

**Урология –
итоги 2014**

**Съезд
роботических
хирургов**

**Урология МЧС:
национальный
подход
к лечению МКБ**

АКТУАЛЬНО:

**Скрининг РПЖ:
TO BE OR NOT TO BE?**





URO+

ПОИСК

Первое мобильное приложение для урологов

*Всегда в курсе всех
урологических новостей!*



- УДОБСТВО
- БЫСТРОТА
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ



на платформе:
Mac OS, Android





·»» Тема номера: Урология. Итоги 2014: успехи, прогресс, развитие	2
·»» Скрининг РПЖ: TO BE OR NOT TO BE?	8
·»» Российская неделя здравоохранения	20
·»» Полярный привет: уролог из Ярославля покоряет Арктические широты.	22
·»» Урологи в каменных лесах Якутии	26
·»» Динамика роста резистентности E.coli в моче к ципрофлоксацину. Данные бактериологической лаборатории РКБ им. Н.А. Семашко за 2009-2013 гг.	32
·»» В центре внимания – мужская фертильность	34
·»» В Краснодарском Онкоцентре работает лучший онкоуролог России	38
·»» IV Всероссийская школа по детской урологии-андрологии «Реконструктивно-пластические операции, эндовидеохирургия в детской урологии-андрологии. Нарушения мочеиспускания у детей»	40
·»» Международный форум «Новые горизонты репродуктивного здоровья»	46
·»» 1-я научно-практическая конференция урологов Северо-Западного федерального округа «Актуальные вопросы урологии»	50
·»» Урология МЧС: национальный подход к лечению МКБ	52
·»» Съезд роботических хирургов	58
·»» Медицинский «нобель».	62
·»» Ответственность за неоказание медицинской помощи.	66

Урология. Итоги 2014: успехи, прогресс, развитие

Закончился 2014 год, наступил 2015. Встреча Нового года – это всегда волнующая пора, всегда безгранично радостная. Простые слова «С Новым годом! С новым счастьем!» мы говорим с особым чувством, потому, что произнести их можно только один раз в году. Новый год мы, урологи, традиционно связываем с новыми надеждами на профессиональном поприще, с новыми достижениями в науке, с грандиозными планами в операционной.

В 2014 году развитие российской урологии было наиболее активным за последние годы – произошло много знаменательных событий как на отечественном урологическом фронте, так и на международной арене. Мы попытались вспомнить наиболее яркие события в урологии уходящего года. Искренне надеемся, что взятый нашими коллегами темп продолжится в будущем 2015 году.

1. XIV Конгресс Российского общества урологов

В 2014 году в г. Саратове был проведен XIV Конгресс Российского общества



ва урологов, собравший рекордное количество участников – 1308 специалистов России, ближнего и дальнего зарубежья. Впервые в истории РОУ Конгресс транслировался он-лайн на сайте Uro.TV, благодаря чему его смогли посмотреть в режиме реального времени еще 1254 человека.

2. Возрожден выпуск газеты "Вестник РОУ"

Усилиями Правления РОУ возрожден выпуск собственного информационного печатного издания общества «Вестник РОУ», главным редактором



которого является профессор Олег Борисович Лоран.

3. В номенклатуру главных специалистов введена новая должность

В 2014 году Приказом Минздрава России №236 от 23 мая «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25.10.2012 г №444 «О главных внештатных специалистах МЗ РФ» в номенклатуру главных специалистов введена новая должность – главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью. На эту должность назначен директор НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина уролог, д.м.н., профессор Олег Иванович Аполихин.

Введение этой должности и назначение на нее уролога является попыткой Министерства здравоохранения заняться репродуктивным здоровьем своих граждан и решить демографическую проблему в России.



4. Подписан Меморандум о сотрудничестве в сфере охраны Мужского здоровья между Россией и Кубой

В июле 2014 года был подписан Меморандум о сотрудничестве в сфере



охраны Мужского здоровья между Россией и Кубой в лице В.И. Скворцовой и Роберто Моралес Охеда. Данный меморандум – стратегически важный документ, для развития сотрудничества в сфере здравоохранения двух государств, открывающий перспективы развития для наших систем. Для команды НИИ урологии под руководством директора института профессора О.И.Аполихина – главного специалиста Минздрава России по репродуктивному здоровью – это большой успех. С 2008 года Россия и Куба совершенствовали оказание медицинской помощи мужскому населению. За это время были проведены конгрессы, конференции и круглые столы с приглашением европейских и мировых экспертов. Меморандум стал результатом многолетнего сотрудничества с кубинскими коллегами и в 2015 году планируется укрепление и расширение контактов с островом Свободы.

5. Развитие Интернет проектов

Стремительно развивается интернет жизнь урологов – врачи нашей специ-

альности, как и прежде, остаются одними из самых активных пользователей интернета и мобильных приложений. Для этого неустанно трудится большой коллектив Интернет форума урологов, создавая возможности для неограниченного доступа к профессиональной урологической информации в рамках проектов Uroweb.ru, Uro.TV, UroEdu.ru, Uro+, Академия амбулаторной урологии. Мы надеемся, что эта активность не будет утрачена и в 2015 году.

6. III Всероссийская школа по детской урологии-андрологии

В мае 2014 года в НИИ урологии состоялась III Всероссийская школа по детской урологии-андрологии «Что нового в детской урологии?» с курсом по детской урологии Европейской Ассоциации Детских Урологов, которая вызвала огромный интерес со стороны детских урологов и хирургов – 280 человек участвовали в работе Школы. Принявшие участие в качестве преподавателей иностранные специалисты отметили высокий уровень





детской урологии в России и выразили желание постоянного сотрудничества в этой области.

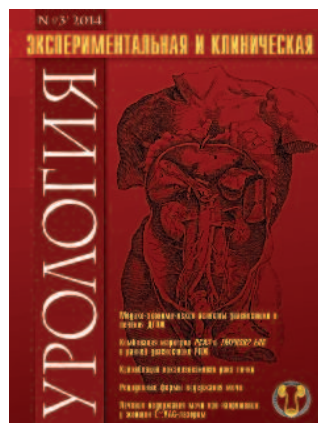
7. Проведен курс дистанционного образования «Андрология»



В 2014 году активно продолжилось развитие дистанционных технологий в образовании урологов. Так, силами МООУ «Интернет форума урологов», ФГБУ «НИИ урологии» МЗ РФ и Гиссенского университета (Германия) был проведен курс дистанционного образования «Андрология» длительностью 500 часов (3 блока) и включивший в себя 90 лекций ведущих отечественных и мировых специалистов в области андрологии.

8. Мы подняли свой индекс

В 2014 году российский индекс научного цитирования (РИНЦ) рецензи-



руемого журнала «Экспериментальная и клиническая урология», входящего в список ВАК стал равным 0,4.

9. Состоялась международная конференция по биопринтингу и биофабрикации

В октябре 2014 года в Сколково состоялась международная конференция по биопринтингу и биофабрикации, модератором на которой выступил д.м.н., проф. Андрей Зиновьевич Винаров, ■



заместитель директора НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, один из лидеров регенеративной медицины в России. В рамках мероприятия ученых со всего мира поделились последними достижениями в таких областях, как технологии биофабрикации, биопечати, органной биопечати; клеточные технологии, клеточная инженерия; инженерные и технические решения элементов технологической платформы биопечати; материаловедение: биочернила, биобумага; законодательная база, включая регистрацию, сертификацию клеточных и тканевых конструкторов. Главным вопросом было внедрение этих технологий в практическое здравоохранение.

10. Большие события на кафедре урологии МГМСУ

Большими событиями 2014 год был отмечен на кафедре урологии МГМСУ. Доцент кафедры урологии МГМСУ Касян Геворг Рудикович с 2015 г. стал приглашенным лектором модуля Functional urology престижного европейского курса для резидентов European Urology Residents Education Programme (EUREP), а доцент Говоров Александр Викторович, уже являющийся с 2011 г. лектором модуля Prostate Diseases, возглавил указанный модуль European Urology Residents Education Programme (EUREP) с 2015 года.

11. Создан Центр оперативной робот-ассистированной и реконструктивной урологии



На базе ГБ №50 создан Центр оперативной робот-ассистированной и реконструктивной урологии (Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 29.05.2014 N 509), который возглавил Главный внештатный уролог МЗ РФ Д.Ю. Пушкарь.

12. Главный уролог г. Москвы

В декабре 2014 года профессор Д.Ю. Пушкарь был назначен Главным урологом г. Москвы.



13. Работа урологов была отмечена на самом высоком уровне

Работа урологов в этом году была отмечена на самом высоком уровне – Дмитрий Юрьевич Пушкарь Указом Президента РФ В.В. Путина был награжден званием Заслуженного деятеля науки РФ.

Награду профессор получил лично из рук Президента России.

14. Успехи кафедры урологии и хирургической андрологии РМАПО и урологической клиники больницы им. С.П. Боткина



Кафедра урологии и хирургической андрологии РМАПО и урологической клиники больницы им. С.П. Боткина, проведя анализ своей деятельности, констатировали, что в 2014 году впервые в России значительно увеличилось количество органосохраняющих операций при раке почки, превысив количество нефрэктомий (55,8% против 44,2%). Наряду с «нестандартными» операциями (уретероаппендикопластика при стриктурах и облитерациях мочеточника, операция Йорк-Масона, реконструктивные операции при постлучевых повреждениях МВП, спасительная ЛАЭ и т.д.), внедрены роботические операции. За 2014 год выполнено 63 вмешательства с помощью роботической системы Da Vinci Si. Открыт биопсийный кабинет.

Всего за 2014 год выполнено откры-

тых операций – 901, эндоскопических – 741, лапароскопических – 75, роботических – 63, – итого 1780 вмешательств.

В научной деятельности кафедры РМАПО за период 2012-2014 гг. защищено 11 кандидатских диссертаций и подготовлена к защите 1 докторская. В научных рецензируемых журналах опубликовано 32 статьи, написаны 1 монография, 3 руководства для врачей, 8 учебно-методических пособий. Впервые проведено сравнительное исследование однопортового (32) и микролапароскопического (48) доступов при лапароскопической пиелопластике у 80 пациентов.

На международных мероприятиях было представлено большое количество постерных и видеодокладов, всесторонне отражающих работу кафедры.

Это только очень небольшая часть урологической жизни за 2014 год. Приятно констатировать, что российская урология не только идет в ногу с мировым урологическим сообществом, но и по некоторым позициям опережает ее, внося новые технологии в свою профессиональную сферу деятельности.

Мы приглашаем все кафедры и клиники урологии России делиться своими достижениями – хирургическими, научными и организационными. Все они будут опубликованы в ведущих урологических печатных и интернет-изданиях. О ваших успехах узнают все! ■

Электронная почта для ваших писем viktoriashade@uroweb.ru

Шадеркиной В.А.

Скрининг РПЖ: TO BE OR NOT TO BE?

Тема профилактики и раннего выявления онкологического поражения предстательной железы относится сегодня к самым обсуждаемым и неоднозначным для российских и мировых урологов. Новые данные и предложения по этому непростому вопросу были озвучены в ходе круглого стола «Новый уровень диагностики рака предстательной железы как основа для фокальной терапии», прошедшего на базе ФГБУ «НИИ урологии» Министерства здравоохранения России.

К собранию отечественных специалистов, представлявших НИИ урологии, НИИ им. Герцена, РОНЦ им. Блохина, ЛДЦ МИБС им. Бе-

резина, присоединились коллеги из Голландии и США. Все участники заседания непосредственно заняты в области диагностики и лечения рака простаты.

Таб. 1. Мировые проспективные рандомизированные исследования

Европа	США
ERSPC	PLCO
• European • Randomized Study of • Screening for • Prostate • Cancer	• Prostate • Lung • Colon • Ovary
Медиана наблюдение 9 лет • 182 000 мужчин 55-69 лет • из 7 стран Снижение риска смерти от РПЖ на 27%	Медиана наблюдения 11,5 лет 74000 мужчин 60-74 лет Смертность одинакова
Выводы: • Предварительные результаты ERSPC и Шведского исследований показывают значительное снижение смертности от РПЖ при проведении скрининга (на 20-44%) • При более длительном наблюдении ожидается более выраженный эффект скрининга • Недостаток - диагностика «незначимых» раков и расходы здравоохранения: - Чтобы предотвратить 1 смерть от РПЖ, необходимо провести скрининг среди 293 - 1068 мужчин	



Несмотря на камерный формат мероприятия, круглый стол оказался далеко не закрытым. Следить за выступлениями в режиме реального времени смогли все желающие благодаря онлайн-трансляции на сайте института. Этой возможностью воспользовались более 130 специалистов по всей России.

Российское популяционное исследование РПЖ

С эпидемиологической ситуацией по раку предстательной железы в России ознакомил присутствующих заведующий отделом развития региональной урологии ФГБУ «НИИ урологии» МЗ РФ Шадеркин И.А. на примере популяционного исследования заболеваний ПЖ «Новохоперск».

По данным НИИ урологии в России 16 789 941 мужчин в возрасте 50-75 лет, из них у 15% имеет место повышение ПСА от 4 нг/мл и выше, а это 2 518 491 человек.

Проблемы скрининга РПЖ в России заключаются в отсутствии единого стандарта выполнения анализа крови на ПСА, отсутствии единого стандарта выполнения биопсии ПЖ, неготовность патологоанатомической службы, малая осведомленность мужского населения о раке предстательной железы. В случае же начала программы скрининга нас ждет резкое увеличение числа лиц с повышенным уровнем ПСА, которые будут рассматриваться как кандидаты

на выполнение биопсии предстательной железы.

Таким образом, гипо- и гипердиагностика РПЖ, повышение количества случаев выявления клинически незначимого уровня ПСА наряду с эмоциональным стрессом и социальной напряженностью населения можно назвать осложнениями скрининга РПЖ в России в настоящий момент. Возможные расходы на лечение РПЖ в результате всеобщей диспансеризации составляют 10 738 227 896 рублей.

В исследовании, инициированном ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России, также приняли участие Erasmus MC (Медицинский центр университета, Роттердам, Нидерланды), Департамент здравоохранения Воронежской области (Воронеж, Россия), МБУЗ «Новохоперская ЦРБ» (Новохоперск, Россия), БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница №1» (Воронеж, Россия). Научными руководителями исследования являются Олег Иванович Аполихин, д.м.н, профессор, директор НИИ урологии, Москва, Россия и Фриц Шредер (Fritz Schröder), Отделение урологии, Erasmus MC, Медицинский центр университета, профессор International Coordinator of the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) Роттердам, Нидерланды.

Целью исследования «Новохоперск» является активное выявление случаев рака предстательной железы (РПЖ), которая будет достигнута путем решения ■

следующих задач:

- Оценки распространенности РПЖ в мужской популяции НРВО
- Оценки структуры выявленного РПЖ по стадиям и возрасту
- Определения диагностической значимости теста ПСА при скрининге РПЖ
- Расчет затрат на скрининг РПЖ.

В исследование включены 3715 мужчин в возрасте 45-65 лет. Исследуемые возрастные группы: мужчины в возрасте 45-50 лет; мужчины в возрасте 51-55 лет; мужчины в возрасте 56-65 лет. Не вошли в исследование пациенты с РПЖ в анамнезе. Продолжительность исследования составляет 12 месяцев. На 11 марта 2014 года обследовано 1473 пациента (39,7%). Дизайн исследования:

1. **Анкетирование** (IPSS/QoL, SWOP – калькулятор 1, 2, 4)

2. **Антропометрические данные** (рост, масса тела, окружность талии)

3. Определение уровня простат-специфического антигена сыворотки крови (ПСА)

4. **Пальцевое ректальное исследование** (ПРИ)

5. **Урофлоуметрия** (УФМ)

6. ТРУЗИ

7. Биопсия предстательной железы (стандартная из 14 точек) с морфологическим исследованием ткани предстательной железы

8. Стадирование выявленных случаев РПЖ

– Магнитно-резонансная томогра-

фия органов малого таза.

– Остеосцинтиграфия (при уровне ПСА ≥ 20 нг/мл).

9. КТ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, грудной клетки (по показаниям)

На 1 этапе в Новохоперской ЦРБ проводилась регистрация и обследование участников исследования, забор анализов, центрифугирование, сбор и сохранение заморозки до -200°C . После центрифугирования сыворотка разделяется на 4 эпиндорфа и замораживается до -200°C . В течение недели сыворотка доставляется для анализа в Воронеж в термоконтейнерах с хладагентами. Соблюдение пре-аналитических требований во время приготовления, хранения и транспортировки образцов сыворотки (четко контролируется время на всех этапах).

На 2 этапе в Воронежской областной больнице проводилась лабораторная оценка ПСА и хранение; централизованное выполнение анализа на общий ПСА в одной центральной лаборатории, что позволило существенно снизить себестоимость теста; выполнение теста на общий ПСА на анализаторах Access2 производства Beckman Coulter – полностью автоматический анализ, высокоточный метод (на основе хемилюминесценции), результаты измерений общего ПСА сопоставимы с результатами ERSPC (Европейского рандомизированного скринингового исследования рака простаты), использующими также тест-

системы Access. Оставшиеся 3 эпидорфа подвергается глубокой заморозке до -800С и хранить до транспортировки партии в НИИ урологии (1 раз в 3 месяца).

В НИИ урологии сотрудниками отдела развития региональной урологии (зав. отделом И.А. Шадеркин) была создана лабораторная информационная система (ЛИС), которая обеспечивает многоуровневый многопользовательский доступ и возможность он-лайн мониторинга данных.

Окончательные результаты исследования (частота выявления РПЖ(%); частота выявления РПЖ в отдельных возрастных группах (%); частота выявления РПЖ по стадиям (система TNM); чувствительность, специфичность, положительная и отрицательная ценность теста ПСА (%); затраты на выявление 1 случая РПЖ; затраты на выявление 1 случая клинически значимого локализованного РПЖ) будут представлены группой исследователей в журнале «Экспериментальная и клиническая урология» в конце 2014 года.

Взгляд патоморфолога

О патоморфологических аспектах диагностики РПЖ рассказал **к.м.н. Геннадий Дмитриевич Ефремов** (НИИ урологии, Москва).

При подробном анализе распространенности РПЖ в России выясняется, что почти у половины больных заболе-



вание впервые выявляется на III–IV стадии, что значительно затрудняет лечение и снижает его эффективность. Столь широкое распространение РПЖ ставит его в ряд наиболее важных социальных проблем современности. Существует 3 категории прогностических факторов (согласно CAP,1999; WHO,2004):

I.

- Предоперационный уровень PSA в сыворотке
- Стадия по классификации TNM
- Сумма баллов по Глисону
- Состояние краев резекции (после радикальной простатэктомии)

II.

- Объем опухоли
- Гистологический тип опухоли
- ДНК-плоидность ■

III.

- Перинеуральная инвазия
- Нейроэндокринная дифференцировка
- Микрососудистое окружение
- Изменения ядер
- Молекулярные маркеры (пролиферации, онкогены, маркеры опухолевой супрессии и др.)

Всем урологам известен показатель Глисона, который имеет огромное значение для стадирования и выбора тактики лечения, тем интереснее для присутствующих прозвучали выдержки из консенсуса по системе Глисон, рассмотренные ISUP в 2005 году. Практическим урологам было крайне важно послушать мнение патоморфолога, касающееся краев резекции. Исторические факты говорят о том, что в 80-е гг частота встречаемости клеток опухоли в краях резекции составляла 40-50%, в 90-е гг – 15-20%, а в настоящее время этот показатель составляет 5-15%. Причем эта цифра не зависит от того, выполняется ли позадилодная или промежуточная простатэктомия, не зависит от того, выполняется ли операция с сохранением нервных стволов или без. Возможные причины наличия опухолевых клеток в краях резекции являются патологические артефакты, ятрогенное рассечение капсулы, невозможность полностью удалить опухоль с экстраорганным распространением, попытка сохранить сосудисто-нервный пучок.

Докладчик считает, что если опухоль

подрастает близко к «капсуле», но не врастает в нее, то граница резекции считается НЕГАТИВНОЙ. Позитивный(е) край(я) резекции должны быть определены для каждой части предстательной железы (верхушка, тело и основание) следующим образом: задний, задне-латеральный, латеральный и передний. Если край резекции позитивен, то протяженность его инвазии опухолью должна быть оценена в мм.

Опыт США

Об опыте скрининга ПСА в США, его экономической обоснованности и целесообразности, рассказала Stacy Loeb (MD MSc Department of Urology New York University (NY, USA).

В 2014 году в США ожидается 233,000 новых случаев диагностики РПЖ (для сравнения 38,590 в 2013). Он относится к часто встречающимся (27% всех раков), 1 человек из 7 в течение жизни рискует заболеть РПЖ. В 2014 году ожидается, что от РПЖ погибнет 29,480 человек (29,720 в 2013), т. е. 10% всех смертей от рака (второе место после рака легких).

С 1995 по 2008 гг после одобрения FDA в 1994 году метода ПСА в США наблюдалась «эра ПСА», охарактеризованная 45%-ным снижением смертности от РПЖ. Но, уже имея многолетний опыт, ученые признаются, что в скрининге ПСА существуют 2 стороны: польза (снижение запущенных случаев,



уменьшение количества метастатического рака, снижение смертности) и вред (ненужные биопсии, гипердиагностика, ненужное лечение).

Вследствие этого в США была сформирована рабочая группа по профилактике РПЖ (USPSTF), которая утверждала, что на 1000 скринированных приходится 1 и менее смерть от РПЖ, но имеются 30-40 пациентов с недержанием мочи или эректильной дисфункцией вследствие лечения РПЖ, 2 – с серьезными сердечно-сосудистыми осложнениями, 1 – с тромбозом вен.

На это утверждение Американская урологическая ассоциация (AUA) обвинила USPSTF в том, что, «...пренебрегая ПСА тестом в условиях отсутствия лучших диагностических методов, она наносит большой ущерб американским мужчинам, чем вызовет очевидный вред, а не пользу. Нецелесообразно и безответственно делать необоснованное заявление против ПСА, особенно для уязвимых групп населения, таких как афро-американские мужчины и пациенты с семейным анамнезом. USPSTF, в своих рекомендациях, переоценил вред и недооценил преимущества тестирования на рак простаты...», – было отмечено лидерами AUA. Учитывая спорную ситуацию, **AUA выработала свои рекомендации:**

Положение 1: Не рекомендуется выполнение ПСА теста у мужчин младше 40 лет.

Положение 2: Не рекомендуется ру-

тинное назначение ПСА теста мужчинам 40-54 лет со средним риском развития РПЖ.

Положение 3: Совместное принятие решения (врач-пациент) для мужчин 55-69 лет.

Положение 4: Для снижения негативного влияния, возможно проведение рутинного теста 1 раз в 2 года, вместо ежегодного.

Положение 5: Не рекомендуется выполнение рутинного ПСА теста у мужчин старше 70 лет или ожидаемой продолжительностью жизни менее 10-15 лет.

Рекомендации Европейской Ассоциации урологов (EAU) 2013 года:

- Инициальный уровень ПСА следует определять у мужчин в 40–45 лет.
- Использовать полученный результат для определения дальнейшего интервала скрининга (~2-8 лет).
- ПСА скрининг следует предлагать мужчинам с ожидаемой продолжительностью жизни ≥ 10 лет.
- Для принятия клинических решений следует применять мультифакторные инструменты прогноза.

Пути улучшения результатов скрининга:

1. Тщательный отбор пациентов
- 36% мужчин старше 85 лет с плохим состоянием здоровья проходили тест ПСА- маловероятно, что он им нужен;
- моделирующее исследование показало, что 1/3 затрат Medicare на скри-

нинг пришлась на мужчин старше 75 лет;

- настоящая выгода и снижение расходов могут быть достигнуты при грамотной работе с пациентами с высокой ожидаемой продолжительностью жизни.

2. Улучшение скрининга

- Увеличение специфичности скрининга для клинически значимого РПЖ

- Дополнительные параметры + ПСА
 - о Прирост ПСА (PSAV) и Шкала

Риска

- о ПСА изоформы (Prostate Health Index, или phi)

- Мочевые маркеры

- о PCA3

- о TMPRSS2: ERG

- Многофакторные номограммы

- Визуализация

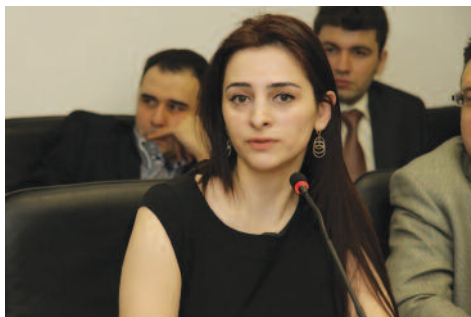
3. Экономическая целесообразность таргетных биопсий ПЖ

В заключение доклада Stacy Loeb отметила, что для укрепления достоинств, снижения рисков стоимости необходимо соблюдать некоторые условия: проводить рациональный отбор пациентов, делая акцент на молодых мужчинах; предлагать динамическое наблюдение тем, кому оно показано; улучшать качество лечения; использовать дополнительные параметры ПСА (ПСА кинетика) с лучшей специфичностью в отношении клинически значимого заболевания. Stacy уверена, что в будущем, новые биомаркеры и прогресс в технологиях визуализации могут по-

мочь в дальнейшем совершенствовании протокола скрининга и подходов к лечению.

Диагностика РПЖ

Сотрудник РОНЦ им. Н.Н. Блохина
РАМН **Гюля Ильгаровна Ахвердиева**



представила вниманию участников доклад «Мультипараметрическая МРТ в диагностике рецидива РПЖ». Преимущества МРТ-исследования известны всем специалистам:

- МРТ исследование не имеет лучевой нагрузки.

- МРТ позволяет получать сагитальные, коронарные и аксиальные изображения и/или косые наклонные изображения.

- МРТ позволяет получать более высокий относительный контраст тканей и структур малого таза, чем другие методы лучевой диагностики.

- МРТ лучше других методов позволяют судить о наличии и отсутствии инвазии опухоли семенных пузырьков, прорастание опухоли капсулы железы

(чувствительность – до 81% и 96%, соответственно).

- МРТ одновременно позволяет оценить поражение лимфоузлов малого таза, а также изменения структуры костей в зоне исследования.

Рекомендации по применению мпМРТ ПЖ:

1. должна использоваться в диагностическом алгоритме как завершающий и уточняющий этап комплексного обследования пациентов для дифференциальной диагностики ДГПЖ и локального (в пределах ПЖ) РПЖ.

2. мпМРТ должна включать предложенные стандартные МР-протоколы обследования: T2ВИ с подавлением сигнала от жировой ткани и без подавления как минимум в трех ортогональных проекциях; ДВИ в аксиальной проекции с фактором b не менее 1000 и ИКД; динамическое МРТ с внутривенным введением МРКС с минимальным временным разрешением не более 15 сек. В этом ряду значимость метода в комплексе мпМРТ для повышения общей специфичности исследования возрастает.

3. мпМРТ должна применяться у пациентов с подозрением на РПЖ даже при наличии отрицательных биопсий, проведенных по стандартной схеме в анамнезе, так как позволяет уточнить локализацию подозрительных очагов для проведения прицельной биопсии и

минимизировать количество повторных вколов.

4. мпМРТ является методом выбора и обязательно должна применяться у пациентов с биохимическом рецидивом при подозрении на местный рецидив опухоли в ложе удаленной предстательной железы даже при отрицательных результатах комплексного ТРУЗИ, особенно при оценке динамики местного рецидива опухоли в ложе удаленной ПЖ после проведения лучевой терапии у таких пациентов.

5. мпМРТ является методом выбора наблюдения за состоянием предстательной железы при выборе органосохраняющего лечения заболеваний ПЖ.

6. Отсутствие ложноотрицательных результатов при диагностике РПЖ, локализованного в пределах ткани ПЖ, с помощью мпМРТ позволяет полностью отказаться от проведения биопсии при ДГПЖ (!!!).

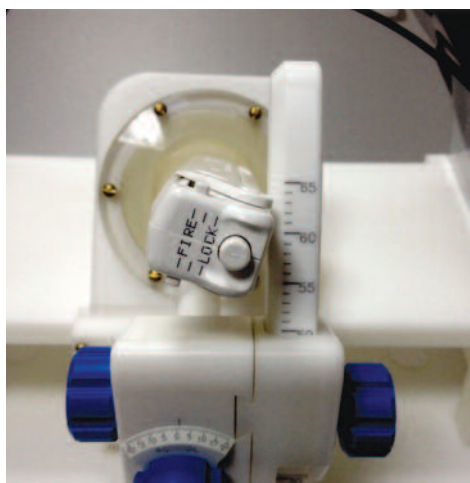
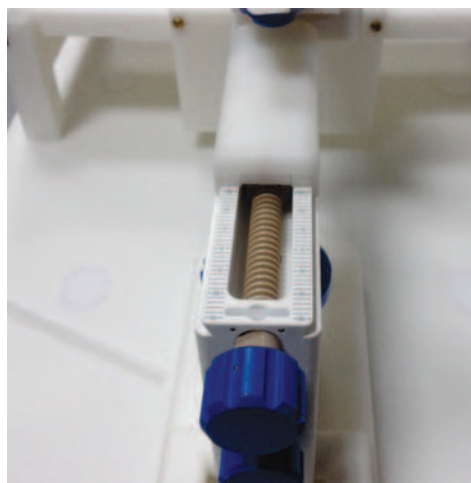
Лечебно-диагностический центр Международного института Биологических систем им. С.М. Березина представлял ведущий врач-рентгенолог **Владимир Игоревич Куплевацкий**, выступив с ■



Первая группа - пациенты с подозрением на аденокарциному предстательной железы T2a стадии по данным структурной томографии.	Подозрение на аденокарциному предстательной железы у пациентов из I группы с вероятностью рака более 10 баллов (50%) по данным МРТ
Вторая группа - пациенты с плохо выраженной периферической зоной - по причине ДГПЖ, или с наличием множественных рубцовых изменений после ранее проведенных биопсий.	Пациенты из II группы с подозрением на аденокарциному по данным МРТ
Третья группа - аденокарцинома предстательной железы T2b и более по данным структурной томографии.	Пациенты из III группы по рекомендациям онкоурологов в случае, когда проведение традиционной биопсии затруднительно

докладом на тему "Роль МРТ технологии в малоинвазивной диагностике локализованного рака предстательной железы". Докладчик считает, что при подозрении на аденокарциному предстательной железы и отсутствии подтверждения при

структурной томографии, для достижения максимально возможной информативности следует использовать все возможные методики, не отдавая ключевых позиций ни одному из методов и только совпадение данных функцио-



нальных методик позволяет достоверно судить о наличии/отсутствии опухолевого процесса. Это убеждение ярко продемонстрировали представленные клинические случаи, которые позволили сформулировать показания к МРТ у трех групп пациентов:

Также в докладе было подробно рассказано о методике проведения прицельной пункционной биопсии, которая принципиально не отличается от стандартной методики. Положение пациента лежа на животе, таз минимально приподнят. Используемая катушка позволяет с математической точностью провести наведение иглы на необходимую зону.

Основными этапами процедуры являются разметка на экране монитора, введение иглы, контрольный МРТ-снимок, взятие материала. Возможности прицельной МРТ, по мнению докладчика, заключаются в выявлении опухоли, оценке местной распространенности и состоянии региональных лимфоузлов. При этом в дальнейшем пациенту требуется помимо гистологической верификации (биопсия) пройти ряд дообследований, для оценки отдаленного метастазирования (М): голова и шея, грудная клетка и верхние конечности, брюшная полость и забрюшинное пространство, малый таз, нижние конечности. Это позволяет врачу грамотно стадировать РПЖ по системе TNM. Современное программное обеспечение позволяет решить проблему с визуализацией

«большого поля обзора» и выполнять такую методику как МРТ исследование всего тела. Метод основан на структурной томографии различных зон человеческого организма в различных плоскостях с использованием функциональных методик с последующей компьютерной обработкой изображения и комбинацией зон в единый скан человеческого тела.

Клинически незначимый рак: текущее мнение

Особый интерес и дискуссии вызвал доклад **Бориса Яковлевича Алексеева** ■



(МНИОИ им. П. А. Герцена) «Проблемы клинически значимого и незначимого рака предстательной железы: критерии и подходы».

Известно, что особенностями клинического течения РПЖ являются медленно прогрессирующее развитие заболевания, длительно отсутствие симптомов, время от опухоли до выявления рака – более 12 лет, время от выявления локализованного процесса до развития метастатического РПЖ – более 10 лет. Внедрение ПСА-диагностики позволило увеличить частоту выявления клинически незначимого РПЖ, критериями которого в настоящее время являются (Epstein):

- Клиническая стадия T1c
- Плотность ПСА < 0,15 нг/мл
- Отсутствие градации Глисона 4 или 5 по результатам биопсии
- Количество позитивных биоптатов ≤ 2
- < 50% рака в биоптате

Патологоанатомическими критериями незначимого РПЖ являются:

- Общий объем опухоли < 2,5 см³ (ранее < 0,5 см)
- Дифференцировка опухоли по данным плановой морфологии ≤ 6
- Отсутствие градации Глисона 4 или 5
- Стадия pT2a

Борис Яковлевич отметил, что внедрение ПСА-диагностики привело к существенному увеличению частоты выявления клинически незначимого РПЖ. Используемые в настоящее время

предоперационные факторы прогноза и критерии Epstein обладают недостаточной предикторной точностью. Необходимо поиск новых критериев на основе применения новых методов лучевой диагностики и молекулярно-биологических маркеров. У больных клинически незначимым РПЖ возможно проведение отсроченного лечения. Наиболее выражены преимущества отсроченного лечения у больных с ожидаемой продолжительностью жизни менее 10 лет.

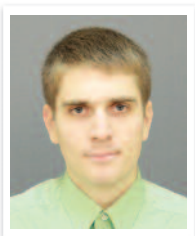
В завершение круглого стола было отмечено, что, несмотря на постоянно ведущиеся дискуссии и регулярно поступающие результаты исследований, вопрос о целесообразных формах скрининга РПЖ требует прояснения многих деталей. Чтобы прийти к сколь-либо однозначным выводам, урологическому сообществу потребуется немало времени, а также серьезной работы.



Видео докладов можно посмотреть на Uro.TV. ■

*Материал подготовила
В.А. Шадеркина*

Российская неделя здравоохранения



М.Ю. Просянных

врач уролог отдела развития
региональной урологии НИИ
урологии им. Н.А. Лопаткина

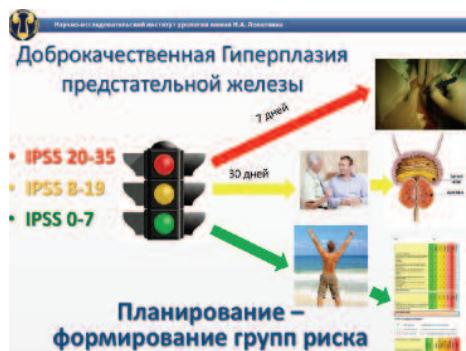
Первые итоги совместной Российско-Кубинской работы в рамках меморандума об охране мужского здоровья подведены 9 декабря на 24-й Российской неделе здравоохранения. О результатах доложил М.Ю. Просянных.

Напомним, что документ о сотрудничестве был подписан 11 июля 2014 года в рамках визита президента России В.В. Путина на Кубу. Затем прошло несколько рабочих совещаний, и было принято решение о совместном внедрении программы «Мужское здоровье», вобравшей в себя основные положения меморандума.

Программа подразумевает раннее выявление заболеваний при помощи анкетирования с последующим стандартизированным лечением в случае необходимости. Для запуска начальной стадии проекта выбрано 2 региона: на Кубе — Матанзас и район г. Гавана, а в России — Воронежская область.

Начать анкетирование на Кубе пла-





нируется в 1 квартале 2015 года. Пациенты будут распределены по группам риска возникновения заболеваний в зависимости от суммы баллов, набранных в опроснике. Им станет валидизированная анкета IPSS.

реализации программы «Урология», внедряемой на территории РФ с 2010 года. Как поясняют в НИИ Урологии им. Н.А. Лопаткина, «суть программы состоит в организации медицинской урологической помощи согласно принципам профилактики и раннего активного выявления заболеваний, стандартизации, организации контроля качества медицинской помощи, оптимизации финансовых затрат государства на здравоохранение». Помимо этого, большое внимание уделяется непрерывному обучению и повышению профессиональной квалификации российских врачей-урологов. ■



В России же первые результаты уже получены. На их основе оценена экономическая эффективность раннего анкетирования и своевременного стандартизированного лечения пациентов с ДГПЖ.

Добавим, что совместная с кубинскими коллегами работа по охране мужского здоровья намечена в рамках



Полярный привет: уролог из Ярославля покоряет Арктические широты



к.м.н. М.М. Ворчалов
кафедра урологии и нефрологии
Ярославской государственной
медицинской академии

Отечественная урология чувствует себя уверенно везде – вплоть до полярного края. Вновь доказать это взялся ассистент кафедры урологии и нефрологии Ярославской государственной медицинской академии, к.м.н. Михаил Ворчалов. К юбилею 70-летию вуза он сделал оригинальный подарок: установил флаг alma mater на Северном полюсе.

Свое путешествие Михаил совершил на крупнейшем в мире атомном ледоколе — «50 лет Победы». Это впечатляющее судно на сегодня – единственное, что проводит на Северный полюс регулярные экспедиции. В этот раз покорить полярные широты вместе с командой решились 130 туристов из 23 стран мира. Любопытно, что в их числе оказались правнук и зять китайского вождя Мао Цзэдуна.

Михаил Ворчалов, в свою очередь, путешествовал в составе не тургруппы, а медицинской службы судна. Надо сказать, для него этот поход на полюс – не первый: наш коллега уже участвовал в подобных рейсах 10 и 12 лет назад. Тогда самым ярким профессиональным впечатлением доктора оказалось проведение операции водолазу на борту ледокола «Ямал».

Как опытный полярник, Михаил имеет возможность сравнивать ситуацию на





крайнем севере сейчас и десять лет назад: по его словам, глобальное потепление берет свое: древние льды поддаются напору атомохода заметно легче, а серьезно утепляться для прогулок по палубе приходится реже. Тем не менее, по пути ледокол все же встретил несколько настоящих айсбергов, один из которых оказался даже выше борта судна (а это ни много ни мало 17,2 метра).

Удалось встретить по пути и многочисленных представителей арктической фауны. На второй день плавания в Баренцевом море путешественников сопровождала стая беломордых дельфинов, позже повстречались моржовые лежбище и колония морских птиц, а самым везучим участникам похода довелось увидеть белую медведицу с медвежонком.

Маршрут путешественников проходил через Баренцево море и Землю Франца-Иосифа все дальше на север, вплоть до

самого полюса. Каждый день пути приносил туристам, помимо ярких впечатлений, еще и новые познания: многочисленные лекции содержали в себе сведения о вечных льдах, полярных животных и отважных северных походах минувших дней.

Достигнув точки назначения – 90° северной широты – и выбрав подходящее место для высадки, в шутку называемое Михаилом «полярной точкой G», пассажиры ледокола приступили к выполнению обязательных здесь «ритуалов». Те, кому доводится побывать на Северном полюсе, обычно начинают свое знакомство с ним с минуты молчания – не в память о ком-то, а просто потому, что стоя на краю Земли, каждый находит, о чем задуматься и помолчать. Далее – полярный «хоровод», символически опоясывающий планету, и, конечно, праздничное шампанское. ■



Самые же рискованные из путешественников смогли окунуться в холодные воды, получив за это сертификат «полярного моржа».

У Михаила в этом походе были свои цели. Первая из них – установка флага ЯГМА на самом крайнем Севере. Причем делает это преданный сотрудник академии уже не впервые: прошлый раз был 10 лет назад, к 60-летию вуза. Кроме того, наш коллега пожелал отправить открыток из Заполярья друзьям и родным: в бухте Тихая на острове Гукера находится самое северо-западное в мире отделение почтовой связи. Открытка отсюда – не только приятный сувенир, но и предмет, весьма высоко ценимый коллекционерами. Там же находятся покинутая полярная станция и крест, оставленный в свое время экспедицией Седова, переживавшей в бухте суровую погоду.

Итогами своего похода Михаил Ворчалов доволен. «Было сделано более

сотни фотографий на Северном полюсе, вокруг ледокола, с новыми друзьями. Мною был установлен флаг ЯГМА и баннер, посвященный 70-летию ВУЗа, был снят небольшой видеорепортаж с приветами с полюса под звуки звящего бокала с хорошим виски и самым дорогим в мире льдом», – рассказывает врач-полярник.

Выполнив все намеченные дела, путешественники с чистым сердцем смогли направиться в обратный путь. И если туристам предоставлялся организованный трансфер после высадки на берег в Мурманске, то доктора Ворчалова прямо с палубы забрал на вертолете его отец Михаил Львович – почетный полярник, командир вертолета, покорявший крайние широты 28 раз. Вместе они направились в аэропорт «Мурмаши», совершив, по традиции, круг над домом родителей. ■

На сайте Uro.TV Вы можете посмотреть видеотчет о Полярной экспедиции.





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



Урологи в каменных лесах Якутии

С 23.09.2014 по 25.09.2014 в г. Якутск (Республика Саха) состоялась XII Дальневосточная конференция урологов «Актуальные вопросы урологии».

Организаторами конференции выступили региональная общественная организация "Ассоциация урологов Республики Саха (Якутия)", Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия), Государственное собрание Республики Саха (Якутия) Ил Тумен, Северо-восточный федеральный университет им. М.К. Амосова, Медицинский институт. Информационную поддержку оказали UroWeb.ru, Интернет Форум урологов и Издательский дом «УроМедиа».

В ходе конференции были рассмотрены многие вопросы урологии, онкоурологии, андрологии, урогинекологии. Доклады завершались бурными дискуссиями, вопросами докладчикам – дружеская и непринужденная обстановка на конференции способствовала спокойной работе всех участников.

Большой интерес и вопросы присутствующих вызвал доклад д.м.н., клинического фармаколога, нефролога ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России С.К. Ярового «Мочекаменная болезнь».





Консервативная фитотерапия».

Фитотерапия – это самый древний метод лечения различных заболеваний, основанный на использовании лекарственных растений и комплексных препаратов из них. Лекарственные средства, приготовленные из растений, характеризуются определенными особенностями: умеренной концентрацией действующих веществ в препарате, иногда неопределенностью действующего начала, большим количеством побочных (балластных) веществ, редкостью токсических реакций и нестойкостью во времени.

Но они же обладают и преимуществами по сравнению с химическими препаратами, которые выражаются в многогранности эффекта, возможностью длительного приема, минимальным количеством лекарственных взаимодействий, отсутствием риска дисбактериоза и суперинфекции и неопасностью и нелетальностью побочных эффектов.

Одним из наиболее известных и давно применяемых препаратов для лечения МКБ является Роватинекс – препарат, созданный на основе терпенов. Эффективность препарата для лечения мочекаменной болезни всесторонне доказана - ■

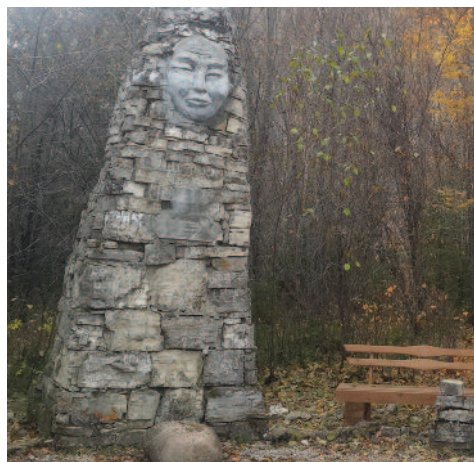
за период с 1954 (год регистрации препарата для клинического применения) по 2011 гг. общее число участников испытаний препарата приближается к 2000 человек.

Два рандомизированных плацебо-контролируемых исследования свидетельствуют о достоверно более высокой вероятности самостоятельного отхождения конкрементов, локализующихся в мочеточнике при применении Роватинекса, составляющей соответственно 78% и 67,9%; в группах, получавших плацебо - соответственно 52% и 50% (Mukamel E. et al., 1992; Romics I. et al, 2010).

Prisop C. et al (2004) продемонстрировали преимущества комбинированного назначения Роватинекса и селективных α_1 -адреноблокаторов (тамсулозина) при локализации камня в интрамуральном отделе мочеточника.

По данным НИИ урологии вероятность самостоятельного отхождения камня мочеточника вне зависимости от его локализации на фоне приема Роватинекса составляет 73%. При нахождении камня в нижней трети мочеточника вероятность его отхождения на фоне назначения Роватинекса возрастает до 83%. При традиционной терапии самостоятельно





отходят 32% конкрементов мочеточника и 51% камней при локализации в нижней его трети (Сивков А.В. и соавт., 2011).

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

Благодаря практически полному отсутствию токсичности и побочных действий Роватинекс может назначаться не только взрослым пациентам, но и детям с 6 лет. Недавно завершившееся исследование эффективности этого препарата в детской урологической практике подтвердило отличную переносимость даже полугодовых курсов Роватинекса детьми, которым проводилось длительное стентирование мочеточника в связи с гидро-

нефрозом. На фоне приема препарата не отмечалось ни одного случая потери функции дренажа по причине его инкрустации (Гуденко Ю.А., Казанская И.В. и др. 2013).

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

При комплексной терапии хронического обструктивного пиелонефрита Роватинекс выступает в качестве диуретика, обладающего антисептическим действием, способного потенцировать ■





эффекты антибактериальных средств и сокращать сроки достижения ремиссии. В связи с практически полным отсутствием побочных действий и токсичности Роватинекс может назначаться на длительный срок при стентировании мочеочника для предотвращения инкрустации дренажа.

Урологам, участвующим в конференции, была предоставлена уникальная возможность посетить национальный заповедник «Ленские столбы» - живописные скалистые рельефы в Якутии, представляющие собой тянущиеся на 40 км вертикально вытянутые скалы (высотой до 100 м), причудливо громоздящиеся вдоль берега Лены.

Перед восхождением урологов на самый верх скал якутские шаманы про-

вели обряд очищения, который, вероятно, облегчил восхождение. С отметками на лбу в виде шаманских знаков, сделанных золой, исполнив шаманские ритуалы и приняв участие в танцах вокруг костра, урологи начали путь наверх по скользкой, крутой, узкой дорожке. На смотровой площадке Ленских столбов открылись потрясающие виды на красавицу реку Лену, тайгу и якутские просторы.

Такие профессиональные встречи, насыщенные не только научными мероприятиями, но и возможностью увидеть красоту нашей России, надолго останутся в памяти, оставляя огромное желание побывать в этих местах снова. ■

*Материал подготовила
В.А. Шадеркина*

роватинекс

Выводит песок и мелкие конкременты при мочекаменной болезни за счет спазмолитического, диуретического, противовоспалительного и противомикробного действия натуральных терпенов

Доказанный литокинетический эффект

При уролитолизе Роватинекс увеличивает долю пациентов с полным освобождением от камней в 2,8 раза*

Традиционная терапия

Терапия + Роватинекс



*Н.К. Дзеранов, А.В. Сивков и соавт. "Результаты применения препарата Роватинекс у больных уролитолизом". Журнал "Экспериментальная и клиническая урология" (№4) 2011)

Роватинекс назначается взрослым и детям с 6 лет

Фитопрепарат с литолитическим, спазмолитическим, антибактериальным и диуретическим действием. Капсулы кишечнорастворимые сферические желатиновые, желтого цвета. Содержание в одной капсуле: анетол (4 мг), борнеол (10 мг), камфен (15 мг), альфа- бета-пинен (31 мг), фенхон (4 мг), цинеол (3 мг). Вспомогательные вещества: масло оливковое.



Показания к применению препарата Роватинекс:

- мочекаменная болезнь (нефролитиаз, уролитиаз)
- профилактика образования камней в почках и мочевыводящих путях

Подробнее на www.rowatinex.ru

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



МЕДИНТОРГ
акционерное общество

Динамика роста резистентности *E.coli* в моче к ципрофлоксацину. Данные бактериологической лаборатории РКБ им. Н.А. Семашко за 2009-2013 гг.

Для эмпирической терапии первичных больных наибольшее значение имеет E.coli. [1.10.12.]

После роста резистентности ко многим антибиотикам, был синтезирован целый класс под названием фторхинолоны.

Общая характеристика фторированные хинолоны (ФХ) действуют на микробную клетку, который связан с ингибированием двух ключевых ферментов из класса топоизомераз, ответственных за ранние стадии биосинтеза и репликации ДНК: ДНК-гиразы и топоизомеразы IV. {9.13}

Цель: Показать динамику роста резистентности к фторхинолонам, на примере ципрофлоксацина и левофлоксацина на *E.coli* в моче при инфекциях мочевыводящих путей у пациентов Республики Бурятия

Материалы и методы: материалом послужила моча пациентов урологического отделения РКБ им Н.А.Семашко., с последующим бактериологическим анализом и антибиотикограммой.

В Российской Федерации было проведено несколько крупных исследований чувствительности *E.coli* к антимикробным препаратам. УТИАР-I 1998 исследование штаммов *E.coli* у больных с циститами. УТИАР-II, III 2005 исследование штаммов *E.coli* у больных с циститами и пиелонефритами. ARIMB посвящено изучению цистита беременных. В 2011 на базе РКБ им.

Семашко проведено исследование антибиотикорезистентности *E.coli* в моче при инфекциях мочевыводящих путей в Республике Бурятия.

По результатам данных исследований ежегодно увеличивается рост резистентности к антибиотикам вообще и фторхинолонам в частности.

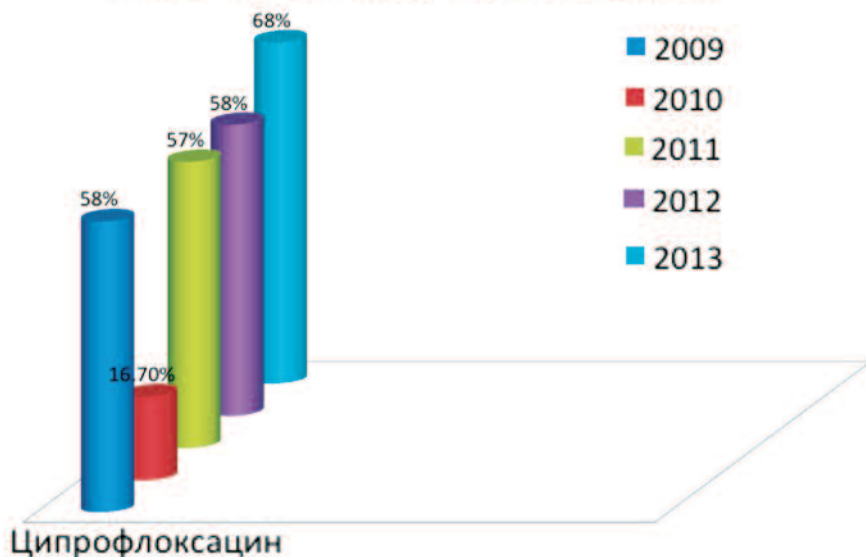
Динамика устойчивости кишечной палочки за 2009-2013 годы

Ниже приведен анализ антибиотикорезистентности кишечной палочки за пять лет.

Наряду с общим увеличением удельного веса *E.Coli*, растет и ее устойчивость к Ципрофлоксацину и по данным бактериологической лаборатории РКБ им. Семашко Н.А на 2013 год составляет 68%

Взаимозаменяемость фторхинолонов при лечении инфекций вызванных кишечной палочкой: На фоне роста резистентности к фторхинолонам выявлено, что к ципрофлоксацину и левофлоксацину практически полная перекрестная резистентность!. [4, 5, 8]. Что не позво-

динамика роста резистентности кишечной палочки к ципрофлоксацину



ляет применять ступенчатую терапию, а требует смены класса антимикробного препарата.

Выводы: Наряду с общим увеличением удельного веса кишечной палочки, растет ее антибиотикорезистентность. Рост резистентных штаммов *E.coli* отмечаемый по всему миру, подтверждается и нашими данными. Так процент устойчивости к фторхинолонам при инфекциях нижних мочевых путей от 27% до 58% [1.2.6.8.9], что не позволяет применять их в качестве эмпирического препарата. Принадлежность к поколению также не играет ключевую роль, из-за практически полной перекрестной резистентности между ципрофлоксацином и левофлоксацином у кишечной палочки. ■

Литература:

1. Аляев Ю.Л., Винаров А.З., Исследование ARES. 2007.
2. Рафальский В.В. Острые инфекции почек. Фарматека 2008.
3. Рафальский В.В., Рохликов И.М., Резистентность возбудителей острого цистита в России и ее влияние на выбор антибактериальной терапии. Российский медицинский журнал 2006.
4. Яровой С.К. Эмпирическая антибактериальная терапия в Урологии. Москва 2011.
5. Рациональная антимикробная фармакотерапия под редакцией В.П. Яковлева и С.В. Яковлева М. Литтера 2003.
6. Справочник по антимикробной терапии под редакцией Р.С. Козлова. Смоленск: 2010.
7. Данные бактериологической лаборатории РКБ. Им Н.А. Семашко за 2009-2013 гг.
8. Дамбаев А.Б., Бурасова Е.Г., Хребтовская В.А., Плеханов А.Н. Исследование антибиотикорезистентности *E.coli*. в моче при инфекциях мочевыводящих путей в Республике Бурятия Улан-Удэ 2011 г.
9. Клинические рекомендации Европейской ассоциации урологов 2010
10. Сепсис в начале XXI века. Под редакцией В.С. Савельева, Б.П. Гельфанда М.: Литтера 2006.
11. Сидоренко С.В. Лечение внебольничных инфекций мочевых путей 2007 г.
12. Урология. Национальное руководство. Под ред. Н.А. Лопаткина М. ГЭОТАР – Медиа 2009 год.
13. Рациональная фармакотерапия в урологии. Под редакцией Лопаткина Н.А. М. Литтера 2006.

Материал подготовили

Дамбаев А.Б. Бурасова Е.Г.

Хребтовская В.А., Плеханов А.Н.

В центре внимания - мужская фертильность

Многие урологи давно знают и успешно применяют препарат для повышения мужской фертильности Спематон, компоненты которого стимулируют сперматогенез, повышают концентрацию сперматозоидов в семенной жидкости, увеличивают их подвижность.

Действие Спематона заключается в следующих направлениях:

- Улучшает функциональное состояние мужской репродуктивной системы:
 - увеличивает подвижность сперматозоидов,
 - повышает концентрацию сперматозоидов в семенной жидкости,
 - улучшает морфологию сперматозоидов,
 - увеличивает объем эякулята;
 - нормализует акросомальную реакцию.
- Восполняет недостаток витамина Е и цинка.
- Не вызывает аллергических реакций и других побочных явлений

Л-карнитин улучшает качественные и количественные показатели спермограммы – увеличивает:

- подвижность,
- концентрацию,
- морфологию сперматозоидов и объем эякулята.

Цинк необходим для нормального функционирования мужской репродуктивной системы. Дефицит цинка приводит к снижению уровня тестостерона,

нарушению сперматогенеза.

Витамин Е повышает жизнеспособность сперматозоидов, увеличивает их подвижность и концентрацию, эффективен при астенозооспермии и олигоастенозооспермии.

Селен является активным антиоксидантом, особенно при одновременном поступлении с витамином Е. Селен повышает подвижность сперматозоидов и способствует увеличению их количества. Недостаток селена приводит к ухудшению качества спермы и снижению либидо.

Фолиевая кислота играет важную роль в сперматогенезе, влияя на объем эякулята и качество спермы. Прием фолиевой кислоты помогает уменьшить количество дефектных сперматозоидов, а, следовательно, снижает риск рождения ребенка с генными аномалиями.

Порядок применения и дозировки: взрослым 1 раз в день во время еды, растворив содержимое саше-пакета в 1 стакане (200-250 мл) воды. Продолжительность приема – 1-3 месяца.

При производстве Спематона используется высококачественные сырье Европейских поставщиков – Paul

SPEMATON
СПЕМАТОН

PREGNOTON
ПРЕГНОТОН

КОМПЛЕКС ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ПАРЫ, ПЛАНИРУЮЩЕЙ РОЖДЕНИЕ РЕБЕНКА

СПЕМАТОН

Комбинированный препарат для повышения мужской фертильности.



Улучшает функциональное состояние мужской репродуктивной системы¹:

- увеличивает подвижность сперматозоидов,
- повышает концентрацию сперматозоидов в семенной жидкости,
- улучшает морфологию сперматозоидов,
- увеличивает объем эякулята.

ПРЕГНОТОН

Препарат для прегравидарной подготовки женского организма.



- Улучшает функциональное состояние женской репродуктивной системы.
- Снижает относительно повышенный уровень пролактина и позволяет нормализовать менструальный цикл^{1,2}.
- Восполняет недостаток витаминов и минералов, необходимых для правильного формирования и развития плода на ранних стадиях беременности¹.
- Может применяться при гипотонии.

¹ Жуков О.Б., Евдокимов В.В., Жуков А.А., Шугушева Л.Х., Брагина Е.Е. Новая стратегия профессионального медицинского сопровождения супружеской пары при бесплодии // Андрология и генитальная хирургия. – 2013. – Июнь. – № 2.

² В случае нарушений, вызванных стрессами.

СГР № RU.77.99.11.003.E.018281.06.11 от 02.06.2011 г.,
СГР № RU.77.99.11.003.E.003294.02.12 от 21.02.2012 г.
Реклама

www.plan-baby.ru



БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ.

Lohman (Германия) и Lonza, DSM (Швейцария). L-карнитин поставляется из Швейцарии.

Основным действующим веществом Спематона является L-карнитин, прием которого улучшает подвижность, концентрацию сперматозоидов. Известно, что L-карнитин является одним из наиболее часто назначаемых андрологами веществ для повышения мужской фертильности. Но не менее важны и другие компоненты – витамин Е и цинк. Витамин Е увеличивает выживаемость сперматозоидов, а цинк необходим для синтеза основного мужского гормона – тестостерона, а также фолликулостимулирующего гормона, которые отвечают за выработку спермы. При этом необходимо отметить, что Спематон НЕ ЯВЛЯЕТСЯ гормональным препаратом.

Спематон необходимо принимать только 1 раз в день. Содержимое саше-пакета растворяют в ½ или в целом стакане воды. Напиток имеет вкус апельсина, его прием не вызовет проблем и неприятных вкусовых ощущений. Единственным противопоказанием к приему Спематона является индивиду-

альная непереносимость компонентов. Оптимальная длительность применения – 3 месяца. Такой срок связан с тем, что время созревания сперматозоидов составляет 72 дня, и вещества, которые положительно действуют на сперматогенез, должны поступать в организм в течение всего этого периода. 1 упаковки Спематона хватает на 1 месяц приема. Таким образом, для 3-месячного курса понадобится 3 упаковки. Важно отметить, что в 1 саше Спематона содержится 750 мг L-карнитина, а чем выше содержание L-карнитина в препарате для повышения мужской фертильности, тем эффективнее препарат. Также Спематон содержит в повышенных дозировках компоненты, которые влияют на сперматогенез – витамин Е и цинк (при этом их дозировки не превышают верхний допустимый уровень потребления).

С октября 2014 года состав Спематона был обновлен, улучшен за счет включения в состав препарата фолиевой кислоты и селена и получил новое название СПЕРОТОН.

Препарат Сперотон доступен в продаже с декабря 2014 года ■

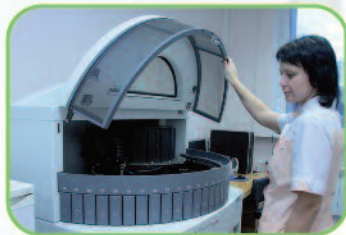
Состав	Спематон	Сперотон
L-карнитин	750 мг	750 мг
витамин Е	30 мг	30 мг
цинк	24 мг	21 мг
Витамин В9 (фолиевая кислота)		400 мкг
Селен		70 мкг

Наши ВОЗМОЖНОСТИ

Лаборатория патологической анатомии



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



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



Иммуногистохимические методы

Цель:

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

Перспективы лаборатории

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

Методы молекулярно-генетических исследований

Цель:

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

В Краснодарском Онкоцентре работает лучший онкоуролог России



Дипломантами Всероссийского конкурса врачей стали несколько представителей Краснодарского края. Всего по итогам церемонии награждения, которая прошла в московском ЦКЗ «Россия» 6 октября, кубанский регион приобрел четверых официально лучших докторов, среди которых – онкоуролог Игорь Сосновский.

Как сообщают в Краевом Минздраве, первое место в номинации «лучший уролог» досталось Игорю Сосновскому, заведующему урологическим отделением ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер №1», по праву. За годы работы ему вместе с коллегами удалось снизить смертность от рака в Краснодарском крае на 5%.

Врач в третьем поколении, Сосновский начал свой путь в медицине с 14 лет – помогал в больнице как санитар. В медицинской академии окончательно определился со специальностью, и на сегодня его стаж работы в онкоурологии составляет более 15 лет. Супруга Любовь – тоже врач, анестезиолог-реаниматолог, так что все семейные дела и планы ориентированы, прежде всего, на нужды пациентов.

В Краснодарском онкодиспансере отмечают хирургические успехи отделения, возглавляемого доктором: «При активном участии Сосновского в отделении в течение последних 5-ти лет начали широко выполняться радикальные простатэктомии, резекции почек, радикальные цистпростатэкто-

мии. Впервые выполнена нервосберегающая, радикальная простатэктомия при локальном раке предстательной железы. Внедрена лапароскопическая техника при нефрэктомии, резекции почки, простатэктомии». Помимо врачебной практики, Игорь Сосновский уделяет немалую часть своего времени исследованиям: на его счету 43 научные работы (из них – 2 монографии и 5 методических рекомендаций).

Награду доктору вручила глава Минздрава России Вероника Скворцова.

Напомним, что всероссийский конкурс «Лучший врач года» стартовал в 2001 г. Тогда были названы имена первых победителей в 11 номинациях. Сегодня число номинаций выросло в три раза. Кроме того, в этом году вместе с докторами награждали специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием: в общей сложности заслуженные призы получили 123 медика. Помимо дипломов, лауреатам вручается символ конкурса – «Хрустальную Гигиену» – и материальное поощрение. Всего за годы проведения свои награды получили более 700 работников медицинской сферы. ■

Монурель

Превидист

защита от цистита

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ



3 эффекта в одной таблетке

Экстракт клюквы 36 мг РАС (проантоцианидины)

Препятствует адгезии кишечной палочки к клеткам уротелия

1. Повреждает синтез фимбрий
2. Деформирует бактериальную клетку

Витамин С

3. Повышает сопротивляемость организма

1 таблетка в день:

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

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Экстракт
клюквы
36 мг РАС
+
Витамин С



ОДИН РАЗ В ДЕНЬ

Zambon
1900

ООО «Замбон Фарма»

119002, Москва, Глазовский пер., д.7, офис 17
Тел.: +7 (495) 933-38-30/32 Факс: +7 (495) 933-38-31
e-mail: zambon@zambon.ru www.zambon.ru

IV Всероссийская школа по детской урологии-андрологии

«Реконструктивно-пластические операции, эндовидеохирургия в детской урологии-андрологии. Нарушения мочеиспускания у детей» 2-3 апреля 2015 года

Дорогие коллеги и друзья! От имени Межрегиональной общественной организации «Интернет форум урологов» (МОО ИФУ) и урологического информационного портала Uroweb.ru мы рады пригласить вас для участия в ежегодной IV Всероссийской школе по детской урологии андрологии «Реконструктивно-пластические операции, эндовидеохирургия в детской урологии. Нарушения мочеиспускания у детей», которое будет проводиться при участии НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина - филиала ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена» Минздрава России и Межрегиональной общественной организации детских урологов-андрологов (МООДУА).

Программа Школы будет включать в себя рассмотрение основных вопросов диагностики, консервативного и оперативного лечения урологических заболеваний у детей.

Мировые и отечественные эксперты представят свой опыт лечения как редких, так и часто встречающихся заболеваний. В рамках Школы планируется проведение круглых столов с обсуждением клинических случаев, будут показаны видеопрезентации различных операций.

Планируется прямая трансляция из операционных!

Вы можете представить результаты своей работы на Школе. Для этого присылайте свои тезисы, из которых наиболее интересные будут отобраны для представления в докладах. Все тезисы будут опубликованы в печатных материалах школы.

Предпочтение будет отдаваться работам, содержащим новые направления в детской урологии-андрологии, иллюстрированными видеосюжетами операций или методов обследования.

До встречи на школе,

Оргкомитет Школы

Программа школы

2 апреля

- «Живая хирургия» - трансляция из операционной
- Лекции приглашенных профессоров
- Круглый стол и обсуждение клинических случаев

3 апреля

- Презентации присланных на конференцию тезисов отечественных специалистов
- Круглый стол и обсуждение клинических случаев

Приглашенные профессора



Франсуа Варле (Francois Varlet) – профессор, руководитель отделения детской хирургии Университетского госпиталя Св. Этьена, Седекс, Франция



Мануэль Лопез (Lopez Manuel) – профессор, сотрудник отделения детской хирургии Университетского госпиталя Св. Этьена, Седекс, Франция



Санжай Кулькарни (Sanjay Kulkarni) – профессор, директор центра реконструктивной урологии Пун, Индия, ведущий уролог центра высокотехнологичной урологической помощи Пун, Индия, вице президент Общества реконструктивно-пластических хирургов-урологов, руководитель многочисленных мастер-классов по реконструкции уретры, совместно с проф. Гуидо Барбали (Guido Barbagli) автор методики уретропластики слизистой щеки

Организатор Школы

Межрегиональная общественная организация «Интернет форум Урологов»

При участии

НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина ФГБУ - филиал «ФМИЦ им. П.А. Герцена» Минздрава России

«Межрегиональная общественная организация детских урологов-андрологов» (МООДУА)

Оргкомитет:

Аполихин О.И.,
Казанская И.В.,
Сивков А.В.,
Гарманова Т.Н.,
Шадеркин И.А.,
Шадеркина В.А.,
Рудин Ю.Э.,
Зеленский М.В.

Техническая и информационная поддержка:

- ООО «УроМедиа»
- Uro.ru
- Uro.TV
- Uroweb.ru
- UroEdu.ru

Регистрация

On-line регистрация на сайте Uroweb.ru.

Окончание on-line регистрации 22 марта 2015 года.

Регистрационный взнос включает в себя:

1. Участие в заседаниях, круглых столах
2. Печатные материалы конференции
3. Портфель участника
4. Посещение выставки
5. Сертификат
6. Обед, кофе-брейки во время конференции

Подарок от организаторов Школы:

- Клинические рекомендации по детской урологии
- Памятки для родителей маленьких пациентов
- Постеры по детской урологии

Оплата участия в Школе: 4000 рублей.

Возможен просмотр онлайн трансляции Школы на сайте Uro.TV – просмотр трансляции платный. Стоимость 1500 рублей.

Скачать квитанции для оплаты очного участия и просмотра он-лайн трансляции можно на сайте Uroweb.ru.

Официальное приглашение скачать можно на сайте Uroweb.ru.

Контакты для участников для решения организационных вопросов:

Наши ВОЗМОЖНОСТИ

Биохимическая
лаборатория
НИИ урологии



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

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



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

Онкоурология:

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

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



Трансплантология:

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

Перспективы: дальнейшее совершенствование методов диагностики урологических заболеваний.

Шадеркина Виктория Анатольевна

Тел. +79260175214

E-mail: viktoriashade@uroweb.ru

Гарманова Татьяна Николаевна

Тел. +79269937443

E-mail: tatianagarmanova@gmail.com

Контакты для рекламодателей и компаний-спонсоров:

Шадеркина Виктория Анатольевна

Тел. +79260175214

E-mail: viktoriashade@uroweb.ru

Выступления:

Заявки на выступления присылать на электронную почту pediatricschool@yandex.ru.

Тезисы:

Требования к оформлению тезисов:

1. Тезисы высылать на электронную почту pediatricschool@yandex.ru до 01.03.2015. Тезисы, присланные позже, приниматься не будут ни при каких условиях.
2. Содержание должно включать в себя основные разделы: авторы, место работы, контактные данные авторов, введение, материалы и методы, результаты, выводы
3. Формат тезисов: шрифт Times New Roman, 14, до 3600 знаков.

Проезд, проживание, питание участника Школы оплачивают самостоятельно.

Место проведения – Гостиница Измайлово, Вега, зал «Васнецов».

ВНИМАНИЕ!!!

В рамках Школы будет проведен **конкурс** на лучшее стихотворение про детского уролога. Победителей и участников ждут ценные призы!

Организаторами учреждены **Премии «За преданность детской урологии» и «За вклад в детскую урологию»**, которая будет вручена участнику Всероссийской Школы по детской урологии-андрологии, представившему самое новаторское решение в предметной области.

До встречи на Школе!

МОНУРАЛ®

ФОСФОМИЦИНА ТРОМЕТАМОЛ

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



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



ООО «Замбон Фарма»

119002, Москва, Глазовский пер., д. 7, офис 17
Тел. (495) 933-38-30 (32), факс 933-38-31

Реклама РУ №ФСЗ 2008/02844

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

Международный форум «Новые горизонты репродуктивного здоровья»



Уважаемые коллеги!

Репродуктивное здоровье – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или недугов во всех сферах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов.

В существующих социально-экономических условиях состояние репродуктивного здоровья населения страны остается одной из наиболее острых медико-социальных проблем, являясь фактором национальной безопасности.

В последние годы были достигнуты значительные успехи в области охраны материнства и детства, характеризующиеся значительным снижением материнской и младенческой смертности. Однако, сохраняется низкий уровень рождаемости и высокий показатель общей смертности населения в трудоспособном возрасте приводят к снижению уровня воспроизводства населения, ухудшению качества здоровья детей.

В сложившихся условиях назрела необходимость разработки межведомственной стратегии по охране репродуктивного здоровья населения. Этому и будет посвящена предстоящая встреча.

В конференции примут участие ведущие мировые специалисты в области андрологии и репродуктивного здоровья, совместно с которыми была создана и успешно реализована Российско-германская программа дополнительного профессионального образования «Андрология».

До встречи на конференции!

Председатель конференции главный внештатный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью, директор НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина, профессор Анопихин Олег Иванович

Основная информация

Организаторы:

- Министерство здравоохранения Российской Федерации
- НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина
- Европейская академия андрологии (European Academy of Andrology)
- Гиссенский университет имени Юстуса Либиха, Германия
- МООУ «Интернет форум урологов»

Дата мероприятия: 9-10 июля 2014 года

Место проведения: Российская Федерация, г. Москва, ул. Пречистенка, д. 16.
Центральный дом ученых РАН.



Форматы участия:

Регистрационный взнос для очного участия в конференции включает в себя:

- Участие в заседаниях, круглых столах, обсуждении клинических случаев, видеосессиях
- Печатные материалы конференции (тезисы докладов Международного форума «Новые горизонты репродуктивного здоровья» на русском языке)
- Получение печатной версии сертификата участника Международного форума «Новые горизонты репродуктивного здоровья» на русском языке
- Посещение выставки
- Обед и кофе-брейки во время конференции

Регистрационный взнос для заочного участия в конференции включает в себя:

- Доступ для просмотра он-лайн трансляции докладов и лекции Международного форума «Новые горизонты репродуктивного здоровья»
- Получение электронной версии сертификата участника Международного форума «Новые горизонты репродуктивного здоровья»

Регистрационный взнос:

Категория	Ранняя регистрация (до 01 июня)	Поздняя регистрация (после 01 июня)
Члены МОО «Интернет форум урологов»	35 Евро	50 Евро
Не члены МОО «Интернет форум урологов»	150 Евро	200 Евро
Студенты, ординаторы, средний медицинский персонал (при предъявлении документов, подтверждающих статус)	бесплатно	бесплатно
Заочное участие (on-line трансляция на сайте Uro.TV) для членов МОО «Интернет форум урологов»	20 Евро	30 Евро
Заочное участие (on-line трансляция на сайте Uro.TV) не членов МОО «Интернет форум урологов»	35 Евро	50 Евро

Предполагаемое количество участников – 250-300 человек.

Заинтересованная аудитория: урологи, гинекологи, детские урологи-андрологи, специалисты в области репродуктивной медицины.

Во время проведения конференции доклады и обсуждения будут транслироваться **в on-line режиме на сайте Uro.TV** (требуется регистрация на сайте и оплата регистрационного взноса). Обращаем ваше внимание, что доклады и лекции Форума после окончания мероприятия доступны не будут. Вы сможете с ними ознакомиться только во время проведения мероприятия.

Председатель конференции:

Главный внештатный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью, директор НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина, д.м.н., профессор **Аполихин Олег Иванович** (Россия, Москва).

Со-председатели:

- Яковлева Татьяна Владимировна – д.м.н., заместитель Министра здравоохранения России.
- Вольфганг Вайднер (Wolfgang Weidner) – глава департамента урологии детской урологии и андрологии Гиссенского Университета им. Юстуса Либиха, Германия, председатель секции Андрологической урологии Европейской ассоциации урологов.

Оргкомитет:

- Сивков Андрей Владимирович – первый заместитель директора НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина, кандидат медицинских наук (Россия, Москва)
- Казаченко Александр Викторович – заведующий отделом постдипломного обучения НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина, доктор медицинских наук (Россия, Москва)
- Ефремов Евгений Александрович – заведующий отделом андрологии и репродукции человека НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина, доктор медицинских наук (Россия, Москва)
- Шадеркин Игорь Аркадьевич – заведующий отделом развития региональной урологии НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина (Россия, Москва)
- Красняк Степан Сергеевич – м.н.с. отдела андрологии и репродукции человека НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина (Россия, Москва)

В ходе работы конференции будет организован синхронный перевод на русский и английский языки.

В холле будет организована выставка фирм-спонсоров конференции.

Научные тематики форума:

- Мужское репродуктивное здоровье
 - сексуальная дисфункция
 - мужское бесплодие
 - инфекционно-воспалительные заболевания мужских половых органов
 - эндокринные и кардиологические аспекты мужского здоровья
- Женское репродуктивное здоровье
 - женское бесплодие
 - инфекционно-воспалительные заболевания женских половых органов
- Детское репродуктивное здоровье
 - пути профилактики нарушений репродуктивного здоровья
 - врожденные заболевания мочеполовых органов
- Вспомогательные репродуктивные технологии
 - современные тенденции (распространенность, технологии)
 - осложнения ВРТ и их влияние на здоровье будущей матери и ребенка
- Репродуктивное здоровье населения (организационные, экономические аспекты).
 - концепция охраны репродуктивного здоровья населения Российской Федерации
 - программы поддержки семьи и методу улучшения демографической ситуации
- Современные технологии в области охраны репродуктивного здоровья:
 - мобильные гаджеты
 - программное обеспечение
 - телемедицина
 - дистанционное образование и т.п.

Контакты:

Красняк Степан Сергеевич

Телефон: +7(909)973-63-96

E-mail: krasnyakss@mail.ru



23-24 апреля 2015 года

1-я научно-практическая конференция урологов
Северо-Западного федерального округа
«Актуальные вопросы урологии»



Организаторы конференции:

- Российское общество урологов
- Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И.П.Павлова

Место проведения – Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д.17.

Президент конференции – ректор ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, академик РАН С.Ф.Багненко

Председатель Оргкомитета конференции - зав. кафедрой урологии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, главный внештатный уролог СЗФО, засл. врач РФ, профессор С.Х.Аль-Шукри

Со-председатель Оргкомитета конференции – профессор каф. урологии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, председатель Санкт-Петербургского научного общества урологов, засл. деятель науки РФ, профессор В.Н.Ткачук

Основные научные вопросы конференции:

- Организация урологической помощи в СЗФО
- Онкоурология
- Мочекаменная болезнь
- Нейроурология
- Клиническая андрология
- Современные методы хирургического лечения урологических заболеваний
- Диагностика и лечение инфекционно-воспалительных заболеваний

Заявки на доклады и материалы для публикации (тезисы докладов) принимаются Оргкомитетом конференции до 20 марта 2015 по электронной почте urolog.kaf@mail.ru (будут опубликованы в журнале «Урологические ведомости») Заявка на доклад должна содержать название доклада, фамилии и инициалы всех авторов, их ученые степени, должности и место работы, фамилию и контактные данные (телефон, электронная почта) докладчика.

Требования для представления тезисов докладов:

Шрифт Times New Roman, размер 12, через 1,5 интервала; с полями по каждому краю 2 см. объем тезисов не более 2 страниц, указываются фамилии и инициалы авторов, ученые степени, место работы (организация).

Урология МЧС: национальный подход к лечению МКБ



В.Е. Григорьев,
врач-уролог
ВЦЭРМ им. А.М.Никифорова
МЧС России



В.В. Дмитриев,
врач-уролог
ВЦЭРМ им. А.М.Никифорова
МЧС России

19 сентября 2014 г. клиника «Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС России вновь собрала под своей крышей ведущих специалистов в области урологии не только из г. Санкт-Петербурга и Ленинградской области, но и из других регионов страны, а так же дружественной республики Беларусь. Поводом для встречи коллег послужила проходящая в стенах клиники научно-практическая конференция, посвященная чрезкожному лечению камней почек.

Еще на этапе планирования, в связи с успехом проведенной годом ранее конференции по эндоскопическому лечению мочекаменной болезни, было принято решение о проведении данного мероприятия в стенах большого конференц-зала, располагающегося в здании административного корпуса. И как в последствие оказалось, данное решение было правильным. Количество участников данного семинара превысило ожидаемое, что говорит об актуальности обсуждаемой проблемы.

С.Х. Аль-Шукри, В.Е. Григорьев





И.А. Горгоцкий, А.Н. Акимов, Н.К. Гаджиев, Арвинд Ганпул, Ш.Н. Идрисов



Не изменяя традициям, в этом году на конференцию так же был приглашен иностранный гость с мировым именем. На этот раз поделиться опытом с Российскими коллегами приехал Др. Арвинд Ганпул (Dr. Arvind Prakash Ganpule, Consultant Urologist & Chief, of Laparoscopy and robotic surgery Urological Hospital, Nadiad), один из разработчиков микроперкутанной хирургии камней почек.

В 9-00 состоялось торжественное открытие научно-практической конференции. С приветственными речами выступили профессор Рыбников В.Ю. (заместитель директора по научной и учебной работе ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России), профессор Комяков Б.К. (главный уролог Комитета по здравоохранению правительства г. Санкт-Петербурга), профессор С.Б. Петров (главный уролог МЧС России). В своей речи проф. Комяков Б.К. еще раз подчеркнул актуальность данной конференции, и ак-

центировал особое внимание на ее основной цели - разборе нюансов данного метода лечения камней.

После вступительной речи членов президиума, слово было предоставлено одному из ведущих врачей г.Санкт-Петербурга, д.м.н. Гулиеву Б.Г., который представил доклад на тему «Стандартная и миниперкутанная нефролитотомия». ■

Р.А. Елов, Б.Г. Гулиев





Е.С. Шпиленя, Б.К. Комяков

В своей речи Бахман Гидаятович исчерпывающе раскрыл исторический аспект развития чрезкожного лечения камней почек, привел четкое различие между стандартной, мини- и микроперкутанной нефролитотомией, а так же поделился личным опытом перкутанной хирургии со слушателями.

По завершении выступления внимание зала переключилось на операционную, где на этот момент доктор Гаджиев Н.К. осуществил доступ к почке с использованием техники «Bull's eye» для выполнения стандартной перкутанной нефролитотомии. Во время операции между залом и оперирующим врачом шел непринужденный диалог в котором каждый желающий мог задать интересные его вопросы и получить на них исчерпывающий ответ.

В перерывах научно-практической конференции участники ждали кофе-брейк, во время которого за дружеской беседой коллеги обсуждали увиденное, делились друг с другом личным опытом и знаниями. Помимо этого желающие могли ознакомиться с новинками оборудования, расходного материала и фармакологической продукции, любезно



Гаджиев Н.К.

предоставленными ведущими производителями.

После кофе-брейка участников конференции ожидало выступление Гаджиева Н.К., который представил урологическому сообществу «Национальный реестр мочекаменной болезни». Данный реестр был создан урологами клиники МЧС во главе с профессором Петровым С.Б. в начале 2014 г., и его основной задачей является систематизация данных по лечению мочекаменной болезни. Представленный продукт получил широкий отклик со стороны слушателей. Хочется отметить теплые слова, высказанные в пользу реестра проф. Шпиленей Е.С. (СЗГМУ им. Мечникова), к.м.н. Поповым С.В. (Клиническая больница Святителя Луки), д.м.н. Гулиевым Б.Г. (отделение урологии ГБ № 2), и их призыв к российским урологам внести свой вклад в развитие проекта. В конце выступления был представлен клинический случай №2, в котором коротко были изложены основные моменты истории болезни пациентки, находящейся в это время на операционном столе.

И вновь внимание участников конференции переключилось на операционную, где Бровкин С.С. профессионально осуществил доступ к почке с использованием техники триангуляции. После установки проводника, бужирования хода и установки кожуха для миниперкутанной нефролитотомии, Сергей Сергеевич приступил к методичному дроблению камня с использованием лазер-



Бурко В.Д.

ной энергии, параллельно поддерживая диалог с залом и отвечая на возникающие по ходу операции вопросы. Плавное мероприятие подошло к своему апогею.

После второго кофе-брейка участники конференции заслушали доклад доктора Арвинда Ганпула на тему «Микронефролитотомия», в котором он постарался как можно подробнее рассказать о вышеописанном методе лечения камней почек, отразить его сильные и слабые стороны в сравнении с другими методами хирургического лечения, а также дополнительные способы использования данного оборудования.

После своего выступления доктор Арвинд Ганпул направился в операционную для проведения микроперкутанной нефролитотомии. Увидеть ход

операции вместе с комментариями доктора Арвина Ганпула Вы сможете на сайте (Uro.TV).

Подводя итоги Конференции, мы выражаем искреннюю благодарность всем кто помогал её готовить.

Участие в конференции приняли такие известные компании в урологической среде как «COOK Medical» и «KARL STORZ», предоставившие эндоскопическое, эндовидеохирургическое оборудование, инструменты и расходные материалы. Также благодарим «М.П.А. медицинские партнёры», «Эс-парма ГмбХ», «SIEMENS», «Бионорика» и др. за помощь в организации и проведении мероприятия.



Гулиев Б.Г., Попов С.В.

Всем кто к нам пришел и поддержал нас, мы говорим спасибо!

До встречи на следующей конференции, в 2015 году! ■



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

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ

УРОЛОГИЯ

ECUro.ru



www.ecuro.ru

Аккредитация ВАК
№ 22/49 от 25.05.12

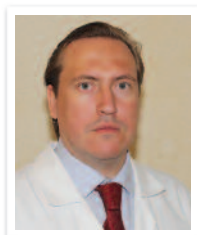
Профессиональное издание для урологов, онкологов, урогинекологов, андрологов, детских урологов, фтизиоурологов и врачей смежных специальностей, научных работников, ординаторов, аспирантов.

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

Абстракты на английском языке в печатной версии журнала.

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

Съезд роботических хирургов



А.А. Грицкевич
старший научный сотрудник
отделения урологии ФГБУ
«Институт хирургии имени
А.В. Вишневского»,
Москва, Россия

С 17 по 19 сентября 2014 года в г. Амстердам проходил ежегодный XI съезд роботических хирургов (11th Meeting of the EAU Robotic Urology Section (ERUS)). ERUS - мероприятие, проводимое на протяжении 11 лет и собирающее ведущих урологов со всего мира. Ежегодно съезд принимает более 600 специалистов в области роботической хирургии. Программа съезда включала не только доклады и сеансы живой хирургии из операционной, но и практические курсы, а также курсы экспертного уровня по направлениям, включающим в том числе выполнение робот-ассистированной резекции почки и радикальной нервосберегающей простатэктомии.

На постерной сессии прозвучал доклад из ФГБУ «Институт хирургии имени А.В. Вишневского», Москва, Россия. Работа была посвящена роботической хирургии в лечении злокачественных новообразова-

ний мочевого пузыря. Работа называлась «Робот-ассистированные полнослойные резекции мочевого пузыря при злокачественных опухолях с поражением шейки мочевого пузыря» Авторы: А.А. Теплов, А.А. Грицкевич, С.В. Берелавичус,





С.С. Пьяникин. Докладчик - старший научный сотрудник отделения урологии к.м.н. Грицкевич Александр Анатольевич.

Цель исследования

Робот-ассистированные органосохраняющие операции у больных инвазивным

раком мочевого пузыря представлены единичными наблюдениями, преимущественно при локализации опухоли в дивертикуле мочевого пузыря и при опухолях урахуса. Разработана методика робот-ассистированной резекции мочевого пузыря при локализации опухоли в области шейки мочевого пузыря.





Материалы и методы

Выполнено 5 робот-ассистированных операций: при инвазивном раке мочевого пузыря pT2a-vN0M0G2 с локализацией в шейке мочевого пузыря – у 4-х больных и феохромоцитоме с поражением мочевого пузыря – у 1 больного.

Критерии включения больных: единичная (одиночные) опухоль мочевого пузыря, локализованная в шейке мочевого пузыря с уровнем инвазии опухоли в пределах мышечного слоя T2a-v, уровнем дифференцировки G1-2, N0. Операции производили тремя роботическими манипуляторами с использованием биполярного зажима, монополярных ножниц, одноокончатого зажима и иглодержателя. I этап – уретроцистоскопия и стентирование мочеточников. II этап – робот-ас-

систированная резекция МП с чреспузырной трансиллюминацией. III этап – подвздошно-обтураторная лимфаденэктомия. Дефект задней стенки мочевого пузыря ушивали нитью V-Loc, 3-0 интракорпоральным двухрядным непрерыв-



Пол	Возраст	Диагноз	Длительность	Объем кровопотери (мл)	ПО осложнения	ПО КД
ж	62	Феохромоцитоме мочевого пузыря	2 час 30 мин	50	б/о	10
м	65	Рак мочевого пузыря pT2aN0MOG2	2 час 40 мин	80	б/о	8
м	69	Рак мочевого пузыря pT2bN0MOG2	3 час 20 мин	100	б/о	9
ж	67	Рак мочевого пузыря pT2bN0MOG2	2 час 15 мин	60	б/о	12
м	57	Рак мочевого пузыря pT2aN0MOG2	2 час 30 мин	100	б/о	7

ным швом. Резекция и пластика устья мочеточника с формированием слизисто-мышечной манжетки на мочеточниковом стенте – у 2 больных.

Результаты

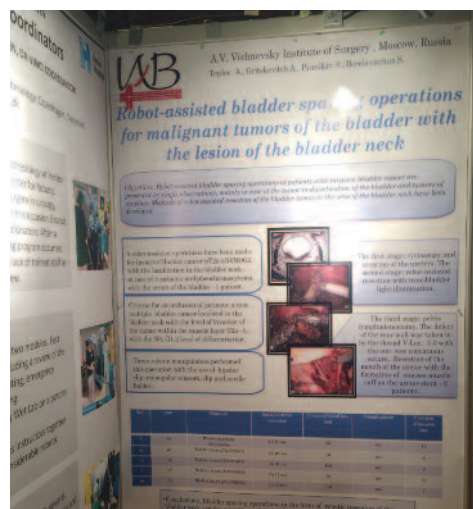
Медиана наблюдений составила 15,3 мес (12 – 21 мес). Рецидивов опухоли и метастазов не выявлено.

Выводы

Органосохранные операции в виде полнослойных резекций шейки мочевого пузыря с использованием роботического комплекса являются операцией выбора при мышечно-инвазивном раке мочевого пузыря и феохромоцитоме, с поражением шейки мочевого пузыря, позволяющие радикально выполнить удаление опухоли, резецировать устье мочеточника (интрамуральный отдел мочеточника) с одномоментной пластикой устья мочеточника на стенте, выполнить под-

вздошно-обтураторную лимфаденэктомию, сохранить в большем объеме детрузор по сравнению с открытой резекцией и трансуретральной резекцией мочевого пузыря.

Доклад по изложенной работе дополнен двумя видеоматериалами, который Вы можете посмотреть на сайте урологического телевидения Uro.TV. ■



Медицинский «нобель»



А.С. Паевский
Специальный корреспондент
«Дайджеста урологии»

Неделя, начинавшаяся в этом году 6 октября, в мировой науке особенная. С понедельника начинается присуждение Нобелевских премий – самых престижных премий в истории человечества. Разумеется, перед этим важнейшим событием всегда строятся какие-то прогнозы, спекуляции, повторяют историю премий и рассказывают разнообразные байки. Сразу скажем, что представители медицинской науки должны ставить свечку мнительности изобретателю динамита – за то, что медицина стала одной из трёх наук, представители которых получают нобелевские премии. Но обо всём по порядку. Корреспондент «Дайджеста урологии» Алексей Паевский разобрался с историей нобелевской премии по медицине (и всех остальных), узнал о том, как Нобелю не дали «нобеля», выяснил, за что дали премию в этом году и даже получил автограф Нобеля без помощи спиритического сеанса.



Живой Нобель

Так в конце этого лета мне выпала уникальная возможность получить автограф самого Нобеля на журнале, вышедшем в 2014 году. Нет, никакого мошенничества – в Москву приехал правнучатый племянник Альфреда Нобеля, Микаэль Нобель. Мне удалось пообщаться в неформальной обстановке с этим безумно живым человеком на восьмом десятке жизни и узнать много интересных вещей.

Микаэль Нобель – правнук родного брата Альфреда, Людвиг Нобеля. И одновременно – внук известного российского врача

Нобель – достаточно известный физик, который мог бы получить... Нобелевскую премию – ведь он сам долгое время работал над созданием того, что сейчас известно под названием МРТ – магнитно-резонансной томографии, одним из немногих диагностических методов, совершивших революцию в диагностике – в том числе и в урологии.

По его собственным словам, Нобель искал место с хорошей зарплатой и узнал, что есть вакансии у «какого-то профессора, который использует магниты в медицине». – Я решил, что это что-то вроде магнитных браслетов, но всё равно пошёл. И «застрял» на 24 года.

В итоге создатели МРТ получили Нобелевскую премию в 2002 году, а Нобель... Как он сам шутит, вручать Нобелевскую премию человеку с такой фамилией несколько неловко. «Хотя и было бы красиво» – добавляет он.

Слава ипохондрии!

Разумеется, спросил я у Нобеля и почему нобелевские премии вручаются именно по тем номинациям, по которым вручаются, и за что нужно быть благодарным медикам и физиологам (а заодно про распространённую легенду о том, что известный математик и потенциальный кандидат на математического «нобеля» увёл у Альфреда жену и в отместку Нобель вычеркнул математику из завещания).

С легендой всё понятно, никакой жены у Нобеля не было никогда, и потому здесь

совесть математиков чиста – некого было уводить. С самими же премиями ситуация такова,



Физика и химия вошли в список потому, что сам Нобель был физиком и химиком – без досконального знания этих наук динамит не изобрести и производство его не наладить. Литературу Нобель любил, сам писал пьески («посредственные» – замечает его внучатый правнук), активными борцом за дело мира была его возлюбленная (и мужчину своего пристрастила), экономики в завещании Нобеля и не было, это Шведский банк в 1968 году «примазался» к славе премии, пользуясь своим 300-летним юбилеем. Премия так и называется официально – «премия памяти Нобеля».

А что же медицина? Всем представителям нашей профессии нужно говорить спасибо тому, что по своему характеру Альфред Нобель был жутким ипохондриком. Результат – круглая сумма, медаль, грамота, обед с королевской четой и ■

мировая слава от одному, двум или трем медикам или физиологам ежегодно.

Неожиданный «нобель»

Кто же в декабре 2014 года будет есть знаменитое нобелевское мороженое в день смерти Нобеля?

Согласно прогнозу агентства Thomson Reuters, в этом году Нобеля должны были получить Чарльз Ли (Charles Lee), Стивен Шерер (Stephen Scherer) и Майкл Уиглер (Michael Wigler) за изучение связи генетических изменений с разными болезнями, в частности аутизмом. Но несмотря на то, что агентство угадывает весьма часто, в этот раз они «не угадали ни одной буквы» – ни по физике, ни по химии, ни по медицине.

Впрочем, все отмечают, что выбор нобелевского комитета оказался очень, очень неожиданным. Американско-британского нейрофизиолога Джона О'Киффа (John O'Keefe) и норвежских супругов Эдварда и Мэй-Бритт Мозеров (Mary-Britt & Edvard Mosers) и близко не было ни в одном из списков фаворитов. Поясню. Решение нобелевского комитета оказалось достаточно неожиданным, и для меня, поскольку за последние десятилетия «нобель» по медицине (как и по химии) как правило – это премия за молекулярную биологию. Возьмём, к примеру, премию 2013 года. Как мы помним, премия досталась за открытие механизмов доставки веществ в клетке – везикулярного транспорта. Очень толковые учёные, которые полностью раскрыли ме-

ханизм, как молекулы разных веществ перемещаются по клетке и между клетками.

О'Кифф и Мозеры же удостоились премии за классические работы по нейрофизиологии. Нужно сказать, что их открытие – очень редкий случай, когда классические учёные подтверждают некий тезис, сделанный философами. Ну помните, как Левкипп и Демокрит додумались до атомов, но экспериментально их существование подтвердили только более, чем два тысячелетия спустя. Здесь философскому труду научного подтверждения пришлось ждать несколько меньше – двести лет. Нынешние лауреаты подтвердили тезис... Иммануила Канта, который еще в своей самой известной работе, «Критике чистого разума», утверждал, что ощущение пространства – это врождённое свойство человеческого мозга. Однако ученые долгое время считали, что мы ориентируемся в пространстве исключительно опираясь на обработку сигналов от внешних рецепторов, а никакой «координатной сетки» в мозгу нет.

Впрочем, первым из учёных предположил и показал, что что-то подобное тоже есть не физиолог-классик, а психолог-необихевиорист, американец Эдвард Чейс Толмен. В 1948 году он выпустил работу «Когнитивные карты у крыс и человека», в которой предположил, что после изучения крысой (и человеком) пространства в их мозгу формируется своеобразная карта, которую он назвал когнитивной картой.

Однако лишь американец ирландского происхождения Джон О'Кифф, переехав в Университетский колледж Лондона, в



1960-х действительно открыл особые «клетки места» или «пространственные клетки» (place cells) в гиппокампе крыс. Каждая из групп «клеток места» активировалась тогда, когда крыса находилась в строго определенном участке клетки. Это открытие оказалось возможным лишь после того, как нейрофизиологи научились фиксировать активность отдельных нейронов в живом организме.

Двое других нобелиатов, норвежские супруги Мозер – в каком-то смысле непосредственные ученики О'Киффа. После аспирантуры они около года работали у него в лаборатории. В 1996 году они вернулись в Норвегию и занялись собственными исследованиями. Девять лет спустя вышла их «нобелевская» статья в Nature, которая сообщала об открытии новой структуры – координатной сетки (grid cells) в энторинальной коре мозга рядом с гиппокампом. Эти клетки позволяли мозгу не только определять свое местоположение в пространстве, но и измерять расстояния до объектов.

Кстати, нужно отметить, что открытиями двух подобных типов клеток нейрофизиологи не ограничились. Другие исследователи позже открыли прочие элементы «GPS мозга». Ими были «клетки направления», которые определяют, куда мы смотрим и «клетки границ», которые определяют на «карте» в мозгу стены и другие ограничители территории. Но на премию могут рассчитывать только два открытия и три человека. Увы, именно так написано в статуте премии.

Нобелевские супруги

И еще несколько слов. Все журналисты обязаны сказать спасибо комитету за то, что премию дали мужу и жене. Во-первых, это повод восхвалить традиционные семейные ценности, а во-вторых – вспомнить о том, какие еще супруги получали «нобеля вместе. Оказывается, премия Мозерам – пятая «супружеская премия» в истории. Конечно, рекорд семьи Кюри перекрыть сложно – Мари и Пьер Кюри получили премию по физике в 1903 году, (и не забываем о второй премии у Мари Кюри, по химии в 1911 году). Их дочь Ирен Жолио-Кюри получила премию по химии 1935 года вместе с мужем Фредериком Жолио-Кюри. Еще одна супружеская премия – по физиологии и медицине. Герта и Карл Кори получили свою премию в 1947 году. Все учившиеся в медицинском учили циклы Кори. Помните? Их открытие! Пятую же пару можно назвать таковой очень условно – супруги Мюрдаль – «просто» муж и жена, получившие по нобелевской премии.

Альва Мюрдаль в 1982 году стала лауреатом премии мира, а Гуннар Мюрдаль получил премию памяти Нобеля по экономике в 1974 году.

Так что медицина с супругами Мозер «вырывается» вперед: по химии есть только одна «супружеская» премия, по физике – тоже одна, а медики-супруги оказались на данный момент более удачливыми. ■

Ответственность за неоказание медицинской помощи

Согласно ст.4. ФЗ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" основными принципами охраны здоровья являются:

- 1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- 3) приоритет охраны здоровья детей;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- 5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- 6) доступность и качество медицинской помощи;
- 7) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- 8) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- 9) соблюдение врачебной тайны.

Статьей 11 вышеуказанного Федерального закона предусмотрена недопустимость отказа в оказании медицинской помощи. Медицинская помощь в экстренной форме должна оказываться медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается. За нарушение требований о недопустимости отказа в оказании помощи медицинские организации и медицинские работники несут ответствен-

ность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 22 октября 2012 г. N 1074 "О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов". Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Гражданам, имеющим онкологические заболевания на основании ст. 36. Постановлением Правительства РФ от 22 октября 2012 г. N 1074 оказывается также паллиативная медицинская помощь. Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан. Паллиативная медицинская помощь может оказываться в амбулаторных условиях и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи.

Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 27 января 2012 г. N 65 "О дальнейшем совершенствовании оказания онкологической помощи жителям города

Москвы" направлен на исключить направление больных со злокачественными новообразованиями, нуждающихся в плановом хирургическом лечении, в непрофильные отделения государственных учреждений здравоохранения г. Москвы.

В случае госпитализации больных по экстренным показаниям или при оказании плановой медицинской помощи и выявления у них онкологической патологии, подлежащей специализированному лечению, осуществлять их перевод в онкологический стационар в соответствии с Порядком оказания плановой онкологической помощи жителям г. Москвы.

Оказание плановой медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями осуществляется в специализированных амбулаторно-поликлинических (территориальные онкологические диспансеры, диспансерные амбулаторно-поликлинические отделения) и стационарных (ОКД N 1, МГОБ N 62, онкологические отделения ГКБ N N 1, 14, 24, 40, 57) учреждениях.

Врачи-терапевты, хирурги, урологи, оториноларингологи, а также врачи других специальностей амбулаторно-поликлинических учреждений при подозрении на онкологическое заболевание или при диагностировании онкологической патологии должны направлять пациентов в окружной онкологический диспансер (диспансерное амбулаторно-поликлиническое онкологическое отделение) по месту жительства.

В специализированных стационарах проводится плановое стационарное обследование, на консилиуме специалистов в составе хирурга, радиолога, химиотерапевта и, при необходимости, других специалистов определяется лечебная тактика, осуществляется лечение в соответствии со стандар-

тами медицинской помощи онкологическим больным с использованием современных, в том числе, высокотехнологичных методов.

По завершению лечения, пациент выписывается из стационара для дальнейшего амбулаторного лечения и последующего диспансерного наблюдения в территориальном онкологическом диспансере (диспансерного амбулаторно-поликлинического отделения) по месту жительства, в соответствии с рекомендациями, указанными в выписном эпикризе.

При выявлении в процессе диспансерного наблюдения рецидива заболевания, пациент направляется для определения тактики лечения и, при показаниях, последующей госпитализации в онкологический стационар по месту ранее проведенного лечения.

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ.

"Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" в статье 98 предусматривает ответственность в сфере охраны здоровья. Органы государственной власти и органы местного самоуправления, должностные лица организаций несут ответственность за обеспечение реализации гарантий и соблюдение прав и свобод в сфере охраны здоровья, установленных законодательством РФ. Медицинские организации, медицинские работники и фармацевтические работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи.

Вред, причиненный жизни и (или) здоровью граждан при оказании им ■

медицинской помощи, возмещается медицинскими организациями в объеме и порядке, установленных законодательством Российской Федерации. Возмещение вреда, причиненного жизни и (или) здоровью граждан, не освобождает медицинских работников и фармацевтических работников от привлечения их к ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Уголовный кодекс ст. 124 устанавливает уголовную ответственность за:

Часть 1 ст. 124 УК Неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного, – наказывается штрафом в размере до сорока тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех месяцев, либо исправительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок от двух до четырех месяцев.

Часть 2 ст. 124 УК РФ – То же деяние, если оно повлекло по неосторожности смерть больного либо причинение тяжкого вреда его здоровью, –

наказывается лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Возможность освобождения врача от уголовной ответственности, если имели место уважительные причины для неоказания медицинской помощи.

Уважительными признаются следующие причины :

- крайняя необходимость;
- физическое или психическое принуждение;
- исполнение приказа или распоряжения;
- внешние обстоятельства в форме непреодолимой силы (отсутствие транспорта, отсутствие инструментов и препаратов и др.);
- субъективные факторы (болезнь самого медицинского работника, несоответствие психофизиологических качеств экстремальным условиям или нервно-психическим перегрузкам и др.).

Наиболее распространены следующие составы профессиональных преступлений медицинских работников:

— причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 Уголовного кодекса РФ)

— причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 118 УК РФ);

— неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ);

— халатность (ст. 293 УК РФ).

Однако ответственность наступает не за сам факт неоказания помощи больному, а лишь за такое бездействие, которое повлекло причинение вреда здоровью определенной степени тяжести или смерть. При этом необходимо установить наличие причинной связи между допущенным бездействием и указанными последствиями. Если помощь больному не оказана, но негативных последствий для здоровья не наступило, уголовная ответственность исключается. ■

Материал подготовила

А.В. Бурак, юрист, Ростов-на-Дону

Редакция дайджеста:

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

Тираж 7000 экземпляров

Подписка на сайте urodigest.ru

Распространение бесплатное – Россия, страны СНГ

Периодичность 1 раз в 2 месяца

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

Издательство «УроМедиа»

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

ISSN 2309-1835

Свидетельство о регистрации средства массовой информации

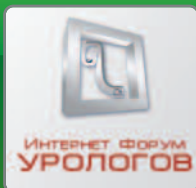
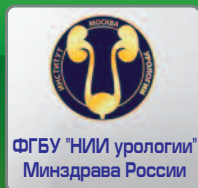
ПИ № ФС77-54663 от 09.07.2013

e-mail: info@urodigest.ru

www.urodigest.ru

При полной или частичной перепечатке материалов ссылка на Дайджест обязательна!

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



Издательский дом «УроМедиа»