку в ходе прохождения практики, он участвует в оказании образовательных услуг обучающемуся, а не медицинских услуг пациенту.

В случае если обучающийся во время мастер-класса нанесет вред пациенту, сотрудники медицинской и образовательной организации также могут быть привлечены к уголовной ответственности по статьям:

- 286 УК РФ (превышение должностных полномочий);
- 293 УК РФ (халатность).

Состав данных преступлений возможен только вследствие нарушения руководителем медицинской/образовательной организации или ответственным за практику работником своих должностных инструкций или невыполнения своих обязанностей согласно Договору об организации практической работы обучающихся. Примером может служить допуск обучающихся к участию медицинской

помощи без предварительной проверки его теоретических и практических знаний.

Определенную сложность представляет то, что Приказ № 629 и Приказ №435н, регулирующие проведение практики обучающихся по программам медицинского образования, не уточняют, каким образом должна проводиться проверка теоретических или практических знаний обучающегося. Поэтому, по нашему мнению, данная проверка должна проводиться в форме своеобразного «зачета», включающего теоретическую и практическую часть, результаты которого должны фиксироваться в письменном виде в трех экземплярах (для обучающегося, медицинской и образовательной организации), каждый из которых должен быть скреплен подписью представителя образовательной и медицинской организации, отвечающих за практику.

Другим примером халатности может стать:

- Допуск к мастер-классу обучающегося, не прошедшего медицинский осмотр, к оказанию медицинской помощи гражданам, в результате чего он инфицировал ряд пациентов, которым оказывал медицинскую помощь;
- Или допуск к работе на медицинском оборудовании без соответствующей подготовки, в результате чего был нанесен вред здоровью пациента.

Итог: существующие правовые нормы сделали процесс привлечения врача (а особенно иностранного специалиста, либо врача с иностранным образованием) сложно исполнимыми на практике, что абсолютно не соответствует духу мастер-класса и многовековым традициям в медицинской профессиональной сфере. Полностью исправить ситуацию и искоренить все вероятные правовые риски, возможно лишь после реакции на существующие проблемы со стороны государства, а именно органов власти, обладающих полномочиями по внесению соответствующих изменений и дополнений в существующие нормативные правовые акты.

Таким образом, многие моменты организации и проведения мастер-классов весьма дискуссионны, но тем не менее, мы призываем организаторов – образовательные и медицинские организации – быть более подготовленными в подготовке мероприятий и обеспечить всем участникам юридическую защиту. ■

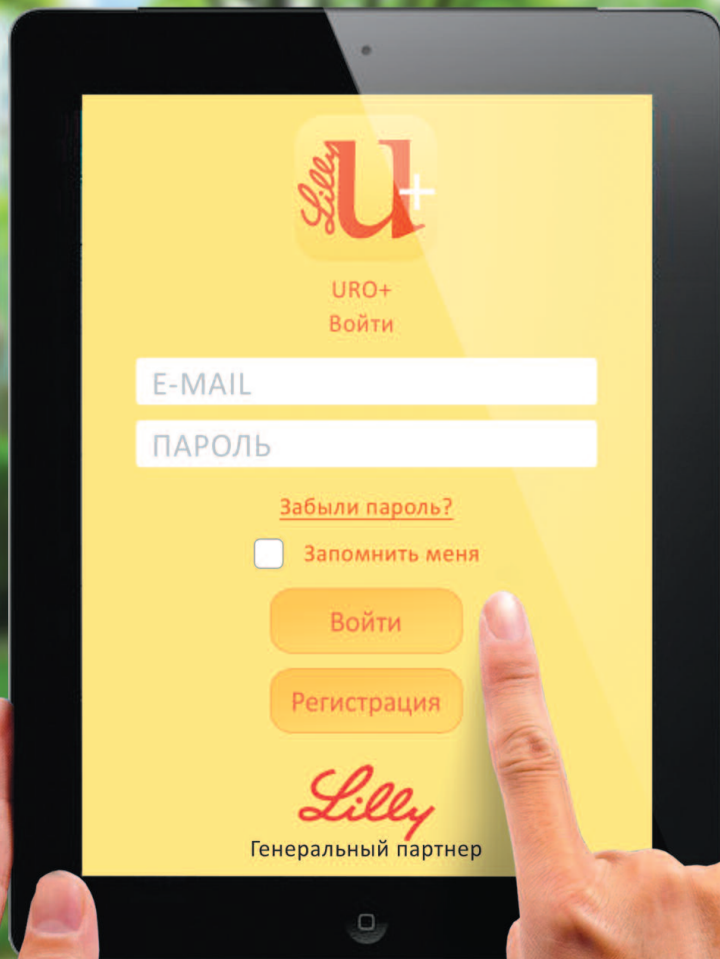
Редакция Дайджеста урологии выражает благодарность генеральному директору «Факультет медицинского права» Полине Георгиевне Габай за подготовку материала и лекцию.

Видео лекции доступно на **Uro.TV**.



Мобильное приложение
для урологов

*Всегда в курсе всех
урологических новостей!*



App Store



Google play

Прогностические факторы выживаемости больных при раке предстательной железы

В 2005 году количество мужчин, заболевших раком предстательной железы (РПЖ), составило 16861, а через 10 лет в 2015 году – уже 38812. Прирост заболеваемости за последние 10 лет составил +105,7%. При общем снижении смертности от всех онкозаболеваний, смертность от РПЖ растет: в 2005 г. было 8192 летальных исходов, в 2015 г. – уже 11987. Вопросы совершенствования диагностического поиска РПЖ и его лечения широко обсуждаются на всех тематических мероприятиях, но самым актуальным вопросом остается прогноз выживаемости пациентов с РПЖ. Вопросы прогностических факторов редакция Вестника РОУ обсудила со старшим научным сотрудником НМИЦХ им. А.В. Вишневого, к.м.н., урологом, онкологом Александром Анатольевичем Грицкевичем.



Александр Анатольевич, как Вы считаете, чем обусловлен такой рост внимания мирового урологического сообщества к теме прогностических факторов РПЖ?

А.А. Грицкевич: В Российской Федерации рак предстательной железы (РПЖ) является одним из наиболее распространенных онкологических заболеваний у мужчин, занимая второе место после опухолей легких. Доля РПЖ в структуре онкозаболеваний составляет 14,4%. Стандартизированный показатель заболеваемости в 2015 году составил 40 на 100 000 мужчин. Вероятно, внимание как раз связано с тем, что число вновь заболевших постоянно растет,



степень информированности пациентов также повышается, и, с одной стороны врачи должны планировать и выбирать те методы лечения, которые индивидуально подходят именно данному пациенту, и для этого нужно понимать их эффективность в перспективе, с другой стороны, пациенты тоже хотят знать свои шансы при таком заболевании.

Считаете ли Вы, что избираемая лечебная тактика РПЖ во многих случаях избыточна?

А.А. Грицкевич: Мы знаем, что большинство типов РПЖ имеют неагрессивный характер. В последние годы сформировалась устойчивая тенденция к изучению выбора наиболее подходящей стратегии и наиболее подходящего вида лечения РПЖ. Учитывая медленные темпы развития и прогрессирования РПЖ и возраст больных, риск смерти от сопутствующих заболеваний часто превышает риск смерти от РПЖ. В то же время лечебные вмешательства, которые проводят при РПЖ, обладают выраженными побочными эффектами и существенно влияют на качество жизни больных. В связи с этим при планировании тактики необходимо тщательно проанализировать факторы риска, связанные с одной стороны с потенциалом прогрессирования рака и с другой стороны – с состоянием соматического здоровья и ожидаемой продолжительностью жизни.

Проводились ли в нашей стране клинические исследования, изучающие прогностические факторы выживаемости?

А.А. Грицкевич: В научно-исследовательском центре хирургии им. А. В. Вишневского была проведена работа, целью которой было улучшение результатов лечения больных РПЖ на основании выделенных факторов прогноза выживаемости в зависимости от клинико-морфологической характеристики опухоли, соматических данных, тяжести интеркуррентных заболеваний, вида лечения и осложнений.

В чем суть работы? Сколько пациентов в ней участвовало?

А.А. Грицкевич: Это достаточно большое исследование с 1127 пациентами с морфологически подтвержденным РПЖ, которое проводилось на базе нескольких ■

медицинских учреждений – ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» г. Москвы, ГБУЗ «ГКБ им. Д.Д. Плетнева (ГКБ №57)» г. Москвы, ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер №1» г. Краснодара с 1995 по декабрь 2016 гг. включительно. Возраст пациентов от 41 до 89 лет, срок наблюдения от 1 до 213 месяцев.

Пациенты были распределены по 4-м группам – в группу хирургического лечения (радикальная простатэктомия – РПЭ) были включены 495 больных, в группу лучевых (гормонолучевых) методов лечения – 256 больных, в группу андрогенной депривации – 305 больных и в группу отсроченного лечения (активное наблюдение/выжидательная тактика) – 71 больной. За время наблюдения всего погибло 423 (37,5%) больных: 189 (16,8%) – от прогрессирования кастратрезистентного РПЖ (КРРПЖ), 228 (20,2%) – от причин, не связанных с РПЖ. От осложнений лечебных мероприятий умерло 6 (0,5%) больных: 4 (0,3%) – из группы радикальной простатэктомии и 2 (0,2%) – из группы дистанционного лучевого лечения (ДЛТ).

Несмотря на агрессивный хирургический подход в лечении больных локализованным и местно-распространенным РПЖ, риск рецидива остается достаточно высоким от 14 до 53%. В нашем исследовании в группе хирургического лечения (n=495) рецидивы РПЖ выявлены у 103 (20,8%) больных. По данным ряда авторов БХР манифестирует в течение первых нескольких лет после РПЭ, что подтверждено и нашими исследованиями: у 76,7% больных рецидив отмечен в первые 2 года.

Насколько изменились подходы в лечении пациентов РПЖ молодого возраста и какие результаты таких подходов?

А.А. Грицкевич: Традиционно, в соответствии с мировыми стандартами больным более молодого возраста и стадией сТЗ, как правило, предлагаются более агрессивные методы лечения – хирургические. Оперативное лечение больных с местно-распространенным РПЖ по свежим ретроспективным данным демонстрируют 15-летнюю 60% онкоспецифическую выживаемость (ОСВ) и 10-летнюю 75% общую выживаемость (ОВ). По другим ретроспективным данным после РПЭ при стадии сТЗb-T4 10-летняя ОСВ была выше 87% и ОВ – 65%. Однако при хирургическом лечении местно-распространенных



форм существенно возрастает риск послеоперационных осложнений и снижения качества жизни. В нашем наблюдении 5-ти и 10-летняя ОСВ при стадии рТ3а демонстрировала 93,7% и 87,3% выживаемость, а при стадии рТ3b – 90,5% и 80,1%, что говорит о вполне достойных результатах лечения этих стадий заболевания.

Имеет ли значение ожидаемая продолжительность жизни для выбора метода лечения?

А.А. Грицкевич: Несомненно, в настоящее время уделяется внимание изучению зависимости выживаемости от ожидаемой продолжительности жизни пациентов и коморбидности. При локализованном РПЖ оценка продолжительности жизни более 10 лет является обязательной для определения выгоды в выживаемости от проведенного местного радикального лечения. Больным более молодого возраста и стадией сТ3, как правило, предлагаются более агрессивные методы лечения: хирургические. Однако коморбидный фон является у мужчин более важной прогностической категорией при анализе общей выживаемости при лечении локализованного РПЖ, чем возраст.

То есть Вы считаете, что при прогнозировании выживаемости коморбидный фон имеет большее значение, чем возраст?

А.А. Грицкевич: В литературе имеются данные, что при прогнозировании выживаемости придается важное значение активности мужчин, нарушению питания и когнитивным расстройствам. Коморбидность является основным предиктором смерти от других причин после РПЭ. Например, в зарубежных работах, в частности Р. Albertsen и соавт., отмечено, что через 10 лет большинство мужчин с индексом коморбидности Чарльсона (ИКЧ) >2 умерли от других причин, независимо от возраста и агрессивности рака. Агрессивность рака имела малое влияние на ОВ. Мужчины с ИКЧ ≤ 2 имеют низкий риск специфической смерти в течение 10 лет, особенно при высокодифференцированных раках. В последнее время для оценки рисков ранней смерти от других причин у больных при радикальных методах лечения все чаще пользуются Шкалой кумулятивного гериатрического риска (CISR-G). ■

В Вашей работе Вы использовали подобные данные?

А.А. Грицкевич: К сожалению, в нашей ретроспективной работе не было возможности пользоваться данным прогностическим инструментом из-за дефицита полной коморбидной информации: показателей эндокринного, метаболического статуса, мышечно-скелетные физиометрические критериев и т.д. В нашей серии наблюдений отягощенный соматический статус (Индекс Чарльсона ≥ 2) снижал 5-ти и 10-летнюю общую выживаемость с 96,2% и 90,2% до 91,4% и 84,2%, соответственно. В многофакторном прогнозе этот показатель являлся независимым прогностическим признаком. На другие виды выживаемости коморбидность не оказывала влияния.

Какие выводы по результатам исследования, проведенного на базе перечисленных Вами клиник, можно сделать?

А.А. Грицкевич: Ретроспективный анализ подтверждает эффективность хирургического, гормонолучевого, гормонального метода, а также целесообразность применения отсроченного лечения у определенных групп больных. Длительная АДТ после ДЛТ увеличивает выживаемость без ПСА рецидива и общую выживаемость. Длительная АДТ, по-видимому, обладает широким спектром отрицательного влияния на метаболический статус мужчин с повышенным риском кардиоваскулярных осложнений. Однако таких достоверных данных в нашей работе получено не было. Выбор длительной гормонолучевой терапии целесообразен у больных с неблагоприятным прогнозом течения болезни.

Планируется провести в дальнейшем для всех групп лечения общий многофакторный анализ влияния на выживаемость больных клинко-морфологических и соматических прогностических факторов, а также вида проводимого лечения. Полученные данные, возможно, позволят говорить об определенной селекции больных для наиболее подходящего вида лечения и возможность прогнозирования дальнейшего течения заболевания. ■

Беседовала В.А. Шадеркина



Что такое сервис медицинских услуг



Nethealth



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



Мы в социальных сетях

Эректильная дисфункция – что нового в 2018 году



И. А. Корнеев

д.м.н., профессор кафедры урологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И. П. Павлова

О новейших достижениях в области диагностики и лечения эректильной дисфункции рассказал на четвертой научно-практической конференции урологов Северо-Западного федерального округа профессор кафедры урологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И. П. Павлова Игорь Алексеевич Корнеев.

Как известно, механизм эректильной функции включает в себя неврологический, васкулярный и тканевый компоненты, реализуемые под гормональным контролем. Таким образом, отсутствие эрекции можно считать неудачей всего организма мужчины, а не отдельных тканей или органов. Вено-окклюзивный механизм при этом является качественным отражением мелких количественных неудач со стороны либо нервных сигналов, либо сосудистых ресурсов, либо гормонального фона.

Каждый второй

Сегодня эректильную дисфункцию (ЭД) рассматривают с двух сторон. С одной из них изучаются признаки копулятивных расстройств, с другой — выявляются признаки эндотелиальной дисфункции. ЭД может служить маркером целого ряда состояний и заболеваний – таких как сахарный диабет, дислипидемия, ожирение, артериальная гипертензия и андрогенный дефицит. Как отметил Игорь Алексеевич, проблемы с эрекцией наблюдаются у каждого второго российского мужчины, и столь же высок уровень распространенности метаболических нарушений.

В частности, при гипертонии, метаболическом синдроме, сахарном диабете и ряде других расстройств наблюдаются хроническое воспаление и дисбаланс сте-



роидных гормонов. Это приводит к функциональным последствиям на тканевом уровне: ухудшается функция нервов и эндотелия, страдает расслабление гладких мышц и их сократимость, наблюдается артериальная недостаточность, снижение кровотока и гипоксия. Как следствие, могут развиваться доброкачественная гиперплазия предстательной железы, симптомы нижних мочевых путей, эректильная дисфункция, а также синдром хронической тазовой боли [1].

Как было озвучено на последнем конгрессе Европейской ассоциации урологов (ЕАУ) в Копенгагене, колумбийские исследователи, обследовав 1060 мужчин и женщин, выяснили, что между метаболическими нарушениями, эректильной дисфункцией и расстройствами мочеиспускания присутствует очень тесная связь [2].

Маркеры эндотелиальной дисфункции

В перспективе для объективной оценки степени выраженности ЭД может применяться маркер эндотелиальной дисфункции эндокан, обычно используемый для отражения патологических нарушений при септических состояниях и диабете. У мужчин с ЭД и членов контрольной группы, как удалось установить турецким исследователям, его уровни существенно различались, в то время как другие системные показатели не выявили достоверных различий [3].

Еще одна возможность оценить наличие ЭД приходит при оценке электрокардиограммы. Зубчатость сегмента QRS предполагает наличие тех или иных склеротических изменений в миокарде и коррелирует с наличием у мужчины эректильных нарушений [4]. Игорь Алексеевич подчеркнул, что это является хорошим дополнением к алгоритмам действующего Принстонского консенсуса, согласно которым среди пациентов с эректильной дисфункцией выделяется группа, у которой высок риск сердечно-сосудистых событий.

В свою очередь, алгоритм, составленный ЕАУ и поддержанный российским урологическим сообществом, включает внимательное обследование пациентов, выявление сопутствующих факторов риска, поиск факторов, которые можно устранить для восстановления эректильной функции, и главное, — комплексное обследование для обнаружения сопутствующих заболеваний, в том числе с привлечением лабораторных текстов, среди которых обязательными являются глюкозо-липидный спектр и определение уровня общего тестостерона крови. ■

Индивидуальный лечебная тактика

К рекомендациям сильной степени доказательности в обновленных документах ЕАУ относятся корректировка факторов образа жизни.

В качестве препаратов первой линии по-прежнему применяются ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа (иФДЭ-5) — модуляторы эрекции. До сих пор нет ни одного исследования, посвященного сравнительной оценке различных препаратов у одной и той же категории пациентов. Доступны, однако, результаты двух мета-анализов, согласно одному из которых наиболее эффективным средством является силденафил, а другому — тадалафил. Игорь Алексеевич отметил здесь необходимость индивидуального подбора препарата, поскольку каждый из них вероятностью будет иметь тот или иной эффект у конкретного пациента.

В рекомендации ЕАУ 2018 года в первой линии попала низкоинтенсивная ударно-волновая терапия. Это стало возможно благодаря опубликованным данным систематического обзора и мета-анализа, подтвердившим ее эффективность [5]. Игорь Алексеевич напомнил, что год назад было опубликовано его с коллегами исследование, по результатам которого применение низкоинтенсивной ударно-волновой терапии у пациентов с легкой степенью эректильной дисфунк-





ции приводит к быстрому улучшению сексуальной функции с последующим постепенным ее снижением [6]. Авторы сделали вывод о том, что пациентам необходима поддерживающая терапия в дальнейшем или же более интенсивный курс изначально. Другая группа российских авторов представила на конгрессе ЕАУ 2018 года несколько иной механизм воздействия на половой член с помощью низкоинтенсивной ударно-волновой терапии с улучшением результатов [7].

Следующими линиями лечения по-прежнему остаются интракавернозная терапия и протезирование полового члена. На постерной сессии конгресса ЕАУ, в частности, была показана работа, согласно данным которой группа, наиболее подверженная риску инфицирования протеза, — пациенты, перенесшие лучевую терапию после радикальной простатэктомии [8].

Со своей стороны итальянские исследователи представили на конгрессе исследование, согласно которому существует группа пациентов, не желающих проходить все ступени классического алгоритма лечения и требующих протезирования сразу после неэффективного лечения препаратами группы иФДЭ-5 [9].

Также недавно опубликовано несколько работ, посвященных лечению болезни Пейрони — искривления полового члена. Существует перспективный метод, связанный со введением непосредственно в бляшку кластридиальной коллагеназы [10; 11].

Помимо этого, перспективным является направление генной инженерии: к примеру, пациенту могут вводиться фрагменты генов, контролирующих регуляцию баланса кальциевых и калиевых каналов [12]. Уже существует российская работа сотрудников института им И. М. Сеченова, показывающая, что компоненты генной терапии — фрагменты стромально-васкулярной фракции из собственной жировой ткани, введенные интракавернозно в половой член — позволяют восстанавливать эректильную функцию у определенной категории больных [13].

Лечение должно подбираться очень индивидуально, с учетом не только медицинских показаний и возможностей современных технологий, но и с пожеланиями пациентов. ■

Источники:

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Gacci M., 2011; | 4. Karabakan M. et al., 2018; | 9. Deho F. et al., 2018; |
| 2. Bravo-Balado A. et al., 2018; | 5. Lu Z. et al., 2018; | 10. Russo G. I. et al., 2018; |
| 3. Arslan B. et al, 2018; | 6. Корнеев И. А. и соавт., 2017; | 11. Cocci A. et al., 2018; |
| | 7. Spivak L. et al., 2018; | 12. Romero-Otero J. et al., 2018; |
| | 8. Ceruti C. et al., 2018; | 13. Epifanova M. et al., 2018. |

Новые рекомендации Европейской академии андрологии по состоянию костного метаболизма у амбулаторных андрологических пациентов

Мужской остеопороз в настоящее время является четко определенным медицинским расстройством с установленными клиническими рекомендациями как по диагностике, так и по лечению.

Однако профилактика и лечение остеопороза у мужчин с низким уровнем тестостерона в андрологической амбулаторной практике до сих пор являются предметом дискуссий. Этот пробел знаний, по крайней мере, частично объясняется противоречием относительно нижнего порога уровня тестостерона, необходимого для поддержания здоровья костной ткани. Дефицит тестостерона может быть явно связан с потерей костной массы, а также с синдромом «хрупкости» у мужчин. Во всяком случае, андрологи всегда должны помнить о вероятности остеопороза у мужчин с подтвержденным гипогонадизмом. Поэтому ведение пациентов с потенциальным гипогонадизмом должно включать полную оценку состояния здоровья костей, помимо клинической и биохимической оценки состояния репродуктивной системы.

Подобная оценка здоровья костной системы оценивает конкретные пункты в анамнезе заболевания и физикальном обследовании. Кроме того, для оценки риска переломов у пациентов с подтвержденным клиническим гипогонадизмом показано выполнение двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии.

Что касается терапии, наряду с другими мерами по предупреждению остеопороза или его лечению, может быть инициирована заместительная гормональная терапия препаратами тестостерона (как описано в клинических рекомендациях по лечению гипогонадизма), хотя данные об ее эффективности в профилактике переломов отсутствуют.

Таким образом, может потребоваться дополнительная лекарственная терапия остеопороза, особенно у мужчин с очень низким уровнем тестостерона, которые подвергаются высокому риску потери костной массы и/или у мужчин, неспособных получать заместительную гормональную терапию.

Общая терапия также должна быть направлена на нормализацию выработки эндогенного тестостерона, если возраст пациента позволяет это сделать. Снижение индекса массы тела при его высоких значениях, рекомендации по увеличению физической нагрузки – фитнес, кардио- и силовые тренировки соответственно возрасту и общему состоянию пациента, применение БАДов и бустеров, действие которых направлено на стимуляцию выработки собственного тестостерона, - все это может способствовать более быстрому достижению цели лечения. ■

Я = АЛЬФА. И СИЛА МОЯ ВНУТРИ

АЛЬФА – современный комплекс с уникальным составом активных натуральных компонентов в удобной упаковке, эффективно и безопасно повышающий уровень тестостерона у мужчин.



На фоне курсового приема комплекса «Альфа» наблюдалось:

- ✓ Повышение уровня общего тестостерона у 74,7% обследованных мужчин
- ✓ Уменьшение симптомов андрогенного дефицита у 95,4% мужчин!
- ✓ Повышение либидо отметили 36,7%, а улучшение качества эрекции - 88,5% мужчин

В ходе лечения, у пациентов не было зарегистрировано каких-либо нежелательных или побочных эффектов.

«Результаты проведённого исследования, позволяют рекомендовать «Альфа» в комплексной терапии пациентов с умеренными и особенно начальными проявлениями андрогенодефицита»

Ефремов Е.А., Коршунов М.Н., Золотухин О.В., Мадькин Ю.Ю., Красняк С.С.
Оценка эффективности и безопасности применения комбинированного препарата «Альфа» в условиях рутинной клинической практики у мужчин с симптомами гипогонадизма: 3-месячное наблюдательное исследование.

SHPharma
source of healing

Свидетельство о государственной регистрации № RU.77.99.88.003.E.001916.05.18 от 07.05.2018

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Глобулин, связывающий половые гормоны (ГСПГ), андрогенный дефицит и уровень общего тестостерона

Признано, что уровень общего тестостерона (ОТ) недостаточно точно характеризует андрогенный статус, если изменяется уровень глобулина, связывающего половые гормоны (ГСПГ). Однако, в исследованиях на людях до сих пор не получены достаточные доказательства существования гипогонадизма, возникающего из-за низкой биологической активности тестостерона.

Цель исследования, проведенного Rastrelli и соавт. заключалась в том, чтобы оценить, связаны ли изменения уровня ГСПГ независимо от ОТ с субъективными и объективными андрогензависимыми параметрами.

В исследовании приняли участие 2622 в возрасте $51,1 \pm 13,5$ лет, посетивших Клинику сексуальной медицины и андрологии по поводу жалоб на сексуальную дисфункцию. Перед началом любого лечения всем пациентам было проведено стандартизированное диагностическое исследование. Были измерены клинические и биохимические параметры. Более высокий показатель по опроснику ANDROTEST использовался как всеобъемлющий маркер более тяжелых симптомов гипогонадизма. Простатспецифический антиген (ПСА) и гематокрит были использованы в качестве объективных суррогатных маркеров биоактивности тестостерона.

После корректировки на уровень ОТ и образ жизни, ГСПГ продемонстрировал значительную положительную связь с оценкой ANDROTEST ($B = 0,79 [0,61; 0,96]$, $P < 0,0001$). И наоборот, более высокий уровень ГСПГ, независимо от уровня ОТ, оказался отрицательно связан с PSA ($B = -0,86 [-0,83; -0,89]$, $P < 0,0001$) и гематокритом ($B = -0,64 [-0,88; -0,40]$; $P < 0,001$), после корректировки для вышеупомянутых факторов, наряду с показателем массы тела и возраста. Кроме того, была обнаружена связь между уровнем ГСПГ и липидами или артериальным давлением. Более низкий уровень ГСПГ, был связан с худшим метаболическим профилем, независимо от уровня общего тестостерона.

Таким образом, более высокий уровень ГСПГ, независимо от уровня ОТ, связан либо с субъективными, либо с объективными характеристиками андрогенного дефицита. Это указывает на то, что помимо гипогонадизма, вызванного нарушением образования тестостерона, существует гипогонадизм, обусловленный более низкой его биологической активностью. ■



КАКОЕ ЭТО СЧАСТЬЕ
БЫТЬ ОТЦОМ!

МИРАКСАНТ® – современный комплекс с уникальным составом необходимых натуральных компонентов, курсовой прием которого, эффективно и безопасно помогает решить проблему мужского (идиопатического) бесплодия.

✓ **ЕДИНСТВЕННЫЙ КОМПЛЕКС ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ, СОДЕРЖАЩИЙ В СВОЕМ СОСТАВЕ ИСТОЧНИК АСТАКСАНТИНА - САМОГО МОЩНОГО ПРИРОДНОГО АНТИОКСИДАНТА!**

На фоне приема «Мираксанта», к третьему месяцу лечения происходит:

- увеличение подвижности сперматозоидов на 22,8%
- увеличение жизнеспособности сперматозоидов на 11,9%
- увеличение средней концентрации сперматозоидов на 9,7%
- положительная динамика к улучшению морфологии сперматозоидов

В ходе лечения, у пациентов не было зарегистрировано каких-либо нежелательных или побочных эффектов.

«Результаты проведённого исследования, позволяют рекомендовать биологически активный комплекс «Мираксант»® в комплексной терапии пациентов с идиопатическим бесплодием, особенно с олигоастенозооспермией»

Ефремов Е.А., Коршунов М.Н., Золотухин О.В., Мадыкин Ю.Ю., Красняк С.С.

Экспериментальная и клиническая урология. 2018. №1. Опыт применения комплексного препарата «Мираксант» у мужчин с идиопатическим бесплодием в условиях реальной клинической практики.



Свидетельство о государственной регистрации № RU.77.99.11.003.E.001874.05.18 от 04.05.2018

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Половые гормоны и употребление алкоголя

Половые гормоны играют важную роль в установлении гендерно-обусловленных структурных и функциональных вариаций мозга, которые могут способствовать различиям в поведении алкогольного потребления.

В журнале *Addiction Biology* был опубликован систематический обзор, в которых изучалось влияние половых гормонов на употребление алкоголя и расстройства, связанные с его употреблением (alcohol use disorder - AUD). В обширном литературном поиске, проведенном в базе данных MEDLINE, PubMed, Scopus и CINAHL, было определено 776 статей, которые затем оценивались по заранее определенным критериям для релевантности и обеспечения качества. Для этого обзора было отобрано в общей сложности 50 статей, в том числе 19 исследований с участием людей и 31 исследование на животных.

Существующие данные подтверждают связь повышенного уровня тестостерона и повышенного риска употребления алкоголя, а также наличия AUD у мужчин. Более того, высокий уровень тестостерона у подростков, также может быть предиктором злоупотребления алкоголем в будущем. Результаты в отношении тестостерона касательно женщин, оказались неубедительными. Напротив, данные подтверждают связь повышенного уровня эстрогенов и повышенного употребления алкоголя у женщин, причем это может быть верно и для у мужчин. Гораздо меньше известно о влиянии прогестиннов на употребление алкоголя и злоупотребление ими у людей.

Для выяснения влияния взаимодействия между различными уровнями половых гормонов на разных стадиях развития на фенотипах, связанных с употреблением алкоголя, и AUD необходимы будущие наблюдательные и экспериментальные исследования, проведенные у обоих полов с комплексной панелью исследуемых гормонов. ■



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

Правила выписки и получения средств индивидуальной реабилитации при нейрогенной дисфункции мочеиспускания в РФ



Г.Е. Тищенко
нейроуролог Реабилитационного центра для инвалидов «Преодоление»
и консультант ФГБУ ЦКБ восстановительного лечения ФМБА России

Оформление инвалидности пациента, подбор и выписка верных технических средств реабилитации — непростые процессы, лежащие в ведомстве как медицинских, так и социальных органов. О том, как правильно наладить взаимодействие, не упустив при этом важные, но малоизвестные детали, рассказала в рамках курса лекций «Мануальные навыки уролога — советы экспертов» Галина Евгеньевна Тищенко, нейроуролог Реабилитационного центра для инвалидов «Преодоление» и консультант ФГБУ ЦКБ восстановительного лечения ФМБА России.

Законодательное регулирование

Обеспечение пациентов средствами реабилитации проводится в России на основании Федерального закона №181 «О социальной защите инвалидов», принятого в 1995 году. Согласно его 9 статье, «реабилитация инвалидов направлена на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности [...] в целях социальной адаптации инвалидов, достижения ими материальной независимости и их интеграции в общество». Со своей стороны, как говорится в статье 10, «государство гарантирует инвалидам [...] получение технических средств реабилитации [...], предусмотренных федеральным перечнем [...] технических средств реабилитации, [...] предоставляемых инвалиду за счет средств федерального бюджета».

Также в нормативную базу входит ряд приказов Министерства труда и социальной защиты РФ. В частности, это приказ от 9 декабря 2014 г. № 998н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов



техническими средствами реабилитации»; приказ от 24 мая 2013 г. №214н «Об утверждении классификации технических средств реабилитации (изделий) в рамках федерального перечня» и приказ от 29 декабря 2014 г. №1200н «О внесении изменений в классификацию технических средств реабилитации (изделий) в рамках федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг».

В пунктах 21–22 приказа №998н перечислены специальные средства при нарушениях функций выделения (моче- и калоприемники), упомянуты также абсорбирующее белье и подгузники. Например, в него включены наборы-мочеприемники для самокатетеризации, куда входят мешок-мочеприемник, катетер лубрицированный для самокатетеризации и емкость с раствором хлорида натрия. В качестве показания указана задержка мочи. Абсолютные медицинские противопоказания — острые воспалительные заболевания мочеполовой системы, травма уретры и стриктура уретры. Также в список включен катетер уретральный длительного пользования. Он выдается при полной или частичной неспособности самостоятельного опорожнения мочевого пузыря. Противопоказаний не имеется. Далее указаны впитывающие простыни (пеленки) размером не менее 40 x 30 см и впитываемостью от 400 до 500 мл. К показаниям относятся стойкие выраженные или значительно выраженные нарушения функции выделения (мочи, кала) вследствие заболеваний, последствий травм, пороков развития центральной и периферической нервной системы, а также заболеваний, последствий травм и пороков развития мочеполовой системы. Абсолютное медицинское противопоказание — аллергическая реакция на материал, из которого изготовлены изделия.

Врач может написать отдельное заключение для сотрудников социальных учреждений с перечнем рекомендованных пациенту средств реабилитации, указав все показания и противопоказания.

Количество и тип технических средств реабилитации

Количество ТСР, выдаваемых за счет государства, прописано в приказе Министерства труда и социальной защиты «Об утверждении сроков пользования техническими средствами реабилитации» от 24 мая 2013 г. №215н. К примеру, срок использования дневных мочеприемников с креплением к ноге, как и ночных прикроватных мешков для сбора мочи, составляет не менее 3 суток. Таким образом, за ■

счет бюджетных средств пациенту может быть выдано не более десятка мочеприемников каждого вида на месяц. Пара ремешков для крепления мочеприемника к ноге должна служить 15 суток. Уропрезервативы — с пластырем и самоклеящиеся — в течение 24 часов. Лубрицированные катетеры для самокатетеризации — не менее 4 часов. Их месячное количество также рассчитывается исходя из указанных сроков.

Лечащий врач определяет вид, тип и количество средств реабилитации, необходимых для адекватной компенсации нарушения функции мочевыделения. В медицинских документах (выписной эпикриз, заключение специалиста и т. д.) отражаются все необходимые пациенту по медицинским показаниям ТСР без учета сроков пользования и наличия в классификаторах. Задача специалистов бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) — разработать индивидуальную программу реабилитации (ИПРА) и определить, за счет каких средств будет происходить обеспечение.

Компенсация средств, потраченных на самостоятельное приобретение ТСР

Непосредственно получение ТСР регламентируется постановлением Правительства РФ от 7 апреля 2008 г. №240 «О порядке обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации», а также приказом Минздрава от 21 января 2011 г. №57н (в редакции от 24 октября 2014 г.) «Об утверждении порядка выплаты компенсации за самостоятельно приобретенное инвалидом ТСР».

Согласно действующим нормам, компенсация выплачивается только в случае, если приобретенное техническое средство или оплаченная услуга предусмотрены индивидуальной программой реабилитации. При этом размер компенсации должен равняться стоимости приобретенного ТСР или оказанной услуги, но не должен превышать стоимость соответствующего ТСР или услуги, которые могли бы быть предоставлены по месту жительства в соответствии с Правилами обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации. Размер компенсации определяется региональным отделением Фонда социального страхования по результатам последнего по времени размещения заказа на поставку ТСР или оказание услуги. Важно понимать, что размер стоимости технического средства определяется согласно цене в госконтракте закупок на момент подачи заявления. Информацию на этот счет можно получить на сайте Фонда социального страхования РФ: fss.ru. Много зависит от закупочных цен ТСР в конкретном регионе.

Путь пациента, нуждающегося в ТСП

Путь пациента, нуждающегося в ТСП, начинается у лечащего врача, который выдает свои рекомендации (выписной эпикриз, справка). Далее в поликлинике по месту жительства врачебная комиссия выдает направление на МСЭ (по форме 88/У, в пункте 34 указываются все необходимые в дальнейшем ТСП). В бюро МСЭ пациенту присваивается группа инвалидности и разрабатывается индивидуальная программа реабилитации. После этого в Фонде социального страхования или Департаменте социальной защиты нужно написать заявление о необходимости обеспечения ТСП с указанием названия, типа и размера. Тут важно уточнить как можно больше важных деталей: например, в случае с катетерами — материал изготовления, тип наконечника и т. д. Задача врача — объяснить все это пациенту. Наконец, пациент получает изделия в пункте выдачи средств реабилитации или же по месту жительства.

Как подчеркнула Галина Евгеньевна, из ургентного стационара пациент с инвалидностью должен не просто выписываться домой, а как можно скорее попадать в реабилитационный центр — в идеале, незамедлительным переводом. Выписывая больного, необходимо также указать в эпикризе, какие именно средства для периодической катетеризации ему понадобятся в дальнейшем, даже если на момент выписки он находится на постоянном уретральном дренаже. Позднее это может серьезно облегчить пациенту и его близким получение нужных ТСП.

Еще один важный момент: в графе ИПРА должен быть верно указан исполнитель проведения реабилитационных мероприятий с применением ТСП, например, Фонд социального страхования (ФСС). Если в этом документе указано обеспечение за счет собственных средств пациента — то государственное снабжение, естественно, не предполагается, что может вызвать серьезное непонимание со стороны больных и их близких.

В Москве все обеспечение ТСП проходит через поликлиники под руководством городского департамента здравоохранения. Поэтому для жителей столицы в графе ИПРА «исполнитель» указывается Департамент здравоохранения города Москвы, а не ФСС. ■

*Полную лекцию Вы можете прослушать в курсе дистанционного образования «Мануальные навыки уролога. Советы экспертов» на образовательном ресурсе для урологов **UroEdu.ru**.*

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы и простатит: реальная клиническая практика, с какими сложностями сталкивается уролог?

О вопросах патогенеза доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) и простатита, а также о том, с какими сложностями сталкиваются урологи в реальной клинической практике рассказал в программе «Уроки урологии» Игорь Алексеевич Корнеев, профессор кафедры урологии Первого Санкт-петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова.

Мнение ЕАУ

Казалось бы, сегодня урологи обладают богатым арсеналом средств лечения данных заболеваний и диагностических методов, однако иногда не так просто справиться с ДГПЖ и простатитом, особенно когда они сочетаются. По всей видимости, как отметил Игорь Алексеевич, когда пациент приходит с жалобой на ДГПЖ или простатит, многие из моментов, запустивших патологические процессы, остаются за пределами контроля врача. Поэтому очень большое внимание уделяется в последнее время факторам, предрасполагающим к развитию как ДГПЖ, так и простатита. Этому, в частности, было посвящено несколько докладов на последнем конгрессе Европейской ассоциации урологов в Копенгагене.

Сегодня лечение рассматриваемых заболеваний может быть этиотропным, патогенетическим, симптоматическим, терапевтическим, хирургическим и комбинированным. Также важно, чтобы оно было персонифицированным и проходило в условиях мониторинга. Вероятно, большим упущением врачей часто становится невнимание к этиологии и патогенезу болезней. На международных урологических конференциях сегодня большое внимание уделяется индивидуальному подходу с учетом имеющихся рекомендаций.

ДГПЖ и простатит — разумеется, разные заболевания с различными методами лечения, но они способны протекать одновременно и включают общие звенья патогенеза. Этим обусловлены общие подходы к профилактике и в целом — к тера-

пии. Также они проявляют себя у пациента схожим образом — в виде симптомов нижних мочевых путей (СНМП). По тем же причинам необходимо помнить о проведении дифференциальной диагностики с другими заболеваниями, приводящими к появлению СНМП.

Клинический случай

Для иллюстрации профессор И. А. Корнеев привел случай из клинической практики. Пациент 57 лет обратился к урологу в связи с медленно нарастающими СНМП и участвовавшими эпизодами эректильной дисфункции, которые он самостоятельно ликвидировал приемом препаратов класса ингибиторов фосфодиэстеразы-5 (ИФДЭ-5). В предыдущий раз уролога посещал давно. Были выявлены начальные признаки ДГПЖ, уровень ПСА после проверки оказался, по словам мужчины, в норме. Около 15 лет назад пациент перенес, как он считает, эпизод простатита. Получал медикаментозное лечение и массаж простаты. По собственному убеждению, вылечился, однако время от времени испытывает боли в промежности. В молодости перенес гонорею, но вылечился. Самочувствие ухудшилось несколько дней назад после посещения бассейна и бани.

Свое обследование пациент начал у терапевта. Зафиксировано повышение артериального давления с назначением препарата Конкор. Также мужчина курит по полпачки сигарет в день, пытается бросить. Почти каждый вечер выпивает по 0,33 л пива. Страдает ожирением, ИМТ=31. При пальцевом ректальном исследовании зафиксированы увеличение, неоднородность и небольшая болезненность простаты, в остальном — без особенностей.

Мужчина также заполнил анкету IPSS (Международная Система суммарной оценки заболеваний предстательной железы). Согласно ее данным, IPSS = 13, симптомы накопления (2, 4, 7) = 6, опорожнения (1, 3, 5, 6) = 7. Качество жизни = 4. Согласно дневнику мочеиспусканий, происходит 10–12 актов мочеиспускания за сутки, максимальный объем = 240 мл. Ночью встает для мочеиспускания 1 раз. Недержания нет.

Лабораторная диагностика показала признаки воспаления, более выраженные в третьей порции:

- 1 порция — лейкоциты 4–10 в п/з, посев *E. Coli* — 10^3 КОЕ/мл;
- 3 порция — лейкоциты скоплениями до 100 в п/з, посев *E. Coli* — 10^5 КОЕ/мл.

- ПЦР на ИППП — отрицательно.
- Клинический и биохимический анализы крови — норма.
- ПСА общий — 4,1 нг/мл.
- Урофлоуметрия — 12 мл/с (объем max).
- На УЗИ визуализируется простата объемом 56,3 см³, неоднородной эхоструктуры с участками повышенной эхогенности. Объем остаточной мочи — 40 см³.

По словам Игоря Алексеевича, относительно этого больного нужно держать в поле зрения сразу несколько диагнозов:

- N40. ДГПЖ (вероятно прогрессирование).
- N41.1. Хронический простатит, активизация воспаления:
 - бактериальный;
 - СНМП умеренно выраженные;
 - показано динамическое наблюдение, присутствует риск развития Са простаты.
- N48.4. ЭД органического генеза — под вопросом.
- E66. Ожирение. Является компонентом метаболического синдрома в сочетании с артериальной гипертензией.

Изменение патогенетического подхода в лечении

Далее Игорь Алексеевич привел данные с конгресса ЕАУ в Копенгагене 2018 года, касающиеся патогенеза рассматриваемых заболеваний, их лечения и предотвращения. В последние несколько лет существенные изменения претерпевает сам врачебный подход к проблеме ДГПЖ. Долгое время считалось, что присутствие аденомы запускает как СНМП, так и обструкцию предстательной железы, и это представление по-прежнему остается актуальным. В последнее время повысился интерес к тому, какие метаболические изменения приводят к появлению этого заболевания [1-3]. Интересно, что многие исследователи уделяют повышенное внимание роли мочевого пузыря и механизмов выделения мочи в развитии патологии.

Целый ряд различных факторов, включая ДГПЖ, простатит, структуры уретры и многое другое, вносят свою лепту в процесс мочеиспускания пациента. В результате наблюдаются симптомы наполнения, опорожнения и постмикционные симптомы [4].



Сравнительно недавно исследователи также стали отмечать параллели между хроническим воспалением в организме, метаболическим синдромом, тазовым атеросклерозом, инсулинорезистентностью и патогенезом не только СНМП, но и самой доброкачественной гиперплазии [5]. Есть мнение, согласно которому там, где есть компоненты метаболического синдрома, выше темпы прироста ДГПЖ [6]. В число факторов риска развития СНМП входят, в частности, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, сахарный диабет и ожирение [7]. По этой причине следует задумываться о том, чтобы пациент с СНМП получил этиотропное лечение: при наличии каждого из перечисленных факторов риск развития СНМП возрастает в несколько раз [8-10].

Структура СНМП у российских мужчин

Сегодня около 35% мужчин в России имеют мягкие формы СНМП, порядка 20% — умеренные и почти 6% — выраженные [7]. Таким образом, можно сделать заключение о системном характере проблемы. Также важно, что после 40 лет распространенность и тяжесть СНМП возрастают, из-за чего есть смысл уделять повышенное внимание пациентам старшей возрастной группы. При этом у трети мужчин в связи с СНМП резко страдает качество жизни, причем сильнее оно страдает у молодых пациентов, так что их тоже нельзя обходить участием. Вдобавок, развитие СНМП может являться у них сигналом начинающихся метаболических нарушений. Также Игорь Алексеевич отметил, что у российских мужчин в структуре СНМП преобладают симптомы накопления.

Определение принадлежности простатита

Предстательная железа, как подчеркнул доктор, находится в такой зоне, что и застойные явления в малом тазу, и инфекции нижних мочевых путей, и уродинамические нарушения, связанные с обструкцией, оказывают на нее свое воздействие. На повестке дня и напоминание об общих звеньях патогенеза ДГПЖ и простатита.

Определение принадлежности простатита к той или иной классификационной категории совсем не обязательно предполагает отсутствие у пациента еще и другого вида заболевания. Так, наличие хронического бактериального простатита

может означать, что в другой части предстательной железы параллельно с этим развивается абактериальный простатит. Вместе с этим мужчина может иметь синдром хронической тазовой боли, обусловленный, к примеру, конгестией или миофасциальными проблемами. Таким образом, наличие в распоряжении уролога квалификационных категорий простатита — еще не ключ к однозначному решению вопроса. К примеру, исследование 2007 года с участием 5540 мужчин показало, что у 764 (13,8%) из них присутствовал хронический простатит и только у 102 из этой части (13,3%) он определялся как бактериальный [11]. Особенно неприятен тот факт, что анатомическое строение простаты предрасполагает к формированию устойчивых колоний бактерий — биопленок, куда с трудом проникают антибактериальные препараты [12]. В некоторых случаях, в периоды ремиссии, возможно, не стоит пытаться воздействовать на эти микроорганизмы из-за низких шансов на полное их устранение.

Как известно, по классификации простатит делится на воспалительный и невоспалительный (синдром хронической тазовой боли, СХТБ). Игорь Алексеевич еще раз подчеркнул, что при рассмотрении бактериального простатита важно не упустить другие виды, протекающие одновременно с ним [13]. Это возможно, если следовать указанному в рекомендациях ЕАУ алгоритму обследования при СНМП у мужчин старше 40 лет [14].

Баланс между консервативным и хирургическим лечением ДГПЖ

После клинического обследования и оценки состояния уродинамики при необходимости можно прибегнуть к хирургическому лечению [15]. Такой вариант следует рассматривать, в частности, при нарушениях образования мочи, наличии обструкции и дисфункции мочевого пузыря. В то же время для подбора симптоматической терапии необходима дотошная работа амбулаторного звена на основании данных IPSS, дневника мочеиспусканий, УЗИ и урофлоуметрии. Рекомендации ЕАУ также содержат в себе алгоритм по выбору лекарственных препаратов. В частности, пациенты с метаболическим синдромом могут оказаться менее чувствительны к проводимой медикаментозной терапии [16]. В ряде случаев возможно даже рассмотреть вариант бариатрической хирургии для снижения веса, что само по себе приводит к уменьшению выраженности СНМП [17]. Также положительное влияние имеет повышение уровня физической активности



[18]. Помогает и коррекция диетического плана со включением большого количества фруктов и овощей [19].

Итак, пациенту с выраженными СНМП на приеме можно рекомендовать бросить курить, употреблять не более 30 г сахара и 6 г соли в день, съедать за день 8 порций овощей и фруктов, пить не более 5 чашек кофе и регулировать потребление воды, снизить употребление алкоголя и повысить уровень физического активности. Многие рекомендации размещены на сайте ЕАУ на английском языке.

Вслед за этим Игорь Алексеевич дал краткую характеристику часто применяемых лекарственных препаратов. В частности, α -адреноблокаторы (α -АБ) используются в первой линии лечения СНМП, достаточно эффективны, с редкими и слабыми побочными эффектами. Не уменьшают, однако, размер простаты и не предохраняют от развития острой задержки мочи в долгосрочной перспективе. Они обеспечивают снижение балла IPSS на 30–40% и увеличение Qmax на 20–25%. Сохраняют эффект на протяжении нескольких лет [4].

Элементом долгосрочной терапевтической стратегии является назначение ингибиторов 5- α -редуктазы (5-АРИ). Эффект от их приема оценивается через 6–12 месяцев лечения. Эти препараты снижают балл IPSS на 15–30% и объем простаты на 18–28%. Повышают Qmax на 1,5–2 мл/с. Снижают риск развития острой задержки мочи и прогрессии, даже если простата в объеме больше 40 мл. Уменьшают вероятность операции в отдаленной (более 1 года) перспективе. Эффект от них наступает медленнее, чем от α -АБ, и более заметен при больших объемах.

Сегодня доступны работы, которые отмечают индикаторы прогрессирования ДГПЖ, такие как большой объем простаты, повышенный уровень ПСА, большой объем остаточной мочи, низкий показатель Qmax и возраст более 62 лет [20, 21]. Пациент, приведенный ранее в клиническом примере, соответствует почти всем этим критериям, так что ему может быть назначена комбинированная терапия. Среди ингибиторов 5- α -редуктазы и финастерид, и дутастерид при этом одинаково эффективны.

На конгрессе ЕАУ также прозвучало предположение, что когда СНМП опорожнения преобладают над симптомами накопления, можно начинать терапию с назначения α -АБ, а когда наоборот — с М-холинолитиков, если же нет возможности их назначить — с β -адреномиметиков. При риске прогрессирования назначаются вначале 5-АРИ, а при наличии эректильной дисфункции подключаются ИФДЭ-5. Наконец, при ночной полиурии с осторожностью могут назначаться ана-

логи десмопрессина [15]. Таким образом, существует 58 возможных комбинаций этих шести групп препаратов, применимых в самых разных обстоятельствах с учетом индивидуальных особенностей пациента [22].

Ведущую роль в терапии простатита играют антибактериальные препараты: средствами выбора здесь являются левофлоксацин, офлоксацин и цiproфлоксацин, согласно российским клиническим рекомендациям [23]. Также положительный эффект может иметь комбинированная терапия с α -АБ, продолжительность приема которых может выходить за рамки курса антибактериальной терапии [24]. Также, при обследовании пациента с хронической тазовой болью необходимо учитывать психосоциальные, неврологические и ряд других факторов.

Возвращаясь к клиническому примеру, профессор отметил, что у этого пациента ведущим диагнозом оставил бы прогрессирующую ДГПЖ и порекомендовал бы длительную терапию 5-АРИ в комбинации с α -АБ, которая может сочетаться с терапией активного хронического простатита и препаратами из группы фторхинолонов. Вопрос о поддержании эректильной функции, по мнению доктора, можно временно отложить и вернуться к нему после нормализации состояния предстательной железы и снятия воспаления. Также параллельно требуются коррекция массы тела и лечение артериальной гипертензии.

Патогенез простатита и СНМП является многофакторным. Приступая к диагностике и лечению пациента, необходимо опираться на принципы доказательной медицины, применять индивидуальный подход, использовать устоявшиеся алгоритмы и клинические рекомендации. Тем временем исследования в данной области продолжаются и могут прояснить еще многое относительно патогенеза простатита и ДГПЖ. ■

Источники:

1. Abrams P, New words for old: lower urinary tract symptoms for «prostatism», *BMJ*, 1994
2. Chapple C. R., Roehrborn C. G., A shifted paradigm for the further understanding, evaluation and treatment of lower urinary tract symptoms in men: focus on the bladder, *Eur Urol*, 2006
3. Cornu J.-N. et al., A contemporary assessment of nocturia: definition, epidemiology, pathophysiology, and management — a systematic review and meta-analysis, *Eur Urol*, 2012
4. Gravas S. et al. Guidelines on the management of non-neurogenic male lower urinary symptoms (LUTS), incl. benign prostatic obstruction. *European Association of Urology*, 2015
5. De Nunzio C. et al., The correlation between metabolic syndrome and prostatic diseases, *Eur Urol*, 2012



6. Gacci M. et al., *Prostate cancer, Prostatic dis*, 2017
7. Корнеев И. А., *Эпидемиология расстройств мочевого пузыря у мужчин в Российской Федерации, Урология*, 2016
8. Корнеев И. А. и соавт., *Детерминанты риска развития эректильной дисфункции у мужчин в Российской Федерации: анализ результатов эпидемиологического исследования, Урология*, 2014
9. Korneyev I. A. et al., *Prevalence and risk factors for erectile dysfunction and lower urinary tract symptoms in Russian Federation men: analysis from national population-based multicenter study*, *Int J Impot Res*, 2016
10. Kogan M. I. et al., *Epidemiology and impact of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms: results of the EPIC survey in Russia, Czech Republic, and Turkey*, *Curr Med Res Opin*, 2014
11. Bartoletti R. et al., *Prevalence, incidence, estimation, risk factors and characterization of chronic prostatitis / chronic pelvic pain syndrome in urological hospital outpatients in Italy: results of a multicenter case-control observational study*, *J Urol*, 2007
12. Stickler D. J. et al., *Biofilms on indwelling urethral catheters profuse quorum-sensing signal molecules in site and in vitro*, *Appl Environ Microbiol*, 1998
13. Крупинин А. В., *Хронический бактериальный простатит. Клинические аспекты патогенетической терапии: автореф. соиск. канд. мед. наук*, Спб, 2017
14. *European Association of Urology, Guidelines*, 2014
15. Garcia Mora A., *EAU*, 2018
16. Cyrus A. et al., *Impact of Metabolic syndrome on response to medical treatment of benign prostatic hyperplasia*, *KJU*, 2014
17. Luke S. et al., *Effects of bariatric surgery on untreated lower urinary tract symptoms: a prospective multicentre cohort study*, *BJU International*, 2014
18. Kellogg Parsons J., Kashefi C., *Physical activity, benign prostatic hyperplasia, and lower urinary tract symptoms*, *EAU*, 2008
19. Kellogg Parsons J., *Modifiable Risk factors for benign prostatic hyperplasia and lower urinary tract symptoms: new approaches to old problems*, *J Urol*, 2017
20. Зырянов С. К. и соавт., *Оригинальный и генерические тамсулозины: есть ли разница? Урология*, 2013
21. Crawford E. D., *Baseline factors as predictors of clinical progression of benign prostatic hyperplasia in men treated with placebo*, *J Urol*, 2006
22. Seob Shin Y. et al., *Twelve-week, prospective, open-label, randomized trial on the effects of an anticholinergic agent or antidiuretic agent as add-on therapy to an alpha-blocker for lower urinary tract symptoms*, *Clin Interv Aging*, 2014
23. *Антимикробная терапия и профилактика инфекций почки, мочевыводящих путей и мужских половых органов. Федеральные клинические рекомендации*, М., 2007
24. Curtis Nickel J., *Role of α 1-blockers in chronic prostatitis syndromes*, *BJU International*, 2008

Аккредитация врачей: кто платит, как и за что

Согласно официальным данным, в 2017 году процедуру аккредитации медицинских работников впервые прошли 31 тыс. 119 человек — это порядка 98% от всего числа допущенных к процедуре специалистов. Вместе с тем, нововведения в части непрерывного медицинского образования по-прежнему вызывают у многих врачей вопросы.

Кто платит за аккредитацию врача?

Одно из распространенных заблуждений относительно системы непрерывного медицинского образования — то, что теперь врачам придется платить за учебу из собственных средств. Это далеко не всегда так. Например, в соответствии со статьей 72 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан» медицинские работники не могут быть обязаны оплачивать аккредитационное обучение.

Законодательством закреплено, что врач имеет право на повышение квалификации и переподготовку за счет средств работодателя. Также 196 статья Трудового кодекса РФ оговаривает, что обучение персонала входит в обязанности учреждения, если это является условием деятельности сотрудников. Минздрав уточняет, что в ряде случаев оплачивать обучение можно и за счет физических лиц, однако работодатель не должен обязывать врачей к этому.

Помимо этого, нельзя требовать от сотрудников, чтобы они учились в свое свободное время: обучение в системе непрерывного медицинского образования может проходить только в рабочее время, с отрывом либо без отрыва от места работы. Стоит, однако, отметить, что в заочной форме на сегодня реализуется крайне малое количество программ, и в подавляющем большинстве это курсы частных образовательных организаций. Допуск врача к профессиональной деятельности в порядке аккредитации таким образом не производится.

По-прежнему в силе Приказ Минобрнауки №499 от 1 июля 2013, оговаривающий переподготовку врачей из федерального и региональных бюджетов. Помимо этого, сегодня возможно оплачивать обучение сотрудников за счет средств территориальных фондов обязательного медицинского страхования (ОМС) — в том случае, если присутствует действующий договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС на текущий финансовый год.



Что должно сделать руководство медицинского учреждения

Согласно действующим на сегодня нормам, руководство медицинской организации напрямую не участвует в аккредитации своих специалистов, если члены руководства лично не приглашены в состав той или иной аккредитационной комиссии. Впрочем, относительно собственно процедуры аккредитации у руководителя медицинской организации существует ряд безусловных обязанностей.

1. Постоянно отслеживать, какие врачи проходят ежегодную аккредитацию в следующем году и принимать на работу только тех, кто имеет действующее право на осуществление медицинской деятельности.

2. Следить за сроками сертификатов у уже работающих сотрудников. Стоит отметить, что на данный момент все выданные ранее сертификаты действуют до указанной даты их окончания. Если сертификат специалиста окончился в конце 2016 года и позднее, он мог еще раз пройти процедуру сертификации, но после получения документа до 2021 года должен начать процедуру аккредитационного обучения.

3. Создавать сотрудникам соответствующие условия для успешного прохождения процедуры аккредитации.

Что должен сделать лично врач

Со своей стороны врач должен написать соответствующее заявление о направлении на учебу, которое руководитель, в соответствии с действующими нормативными актами, обязан удовлетворить.

Иногда работодатели включают в трудовой договор сотрудников обязанность отработать после обучения определенный срок либо компенсировать организации затраты на обучение. На сегодня это не противоречит Трудовому кодексу только если речь идет о дополнительном обучении. Однако если пройти обучение необходимо для допуска к работе, к чему относится процедура аккредитации действующих специалистов, такие требования противозаконны, и если после прохождения учебы врач решит уволиться, взыскивать с него расходы на переподготовку нельзя.

Если главный врач медицинского учреждения не создает условия для получения свидетельства об аккредитации или сертификата, Росздравнадзор при проверке может расценить это как грубое нарушение лицензионных требований. Для коммерческих ■

медицинских организаций возможный объем штрафа достигает 100–200 тыс. рублей, для государственных — 170–250 тысяч. Кроме того, возможной мерой наказания, согласно КоАП РФ, является приостановка деятельности учреждения на срок 90 календарных дней.

Что нужно сделать вместе - руководству и врачу

Подходя к вопросу аккредитации, в первую очередь нужно выбрать необходимую программу и подготовить заявку на обучение. Все действующие программы перечислены на Портале непрерывного медицинского образования Минздрава РФ по адресу edu.rosminzdrav.ru. Сроки и темы обучения сотрудник выбирает сам, но должен далее согласовать с главным врачом, который подписывает созданную заявку. После этого, если планируется оплачивать учебу из средств ОМС, медицинская организация готовит проект соглашения с территориальным фондом. При этом, в соответствии с ФЗ №273 «Об образовании», к проекту соглашения необходимо приложить договор на обучение по дополнительной профессиональной образовательной программе и заявление самого работника. Проект подается в двух экземплярах. Его типовая форма указана в Приказе Минздрава 354 от 6 июня 2016 года.

Далее территориальный фонд ОМС должен рассмотреть заявку в течение 3 рабочих дней и подписать соглашение либо вернуть его с замечаниями на доработку. Следующий шаг — составление заявки на оплату. Она должна быть подана в фонд ОМС за 15 календарных дней до начала очередного квартала. При этом в поле «Направление на повышение квалификации» указываются точные наименование и продолжительность программы, выбранной врачом после согласования с руководством, а в поле «Обоснование стоимости повышения квалификации» объясняется, почему именно эта образовательная программа отражает специфику работы в конкретной медицинской организации. Желательно также привести сравнительный анализ со стоимостью программ в других регионах и выдвинуть дополнительные аргументы в пользу выбора программы.

Далее необходимо оформить расход средств по коду бюджетных расходов 244: «Прочая закупка товаров, работ и услуг для обеспечения государственных нужд». В бухгалтерском учете обучение отражается под статьей 226: «Прочие работы и услуги», в соответствии с Приказом Министерства финансов № 65 от 2013 года. Сами деньги поступят на счет учреждения по графику, указанному в приложении к Соглашению о финансовом обеспечении образовательных учреждений.



Каждый работник, завершивший обучение по выбранной программе, в течение 10 дней должен направить руководителю две копии документа об окончании курса. Их медицинская организация пересылает в территориальный фонд ОМС и в органы управления здравоохранением.

Если, используя такую схему, медицинская организация к 1 января нового финансового года не успела потратить все полученные средства, остатки она должна направить на те же цели, то есть на повышение квалификации сотрудников.

А если ничего не делать?

Новая система переподготовки многим кажется непривычной и запутанной, поэтому часть докторов просто откладывает ознакомление с ней. Следует, однако, помнить, что невнимание к учебным требованиям может грозить проблемами в будущем. Так, если со своей стороны врач или другой медицинский работник игнорирует указания руководства о необходимости прохождения учебного курса, работодатель имеет право применить ряд мер воздействия.

1. Отстранение от работы на срок до 2 месяцев.
2. Перевод на другую должность, не требующую специального права для осуществления.
3. Прекращение трудовых отношений с сотрудником.

Чего ждать дальше

На расширенном заседании коллегии Минздрава РФ 30 марта 2018 года глава министерства Вероника Игоревна Скворцова заявила, что готовится проект нового закона, ужесточающего контроль над качеством выполнения врачами своих функций. По ее словам, принятие закона позволит получать первые сигналы, если доктор недостаточно профессионально выполняет свою работу. За этим последует не жесткое наказание врача, а внеочередная аккредитация и дальнейшее решение о допуске его к профессиональной деятельности. Пока, однако, эта идея еще не отражена в государственных документах, но дает дополнительный повод как следует ознакомиться со всеми нововведениями в системе непрерывного образования врачей. ■

*Материал подготовила В.А. Шадеркина
Использованы открытые источники*

Будущее здравоохранения уже здесь: примеры реализованных проектов



С. С. Красняк

младший научный сотрудник отдела андрологии и репродукции человека НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина

Медицина сегодня как никогда остро заинтересована в освоении новейших технологий. Краткий обзор достижений искусственного интеллекта в области охраны здоровья представил на

1134 заседании Московского общества урологов Степан Сергеевич Красняк, младший научный сотрудник отдела андрологии и репродукции человека НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина.

Офтальмология

Одно из интересных решений, предложенное Стэнфордским университетом, было посвящено распознаванию диабетической ретинопатии. На материале 128175 изображений сетчатки с участием 54 сертифицированных офтальмологов была обучена сверхточная нейронная сеть. В итоге она научилась распознавать это состояние лучше, чем сами врачи: если у них чувствительность при диагностике составляла 83,8%, а специфичность — 98,1%, то у нейронной сети — 97,5% и 93,4% соответственно. Показатель общей прогностической ценности (ОПЦ) у офтальмологов равнялся при этом 96,5%, а у машины — 99,8%.

В другой работе группа исследователей выяснила, что искусственный интеллект по изображению сетчатки может определить возраст пациента, его пол, индекс массы тела, систолическое и диастолическое артериальное давление в момент получения снимка, а также зафиксировать повышение уровня гликированного гемоглобина и наличие привычки к курению. Материал получен на основании 284335 изображений [1].

Онкодерматология

Еще одно важное исследование посвящено диагностике меланомы. Нейросеть обучалась на 127463 изображениях участков кожи при участии 21 сертифицированного дерматолога с различным уровнем опыта. Вслед за этим на 1942 тестовых изображениях сеть должна была отличить злокачественные кожные образования от доброкачественных [2].



В результате положительная прогностическая значимость диагностики (ППЗ) врача составила 86,6%, а нейросети — 95%. Эта разработка уже внедрена в практику телемедицины.

Урология

Достижения искусственного интеллекта применяются и в урологии. В частности, опубликована статья, посвященная прогнозированию выживаемости пациентов с раком предстательной железы. Для этого применялся набор переменных, выявленных нейросетью на основании так называемой нечеткой логики — математического инструмента, способного учитывать промежуточные варианты в различных вопросах, а не только утверждение и отрицание. Таким образом, отобрав 10–20 переменных, при помощи этой технологии можно получить прогноз по выживаемости конкретного пациента с учетом всех его индивидуальных особенностей [3].

На минувшем конгрессе Европейской ассоциации урологов в Копенгагене проводилась постерная сессия, посвященная применению искусственного интеллекта и нейронных сетей в урологии. Там была представлена работа из Японии по применению сверхточных нейросетей для диагностики опухолевых поражений простаты на предбиопсийных МРТ-изображениях. Точность определения составила 70% — небольшой показатель, по сравнению с остальными рассмотренными. Однако нужно учитывать, что нейросеть у японских исследователей обучалась лишь на 57 изображениях МРТ с наличием рака простаты и 26 контрольных. Это очень мало, поскольку для качественного обучения необходимо значительное число изображений.

Еще один пример представили доктора из Китая: они обучили высокопроизводительную нейронную сеть распознавать опухоли на биопсийных изображениях предстательной железы. На основании 918 срезов от 283 пациентов была достигнута точность диагностики в 99,38% [4].

Кардиология

Другим интересным исследовательским направлением является компьютерное моделирование. В частности, французская компания Dassault Systemes представила недавно проект «Живое сердце». Объединив кардиографические, КТ- МРТ- и другие данные, разработчики создали реальную модель органа. Такую же модель сердца можно составить на базе данных любого пациента. Она может применяться, в ■

частности, для моделирования лекарственных аритмий. Так, в эксперименте через 40 часов вычислений система смогла назвать риск развития аритмии у определенного пациента при назначении ему конкретного препарата. Также производилось моделирование гемодинамики после установки пациенту искусственного митрального клапана. В данный момент исследователи применяют свои наработки к созданию модели стопы.

Неврология

Широко известная сегодня технология — экосистема обработки медицинских данных IBM Watson health. Согласно опубликованным на сегодня данным, она в 93% случаев способна предугадать вариант лечения, предлагаемый междисциплинарным онкологическим консилиумом. Также в декабре 2017 года искусственный интеллект проранжировал 1500 белков с точки зрения их связи с боковым амиотрофическим склерозом (БАС). Для 8 белков из «верхней» выявленной десятки впоследствии была подтверждена связь с БАС, при этом 5 из них никогда ранее не ассоциировались с заболеванием. Вся операция заняла при этом всего несколько часов. В другом эксперименте, проанализировав 1018 историй болезни пациентов, Watson в 99% случаев предложил варианты лечения, аналогичные назначенным врачами. Однако для 300 больных он представил варианты, о которых лечащие доктора даже не задумывались. Также машина способна сократить время интерпретации полногеномного секвенирования глиобластомы со 160 человеко-часов до 10 минут.

Логистика пациентов и лекарственных препаратов

От искусственного интеллекта Степан Сергеевич перешел к более насущному вопросу транспортировки пациентов. К примеру, на территории США 3,6 млн человек ежегодно пропускают визит к врачу из-за отсутствия транспортных средств. Для борьбы с этой проблемой там открыта служба Uber Health. В числе ее задач — доставка вакцин от гриппа в преддверии сезона высокой заболеваемости. Вместе с ними в труднодоступные районы приезжает средний медицинский персонал для проведения вакцинации. Другое направление работы сервиса — плановая медицинская транспортировка пациентов.

Медицинская визуализация

Новые технологии применяются и в сфере медицинской визуализации. Например, компания Arterys занимается моделированием изображений на КТ и МРТ. Один из при-



меров — трекинг патологических образований. К примеру, когда пациенту впервые делается КТ, система автоматически размечает патологические узлы. Далее, при следующем проведении КТ, искусственный интеллект отслеживает эти образования и сравнивает их объем с зафиксированным ранее. Таким образом прослеживается динамика развития новообразований. Также на основании данных МРТ можно проследить аортальную гемодинамику в предельно сжатые сроки: если раньше процесс мог занимать у врача порядка 40 минут, то сейчас система способна справиться с этой задачей за 15 секунд.

Медицинские устройства для аускультации

Очень широкая область развития — компактные медицинские устройства и приложения для смартфонов. Например, Steth IO представляет собой чехол для мобильного телефона со встроенным в него стетоскопом, который фокусирует звук и направляет его в динамики мобильного телефона. Таким образом можно записать визуализированные данные аускультации даже через одежду пациента. Устройство уже одобрено для использования американским Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов — FDA.

Анализаторы эмоций и голоса

Также на рынке представлен носимый анализатор эмоций Feel. Его работа базируется на снимаемых показаниях электропроводимости и температуры кожи, ЧСС и вариабельности ритма. Устройство при этом выглядит как браслет. Зафиксировав резкую перемену в показаниях, система спрашивает у носителя, все ли с ним в порядке и не нужна ли экстренная помощь, а также предлагает простые методы успокоения типа дыхательной гимнастики. Такой гаджет может быть полезен для людей, страдающих, к примеру, депрессиями или паническими атаками.

Еще одна система — BeyondVerbal — анализирует эмоции по голосу. По шкале от 1 до 100 она оценивает значимость объекта разговора для говорящего, степень возбуждения, характер высказывания (от мрачного до конфронтационного), а также определяет 11 вариантов настроения.

Анализ голоса — в принципе достаточно перспективное направление. Так, исследование, предпринятое в американской клинике Мэйо, ставило своей целью определение вероятности ишемической болезни на основании голосовых данных. Анализировались 3 записи от каждого пациента: в одной из них человек просто читал заготовленный ■

текст, в двух других описывал случаи, связанные с позитивным и негативным эмоциональным опытом. Всего было отобрано 87 коэффициентов Фурье для частот чистых тонов, при этом выяснилось, что наличие одного из них повышает риск ишемии сердца в 4 раза [5].

Также по распределению пиков голосовых частот оказалась возможна диагностика аутизма у детей с чувствительностью 80%, специфичностью 90% и ППЗ 89% [6]. Как пояснил Степан Сергеевич, такая находка полезна для диагностики аутистических расстройств на ранних стадиях, что крайне важно для дальнейшей адаптации ребенка.

Социальная поддержка пациентов

В заключение доктор напомнил, что здоровье человека во многом определяется так называемыми социальными детерминантами, среди которых уровень дохода, качество питания, уровень образования, доступ к медико-санитарной помощи, трудовая занятость, условия проживания и экологическая обстановка в месте обитания. В этой сфере достижения искусственного интеллекта также способны оказать человечеству немалую поддержку. Например, ресурс Healthify представляет собой платформу по управлению социальными детерминантами здоровья. Его поисковая система взаимодействует с различными объектами, предоставляющими ту или иную социальную поддержку: бесплатное питание, помощь по уходу за детьми и так далее. Также сервис предоставляет аналитические данные с учетом множества факторов, оказывающих влияние на здоровье пользователя. С точки зрения Степана Сергеевича, эта платформа имеет большой потенциал для использования в государственных и социальных учреждениях.

Источники:

1. Ryan P. et al., Prediction of cardiovascular risk factors from retinal fundus photographs via deep learning, *Nature Biomedical Engineering*, vol. 2, 2017: 158–164
2. Esteva A. et al., Dermatologist-level classification of skin cancer with deep neural networks, *Nature*, 2017
3. Stankovic J., Stankovic M., Estimation of the Most Influential Factors for survival probability prediction of prostate cancer patients, *Cancer Invest*, 2017
4. Zhang C. et al., High accuracy and effectiveness with deep neural networks and artificial intelligence in pathological diagnosis of prostate cancer: initial results, *Eur Urol Suppl*, 2018
5. Maor E. et al., Voice signal characteristics are independently associated with coronary artery disease, *Mayo Clin Proc*, 2018
6. Booneh Y. S. et al., Abnormal Speech spectrum and increased pitch variability in young autistic children, *Front Hum Neurosci*, 2011

Материал подготовила Ю.Г. Болдырева

Видео выступления можно посмотреть на сайте **Evercare.ru** и **Uro.TV**



Мобильные технологии здоровья!

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

www.evercare.ru

Имеет ли врач право отказаться от пациента?



Т.О. Шилюк

кандидат юридических наук, старший преподаватель кафедры административного права и процесса ФГБОУ ВО «Московский государственный юридический университет им. О.Е. Кутафина»

Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» одним из главных принципов российского здравоохранения

считает недопустимостью отказа в оказании медицинской помощи (п. 7 ст. 4). Этот принцип означает, что не допускаются отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и взимание платы за ее оказание медицинской организацией, участвующей в реализации этой программы, а также медицинскими работниками такой медицинской организации.

Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации (принят Первым национальным съездом врачей Российской Федерации 05.10.2012) не содержит указания на возможность отказа врача от пациента. Наоборот, указывает на обязательства врача добросовестно исполнять профессиональный долг.

Однако ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» закрепил и те нормы, что защищают права и интересы лечащего врача. Так, ч. 3 ст. 70 Закона гласит: Лечащий врач по согласованию с соответствующим должностным лицом (руководителем) медицинской организации (подразделения медицинской организации) может отказаться от наблюдения за пациентом и его лечения, а также уведомить в письменной форме об отказе от проведения искусственного прерывания беременности, если отказ непосредственно не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих. В случае отказа лечащего врача от наблюдения за пациентом и лечения пациента, а также в случае уведомления в письменной форме об отказе от проведения искусственного прерывания бере-



менности должностное лицо (руководитель) медицинской организации (подразделения медицинской организации) должно организовать замену лечащего врача.

Таким образом, для реализации этого права необходимо соблюсти следующие условия:

- отказ должен быть согласован с должностным лицом медицинской организации;
- отказ не должен создавать угрозу жизни пациента и здоровью окружающих;
- медицинская организация должна немедленно организовать замену лечащего врача.

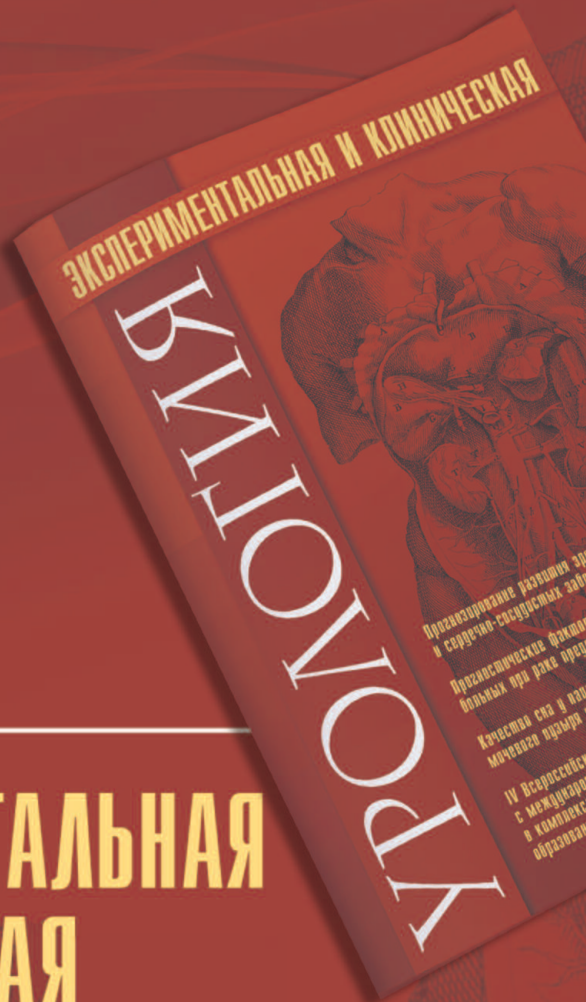
При этом законодательство не устанавливает перечень случаев, при которых врач вправе отказаться от пациента. То есть при соблюдении всех вышеперечисленных условий врач может реализовать данное право, независимо от имеющихся у него для этого оснований. Например, если пациент нарушает или не соблюдает предписания по лечению или ведет себя агрессивно по отношению к врачу и в других случаях.

Невозможность отказа установлена только в одном случае, когда речь идет об оказании экстренной помощи медицинским работником или медицинской организацией, что закреплено ч. 2 ст. 11 ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации».

На медицинское учреждение, оказывающее платные медицинские услуги, распространяются аналогичные правила.

Условия получения платных медицинских услуг, порядок оплаты, права, обязанности и ответственность сторон должны быть предусмотрены договором, который заключает пациент с медицинской организацией. Договор об оказании платных медицинских услуг по своей природе является публичным, т.е. медицинская организация не может отказать в заключение такого договора, если у нее есть возможность предоставить требующиеся медицинские услуги. Такой порядок установлен ч. 1 и ч. 3 ст. 426 ГК РФ.

В случае заключения договора на оказание платных медицинских услуг врач также вправе отказаться от пациента, если при этом будут соблюдены все необходимые условия. Медицинская организация также может предусмотреть основания такого отказа в договоре на оказание платных медицинских услуг. ■



журнал

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ УРОЛОГИЯ



UROMEDIA

Издательский дом «УроМедиа»



Этапы большого пути

2009 – год создания

2011 – включен в РИНЦ

2012 – включен в Перечень ВАК

Миссия:

научная, исследовательская,
образовательная



Аудитория

Целевая аудитория –
урологи, онкологи, андрологи,
врачи смежных специальностей

Адресная база **4571** человек
База обновляется 1 раз в 12 месяцев



Авторы журнала

Врачи, ученые из России, СНГ,
Европы, США (**1194** автора)

Ежегодно около **68** новых авторов

Средний возраст авторов – 48 лет
(самый продуктивный научный возраст)

Средний индекс Хирша авторов – **6,5**





Редакционная коллегия и Совет

Главный редактор –
член-корреспондент РАН
О.И. Аполихин

Ред. коллегия:

- **23** специалиста

Ред. Совет:

- **11** ученых из России
- **4** ученых из зарубежных стран



Активность журнала

Тираж **5000** экземпляров
Выход 1 раз в 3 месяца
География журнала: Россия, СНГ

Распространение (почтовая рассылка)
бесплатное для врачей:

- Россия – индивидуальные подписчики, кафедры урологии, областные и краевые медицинские учреждения
- СНГ – кафедры урологии

Просмотры статей:

- бесплатно на сайте <https://ecuro.ru/>
- через мобильное приложение для урологов **Uro+**
- на сайте Научной электронной библиотеки (**10267** просмотров в год)

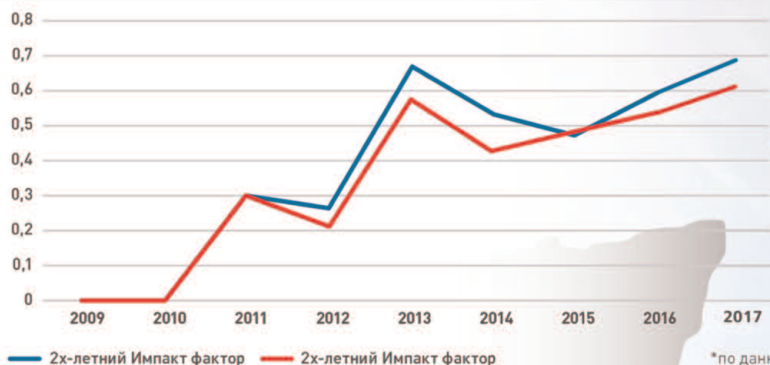




Публикационная активность

- Открытый свободный доступ к полнотекстовым версиям статей на сайте журнала <https://ecuro.ru/>
- Двойное слепое рецензирование
- Публикации и предпечатная подготовка статей бесплатны для авторов
- 2х-летний импакт-фактор (ИФ) – **0,698** (2017 г)
- 5-летний ИФ – **0,611** (2017 г)
- 10-летний индекс Хирша – **10**

Эволюция импакт-фактора 2009-2016*



*по данным РИНЦ

Экспериментальная и клиническая урология -

Один из самых читаемых
и цитируемых профессиональных
урологических журналов!

Мы открыты к сотрудничеству!

Контактное лицо:

Шадеркина Виктория Анатольевна

+7-926-017-52-14

viktoriashade@uroweb.ru

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

Экспресс-анализ мочи

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



Вес: 180 г

300 анализов на одном заряде батареи

Ресурс: 5000 исследований

Гарантия 12 месяцев

Беспроводной протокол передачи данных

Простота эксплуатации

Результат за 1 минуту

Бесплатное мобильное приложение

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

11 исследуемых параметров

> ИССЛЕДУЕМЫЕ ПАРАМЕТРЫ

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



Редакция дайджеста:

- » Главный редактор Аполихин Олег Иванович, чл.-корр. РАН, 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
 - Зеленская Мария Петровна
 - Болдырева Юлия Георгиевна
 - 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.



Издательский дом «УроМедиа»