



ТЕМА НОМЕРА:

АКЦЕНТЫ РОССИЙСКОЙ УРОЛОГИИ В 2018 ГОДУ



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

ОКСАЛИТ

В ПОЧКАХ СТАЛАКТИТЫ РАСТВОРИТ



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

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Тема номера:

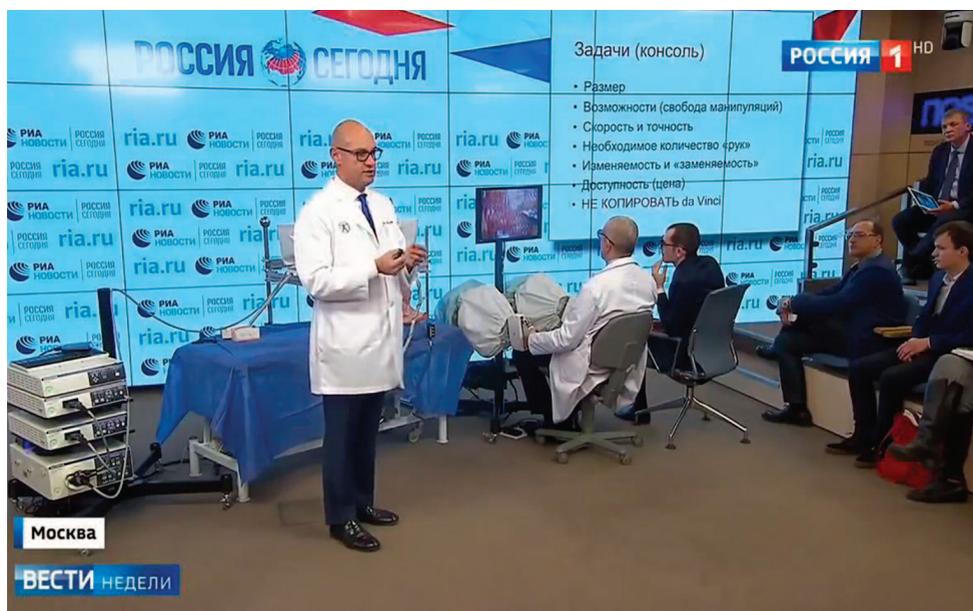
·» Акценты российской урологии в 2018 году (отчет).....	2
·» Решения споров с пациентами. Юридические аспекты.....	24
·» Госпитализация детей в лечебные учреждения г. Москвы.....	32
·» Приказы и другие нормативные документы в работе детского уролога.....	36
·» На чудо надейся, а сам не плошай! Юридические аспекты работы детского уролога-андролога.....	40
·» Осведомленность людей по вопросам фертильности	48
·» Результаты вазовазостомии и вазоэпидидимостомии за последние 10 лет.....	49
·» Статины и параметры спермы субфертильных мужчин.....	50
·» Номограмма расчета риска сепсиса после перкутанной нефролитотомии.....	52
·» Всегда ли нужно делать анализ суточной мочи на метаболические нарушения?.....	53
·» Эффект Филлантуса нирури на метаболические параметры у пациентов с мочекаменной болезнью: перспективы профилактики.	54
·» Период воздержания перед сдачей спермы у субфертильных мужчин.....	56
·» Соблюдение клинических рекомендаций онкоурологами.....	58
·» Противоречивые рекомендации по лечению мужского гипогонадизма.....	60
·» Терапия витамином D и ее влияние на уровень тестостерона.....	62

АКЦЕНТЫ РОССИЙСКОЙ УРОЛОГИИ В 2018 ГОДУ



Развитие и внедрение новых технологий в российской урологии

Впервые на Всероссийской Школе по детской урологии-андрологии был проведен мастер класс по роботической хирургии в детской урологии. Несмотря на отсутствие опыта роботических операций у российских детских урологов, секция по роботической хирургии вызвала бурное обсуждение между участниками. Итогом стало мнение о том, что при всех преимуществах применения роботов во «взрослой» урологии, в детской урологии их целесообразность вызывает много вопросов и сомнений. Малое оперативное поле, дороговизна оборудования и расходных материалов вряд ли положительно повлияют на внедрение роботов в детскую урологию в ближайшем будущем. Virtuозно выполненная лапароскопическая операция ничуть не менее эффективна как по клиническим и функциональным результатам, так и по стоимости.



Скептическое отношение к российским производителям никак не влияет на работы по созданию отечественного медицинского оборудования. По планам Минздрава, в 2020 году в российских медучреждениях появятся около 400 российских аналогов американского робота-хирурга da Vinci. Операции с их помощью будут доступны по ОМС, о чем рассказал главный уролог Минздрава РФ, один из разработчиков робота профессор Д.Ю. Пушкарь. «Мы планируем, что в 2019 году отечественный робот выйдет на клинические испытания, на операции, в пяти экземплярах. А в 2020 году, думаю, что в рамках ОМС их в России появится столько, сколько необходимо, – для начала 300–400 аппаратов. Сейчас робот проходит испытания на животных», – рассказал он агентству «Москва» в начале 2018 года. По словам профессора, разработка будет применяться не только в урологии, а во всех сферах хирургии. Вес робота около 4,5 кг и длина 20 см позволит сделать роботическую устанровку мобильной и доступной для транспортировки. Роботы, управляемые врачами, помогут им достичь точности манипуляций до 1 микрона, что значительно превосходит возможности обычного хирурга.

Кроме того, роботы способны самостоятельно анализировать ситуацию. ■

«На пути ли мы к искусственному интеллекту? Через 50 операций, открываю секрет, наш робот будет доводить иголку на 5–7 градусов, если он почувствует, что врач ее не доводит до нужного места», – утверждает Д.Ю. Пушкарь.

Российская разработка будет дешевле американского робота da Vinci. Стоимость иностранного аппарата составляет \$3 млн, а отечественный робот обойдется в 600 тысяч рублей. В настоящее время обсуждается применение роботом лазерных технологий.

Разработкой робота занимается Институт конструкторско-технологической информатики РАН совместно с Дмитрием Юрьевичем Пушкарем. Финансированием проекта занимаются ФАНО и правительство Москвы. Презентация первого аппарата состоялась весной 2017 года. Подробнее: <https://vademec.ru/news/2018/03/20/v-2020-godu-rossiyan-nachnut-operirovat-roboty-khirurgi-po-oms/>



Тем временем наука и технологии не стоят на месте. В *Институте цифровой медицины, созданном весной 2018 года при Первом МГМУ им. И.М. Сеченова* и с этого учебного года начавшем подготовку специалистов по врачебным специальностям «ИТ-медик» и «Сетевой врач», проведена демонстрация возможностей робота UR3 датской компании Universal Robots.

UR3 – это небольшой настольный робот, который прекрасно подходит для выполнения относительно несложных действий и может использоваться для автоматизации рабочих мест, в том числе и в системе здравоохранения. Этот компактный настольный кобот

имеет массу всего 11 кг, но обладает грузоподъемностью 3 кг, может вращаться на 360 градусов во всех сочленениях, а его концевой «сустав» может совершать неограниченное количество поворотов.

Радиус охвата «руки» робота – 500 мм. Эти уникальные свойства делают UR3 одним из наиболее универсальных и доступных настольных роботов с возможностью совместной работы с сотрудниками медицинского учреждения.

В частности, норвежские специалисты из Университета Осло разработали роботизированную ультразвуковую систему с удаленным управлением на базе такого робота (несколько более «тяжелой» его версии – UR5) и видеосистемы. Они смогли создать решение, которое должно помочь избавить врачей от напряжения и болей, вызванных постоянными и повторяющимися движениями при позиционировании датчика УЗИ, заставив это делать робота. Они добавили свой модуль в программное обеспечение, обеспечивающий контроль приложенной силы и тактильное управление роботом, что позволило ему более «нежно» обращаться с пациентом.



Испытать подобное решение решили и в Сеченовском университете. Без всякой предварительной подготовки, проведя быстрое программирование робота на внешнем устройстве и дав ему в «руку» портативный УЗИ-сканер, ученые Института цифровой медицины совместно со специалистами Universal Robots смогли ■

продемонстрировать возможность проведения ультразвукового исследования на манекене.

Профессиональные урологические мероприятия

По данным самого полного календаря профессиональных **урологических мероприятий** Uroweb.ru в 2018 году состоялось около 155 встреч различного формата – от мастер-классов до Конгрессов. По месяцам самый продуктивный месяц – ноябрь.

- Янв 9
- Февр 18
- Март 16
- Апр 19
- Май 18
- Июнь 11
- Июль 1
- Авг 0
- Сентябрь 16
- Окт 13
- Ноябрь 28
- Дек 6

Необходимо отметить, что, несомненно, каждый из организаторов считает свои мероприятия самыми интересными с точки зрения построения научной программы. Но мы видим значимое снижение числа участников, и самый кошмарный сон организаторов в виде пустого зала иногда сбывается. Возникает закономерный вопрос – что делать, чтобы такого не случилось? Как получить искренний интерес участников? Все просто – нужна неангажированная фармкомпаниями программа, разбор тем, которые интересуют не только столичных урологов и преподавательско-профессорский состав, но и обычных урологов, живущих и оказывающих урологическую помощь в сотнях и тысячах километров от Москвы, иногда надо спускаться с высот урологии на землю. Но мы привыкли к красивым залам, пышным банкетам, питательным кофе-брейкам, и за это должны слушать заказные доклады, повторяющиеся из одного мероприятия в другое. К сожалению, мероприятий, содержащих минимальное количество спонсорских докладов, становится все меньше. Даже Московская урологическая Школа, которая в начале своей деятельности заявляла о полной независимости от фармкомпаний, потеряла эту независимость, что заметили многие ее участники на последнем мероприятии.



Фанатичная боязнь проведения онлайн трансляции по-прежнему ограничивает количество участников, особенно это касается крупных мероприятий. В 2018 году более 1300 урологов были лишены возможности смотреть онлайн трансляцию Конгресса РОУ на Uroweb.ru. Проведя параллель между трансляциями футбола, можно утверждать, что, если игра интересная, будет и полный стадион людей, и полны все бары вокруг. Из 155 мероприятий на Uroweb.ru было протранслировано 80 мероприятий (51%).

Положительным моментом является смещение мероприятий в регионы, что дает возможность региональным урологам посещать их, не сильно удаляясь от места жительства и работы.

Профессиональные урологические мероприятия – их юридические аспекты

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

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

Многие моменты организации и проведения мастер-классов весьма дискуссионны, но тем не менее, мы призываем организаторов – образовательные и медицинские организации – быть более подкованными в подготовке мероприятий и обеспечить всем участникам юридическую защиту – об этом подготовлен большой юридический материал в *Дайджесте урологии №5-2018*.

Новости кафедр урологии



Знаменательное событие произошло в 2018 году в жизни урологов Рязанской области – была открыта *новая кафедра урологии в Рязанском государственном медицинском университете им. акад. им. И.П. Павлова*. Заведующим кафедрой стал доктор медицинских наук, доцент, главный врач ГБУ РО ГКБ №11 *Филимонов Виктор Борисович*. Сотрудниками кафедры опубликовано более 800 научных работ, в том числе 14 монографий, 32 практических руководства, 23 методические рекомендации. Получено 20 патентов и авторских свидетельств. Сделано 42 рационализаторских предложения.

От всего урологического интернет-сообщества желаем сотрудникам кафедры научной целеустремленности, клинических удач и практических успехов.



3 апреля 2018 года кафедру урологии и андрологии лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова возглавил д.м.н., профессор *Сергей Владиславович Котов*, который исполнял обязанности заведующего кафедрой с 1 июля 2016 года. После единогласного положительного голосования членами ученого совета РНИМУ им. Н.И. Пирогова Сергей Владиславович был утвержден в должности заведующий кафедрой урологии и андрологии лечебного факультета.

Достижения российских урологов

В сентябре 2018 года в Париже состоялся Эндоурологический конгресс, который традиционно является одним из главных событий в том числе и для российских урологов. Однако столько же традиционно стало отсутствием участия наших урологов в пленарных выступлениях. Эту традицию нарушил **Дмитрий Викторович Еникеев**, ставший первым в истории конгресса российским врачом,

выступившем на пленарной сессии с докладом о лазерном удалении аденомы простаты. Всего урологи Сеченовского университета представили 10 видео и 13 постерных докладов, став третьими среди остальных университетов.



Премией им. А.А.Вишневого 21

ноября 2018 года за достижения и внедрение инновационных технологий в оперативную урологию награжден наш коллега, к.м.н., старший научный сотрудник отделения урологии НМИЦХ им. Вишневого **Александр Анатольевич Грицкевич**.

В июне был оглашен список победителей **Всероссийского конкурса врачей 2018 года**. К сожалению, урологов в нем не оказалось, впрочем, как и самой номинации «Лучший уролог». Возможно, это связано с тем, что урология как отдельная специальность не существует и по-прежнему считается разделом хирургии. ■

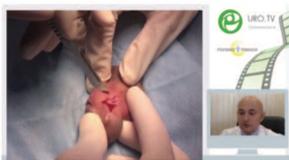


Интернет проекты в урологии

Курс дистанционного образования «*Мануальные навыки уролога*» набрал более 2400 слушателей. Такого уникального профессионального образовательного проекта нет в практически ни в одной специальности. Новые лекции и преподаватели, имеющие не только теоретический, но, главное, практический опыт выполнения манипуляций и операций, преподносят свои умения настолько интересно и нестандартно, что отсутствие баллов НМО за этот курс совершенно не отражается на количестве участников, желающих прослушать лекции.

:: БЛОК III - Малые хирургические вмешательства

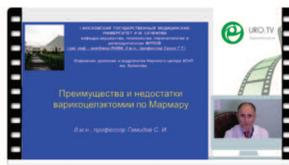
Для доступа к лекциям необходимо [авторизоваться](#) и записаться на курс.



▷ Лекция №23: Ахвлидiani Н.Д.
- Пластика короткой уздечки
полового члена



▷ Лекция №24: Удаление
кондилом, перламутровых
папул



▷ Лекция №25: Варикоцеле



▷ Лекция №26: Инородные тела
мочевого путей.
Олеогранулемы



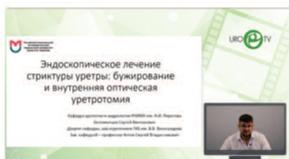
▷ Лекция №27: Циркумцизио



▷ Лекция №28: Ахвлидiani Н.Д.
- Циркумцизио



▷ Лекция №29: Ахвлидiani Н.Д.
- Восстановление крайней
плоти



▷ Лекция №30: Беломытцев С.В.
- Эндоскопическое лечение
стриктуры уретры



▷ Лекция №31: Беломытцев С.В.
- Бужирование уретры

Одним из самых ярких проектов в 2018 году стал проект *«Урология. Ординаторская»*, который состоялся в 15 городах нашей страны. Цель проекта – разбор клинических случаев, причем абсолютно разного уровня сложности – как от самых стандартных, встречающихся ежедневно на приеме, так и клинических уровней экспертного уровня. Нужно отметить, что взгляды урологов отличаются даже по самым обычным пациентам, нередко дискуссии и споры становились бурными и не заканчивались выработкой единого мнения. Стоит признать достаточно высокий уровень подготовки подавляющего большинства урологов, стремление следовать клиническим рекомендациям – национальным, европейским, американским. Однако многие отмечают, что существующая система





оказания медицинской помощи не позволяет работать так, как того требует врачебная совесть – крайне малое количество времени на одного пациента, недостаточная оснащённость многих урологических кабинетов, и другие

Таб. 1. Сравнительная таблица публикационной активности всех отечественных декабря 2017 года

Журнал	Год основания	Число выпусков в год/число статей в выпуске	Тираж	МИЦ*	ВАК
Урология (РОУ)	1923	6/25	5000	Scopus	+
Экспериментальная и клиническая урология (Москва)	2009	4/21	5000	нет	+
Онкоурология (РООУ)	2005	4/15	–	Scopus	+
Андрология и генитальная хирургия (ПААР)	2000	4/19	1500	нет	+
Вестник урологии (Ростов-на-Дону)	2013	4/8	–	нет	+
Вопросы урологии и андрологии (Династия)	2012	4/12	5100	нет	+
Урологические ведомости (Санкт-Петербург)	2011	4/20	300	нет	+

* МИЦ Международные индексы цитирования

**СЦ – самоцитирование

организационные аспекты, делают весьма сложной работу урологов государственных и федеральных учреждений (в отличие от работы в частных клиниках). Искключительная возможность общения с коллегами из регионов как нельзя лучше дает представление о профессионализме, многогранности, интеллектуальности и интеллигентности наших урологов, и лишний раз подтверждает мнение о том, что урология – это элитная специальность.

Урологические журналы

Больших изменений в печатных изданиях в 2018 году не произошло. Новых ярких и заметных профессиональных журналов, газет, и т.д. – не появилось. Все урологические издания отличает стабильность, что не может не радовать.

Ниже представлен краткий рейтинг по публикационной активности РИНЦ 2017 год (анализ проводится за предшествующий год): ■

журналов по данным Российского индекса научного цитирования (РИНЦ) от

2х-летний импакт-фактор		5-летний ИФ импакт-фактор		10-летний Индекс Хирша	Место в рейтинге SCIENCE INDEX 2017 г по Медицине
с СЦ**	без СЦ	с СЦ**	без СЦ		
0,597	0,464	0,599	0,467	18	167
0,698	0,564	0,611	0,516	12	129
0,613	0,434	0,507	0,404	11	199
0,494	0,313	0,494	0,362	12	256
0,341	0,295	0,446	0,373	4	нет
нет данных	нет данных	нет данных	нет данных	2	нет
0,852	0,333	0,504	0,228	4	420

Рождение новых звезд

Одним из девизов прошлых отчетов по российской урологии был девиз «Урологи всех стран, объединяйтесь». Так и остался бы этот клич не востребуемым и нереализованным, если бы не появившееся объединение урологов, представляющих группу близких друзей, занимающихся одной урологической проблемой, а именно, мочекаменной болезнью. **«Камнеборцы»** – это молодые урологи из разных лечебных учреждений – Денис Александрович Мазуренко, Нариман Казихи-нурович Гаджиев, Виген Андреевич Малхосян, Реваз Ревазович Харчилава, Гагик Нерсесович Акопян.

Несомненно, уже сейчас понятно, что это новое веяние в отечественной урологии, которое в предстоящие годы только будет набирать силу и опыт. Сконцентрировавшись на хирургическом лечении, которое практически на 100% выполняется эндоскопически, камнеборцы внедряют новые методики, ломают стереотипы старых методов, и уже сейчас стали признанными в среде коллег экспертами в лечении МКБ.



В урологическом сообществе нельзя не заметить появление новых ярких звезд, которые через 10-15 лет составят «костяк» отечественной урологии, андрологии, онкоурологии, урогинекологии. Огромное трудолюбие, обучаемость, постоянное совершенствование своих теоретических и практических умений, – все это черты урологической молодежи. Но самой главной отличительной способностью их является желание делиться со своими коллегами, они открыты к дискуссиям, порой даже готовы бросить вызов своим старшим коллегам и Учителям. Ярко это проявилось на очередном Конгрессе **Ассоциации молодых урологов (АМУР)**.



Только для гурманов урологии

В 2018 году вышли несколько книг – сборников трудов, монографий по разным областям урологии. Читатели обязательно получат удовольствие, заполучив такие книги в личное владение. Накопленный опыт ведущих отечественных специалистов предназначен только для гурманов урологии.

Вышло в свет клиническое руководство **«Ангиоандрология»** авторов проф. Д.Г. Курбатова и А.А. Капто. В книге представлены новейшие методы диагностики и лечения урологических заболеваний с применением эндоваскулярных и комбинированных способов ангиохирургии. Книга будет доступна в продаже на официальных урологических мероприятиях, на сайте издательства и у авторов. Заявки можно присылать на почту проф. Д.Г. Курбатова kurbatov.d@mail.ru. ■



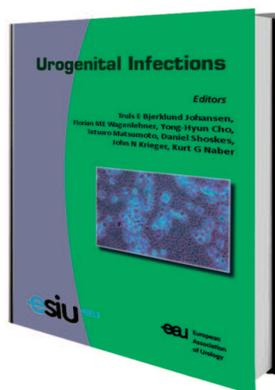


На Uroweb.ru опубликована электронная версия книги «90 лет кафедре детской, общей и онкологической урологии Харьковской медицинской академии последипломного образования. История и современность 1927-2017 гг.». Команда Uroweb с глубокой признательностью выражает благодарность сотрудникам кафедры детской, общей и онкологической урологии Харьковской медицинской академии последипломного образования и лично профессору Василию Вячеславовичу Россихину за гражданское и профессиональное мужество, потребовавшееся для создания книги об истории харьковской урологии. Невозможно равнодушно читать этот труд, смотреть фотографии военных лет, видеть старые фото людей, создавших урологию, сохранивших и развивших ее для молодых коллег. Без прошлого – нет будущего. Читайте, коллеги, узнавайте наших Учителей с новой стороны. Мы все когда-то станем историей.

Рак предстательной железы: протеомика, геномика, хирургия. 2019 г. Научные редакторы: *проф. М.И. Коган, проф. Д.Ю. Пушкарь.*



В 2018 году в известную онлайн книгу «Урогенитальные инфекции и воспаление» коллектива авторов Т.Е. Bjerklund Johansen, F. M.E. Wagenlehner, Y.-H. Cho, T. Matsumoto, J. N. Krieger, D. Shoskes, K. Naber была включена глава по микро-



биоте мочи от российских урологов и микробиологов – профессора *Михаила Иосифовича Когана и Юлии Лазаревны Набоки.* По мнению наших коллег, полимикробная микробиота мочи является нормальным явлением у здоровых людей, а концепция значительной бактериурии 10^5 КОЕ/мл, патогенной бактериурии, бессимптомной бактериурии и контаминации нуждаются в пересмотре. Некоторые виды неклостридиальных анаэробных бактерий (*Peptococcus spp., Bacteroides spp., Eubacterium spp.*) могут находиться в

моче здоровых людей, однако в некоторых случаях они могут стать причиной острого воспалительного процесса в мочевых путях, подобного вызываемому *E. Coli*.

Наличие в моче двух и более штаммов бактерий у пациентов с острым пиелонефритом в концентрации 10^4 - 10^5 КОЕ/мл позволяет рассматривать их как причиной воспалительного процесса.

Несомненно, включение работы российских ученых является признанием со стороны зарубежных коллег и обладает высокой научной ценностью.

Сети для урологов

Социальные сети* продолжают менять нашу жизнь, охватывая своим участием все большее количество врачей. Для многих коллег уже невозможно представить себе – как это полететь на Конгресс РОУ или другое мероприятие, не запостив это в Фейсбуке, или не выложить фотографии с мероприятий, отдыха или даже рабочего места. Несомненно, надо отметить положительные свойства ФБ – он расширяет границы общения, стирает междисциплинарное взаимодействие – можно заочно познакомиться с врачами других специальностей, их других регионов, учреждений, общаться не только на профессиональные темы. Причем хорошим тоном считается общение без регалий, на равных. Многие коллеги обсуждают клинические случаи, делятся практическими ситуациями, спрашивают совета, – получается своего рода неофициальный консилиум. Все участники обсуждений проявляют максимальный такт и деликатность, слишком «горячие головы» исключаются самими же участниками – возникает саморегулируемость. Отрицательными моментами является излишняя открытость и незащищенность наших профессиональных высказываний и «специфического» врачебного юмора перед остальным сообществом, которое иногда бывает шокировано нашими обсуждениями. Это минус, и мы считаем, что для обсуждения профессиональных вопросов нужны профессиональные площадки.

Но социальная сеть социальной сети – рознь. Есть так называемые социальные сети, созданные по профессиональному признаку, в том числе врачебные. Численность их участников, актуальность и компетентность вызывает большие вопросы, но это не является темой нынешнего разговора. Главное их отличие от того же ФБ – неконструктивность общения, неколлегиальное, нетерпимое, иногда ■

**не реклама*



даже оскорбительное отношение к мнению коллег, что, согласитесь недопустимо в профессиональной среде. Многие врачи неидентифицированы для своих коллег, прячутся за мнимой «анонимностью», что, по их мнению, дает им право некорректно вести себя в социальных сетях. В итоге получается не диалог коллег, а обидные для коллег высказывания, необоснованные обвинения в некомпетентности. Все это разрушает коллегиальные и внутриврачебные связи.

Заключение

Самый главный тренд в отечественной урологии в 2018 году – это желание и потребность урологов объединяться в очень эффективные сообщества с многообещающим потенциалом. Все больше урологов, еще молодых по возрасту, но уже имеющих большой практический опыт, готовы делиться своими знаниями, прикладными аспектами урологических навыков. Это позитивный для урологического общества тренд и хорошая мода. Будем надеяться, что такое прогрессивное развитие продолжится в 2019 году, что приведет к объединению и усилению российской урологии. ■

В.А. Шадеркина,
научный редактор Uroweb.ru

Межрегиональная общественная организация

www.forumurology.ru



Интернет форум урологов





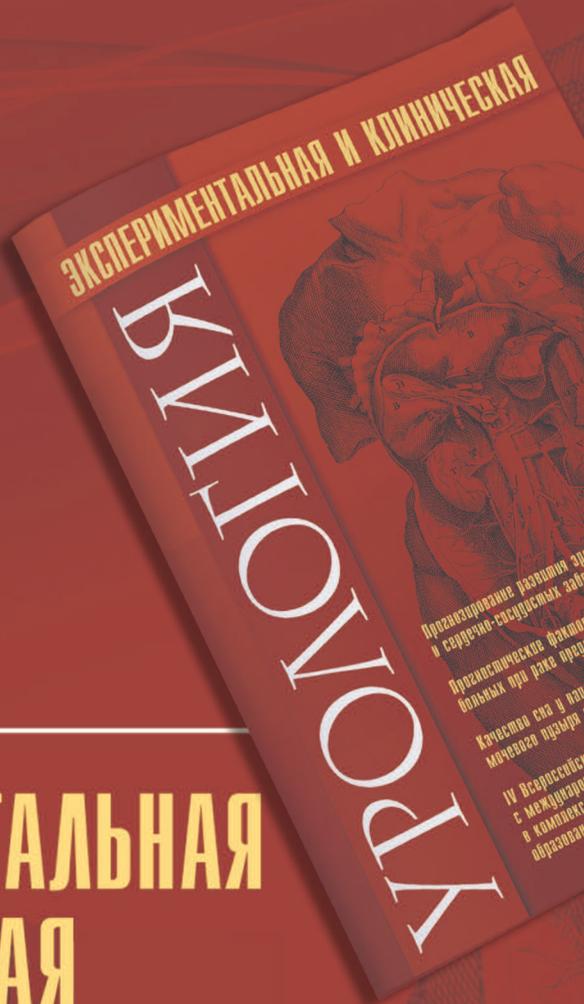
журнал

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ УРОЛОГИЯ



UROMEDIA

Издательский дом «УроМедиа»





Этапы большого пути

2009 – год создания

2011 – включен в РИНЦ

2012 – включен в Перечень ВАК

Миссия:

научная, исследовательская,
образовательная



Аудитория

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

Адресная база **4571** человек

База обновляется 1 раз в 12 месяцев



Авторы журнала

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

Ежегодно около **68** новых авторов

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

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





Редакционная коллегия и Совет

Главный редактор –
член-корреспондент РАН

О.И. Аполихин

Ред. коллегия:

- **23** специалиста

Ред. Совет:

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



Активность журнала

Тираж **5000** экземпляров

Выход 1 раз в 3 месяца

География журнала: Россия, СНГ

Распространение (почтовая рассылка)
бесплатное для врачей:

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

Просмотры статей:

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





Публикационная активность

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

Эволюция импакт-фактора 2009-2016*



Экспериментальная и клиническая урология -

Один из самых читаемых
и цитируемых профессиональных
урологических журналов!

Мы открыты к сотрудничеству!

Контактное лицо:

Шадеркина Виктория Анатольевна

+7-926-017-52-14

viktoriashade@uroweb.ru

Разрешение споров с пациентами. Юридические аспекты



И.О. Печерей
К.м.н., доцент кафедры судебной медицины и медицинского права
МГМСУ им. И. А. Евдокимова

Споры и конфликты могут возникнуть в любой социальной среде, но только в медицинской практике они касаются самого дорогого – здоровья и жизни людей. В последние годы нетерпимость и неверие в медицину граждан достигла максимума, в некоторых случаях стало заметным желание пациентов решить не проблемы со здоровьем, а финансовые вопросы за счет медицинских учреждений и лично врачей. Обоснованность или необоснованность претензий со стороны пациентов потребовали от врачей и медицинских организаций доказательств правильности своих действий. Какие юридические моменты могут сыграть роль в данной ситуации, редакция Дайджеста урологии обсудила с к.м.н., доцентом кафедры судебной медицины и медицинского права МГМСУ им. И. А. Евдокимова Иваном Олеговичем Печереем.

Как в настоящее время в России осуществляется урегулирование претензий пациента к медицинскому учреждению на законодательном уровне? Какие законы регламентируют этот порядок?

И.О. Печерей: В настоящее время можно выделить четыре основных закона, регламентирующих урегулирование претензий пациента к медицинской организации. Такими законами являются:

- Федеральный закон от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации». Данный закон регулирует порядок обращения граждан в медицинские организации, в том числе с обращениями претензионного характера.
- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Устанавливает права граждан в сфере охраны здоровья. Является основным законом, регламентирующим оказание медицинской помощи.

- Гражданский кодекс РФ – регулирует вопросы, связанные с защитой прав граждан в случае причинения им вреда и неисполнения обязательств.
- Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей». Устанавливает права потребителя медицинских услуг, а также обеспечивает способы их защиты.

В каких случаях пациент имеет право предъявить претензии в связи с некачественным, на его взгляд, оказанием медицинской помощи?

И.О. Печерей: Пациент не ограничен в своем праве предъявить претензии медицинской организации в связи с ненадлежащим, по его мнению, фактом оказания медицинской помощи. При этом для того, чтобы доказать факт ненадлежащего оказания медицинской помощи, пациенту за исключением подачи претензии в виде искового заявления в суд не стоит что-либо предпринимать, поскольку по смыслу законодательства бремя доказывания факта того, что медицинская помощь была оказана правильно, ложится на медицинскую организацию (т.н. «презумпция вины»), т.е. медицинская организация должна доказать, что медицинская помощь была оказана надлежащим образом. В свою очередь, пациент должен доказать, что имело место причинение вреда его здоровью.

Для того, чтобы доказать факт того, что медицинская помощь была оказана ненадлежащим образом, пациенту за исключением подачи претензии в виде искового заявления в суд не стоит что-либо предпринимать, поскольку по смыслу законодательства бремя доказывания факта того, что медицинская помощь была оказана правильно, ложится на медицинскую организацию (т.н. «презумпция вины»), т.е. медицинская организация должна доказать, что медицинская помощь была ей оказана надлежащим образом.

Каков должен быть алгоритм действий медицинского учреждения в данном случае?

И.О. Печерей: Для работы с обращениями граждан можно составить некий универсальный алгоритм:

1. В ходе рассмотрения претензии необходимо детально изучить требования ■

пациента, медицинскую документацию, медицинскую помощь, оказанную пациенту. Важно помнить, что медицинская документация – это фактически единственный источник доказательства по судебным делам. Поэтому вести ее надо очень тщательно.

2. Необходимо взять объяснительные у сотрудников медицинской организации, общавшихся с пациентом. Конфликтная ситуация должна быть по возможности полно отражена в документах.

3. Разбор претензии на заседании врачебной комиссии.

4. Письменный ответ пациенту на его претензию.

5. Личное общение администрации медицинской организации и пациента. Открытый диалог в большинстве случаев способствует разрешению конфликта.

Далее можно говорить об алгоритме рассмотрения разных типов жалоб. Как показывает практика, наиболее серьезные претензии, касаются непосредственно медицинских проблем, так называемые «медицинские претензии».

В данном случае, во-первых, необходимо оценить соответствие оказанной медицинской помощи принятым алгоритмам и методам лечения.

Во-вторых, проанализировать медицинскую документацию. Суды ориентируются исключительно на заключения эксперта, поскольку судьи не являются специалистами в медицине, то их не интересуют медицинские тонкости. Как показывает сложившаяся практика – какое заключение от эксперта суд получит, на основании такого он и будет выносить решение. В медицинской документации должно быть отражено:

- проведенные исследования и их результаты, что подтверждает полноценность проведенной диагностики;
- все назначения, этапы лечения, промежуточные осмотры;
- информация об информировании пациента – подтверждение проведения необходимых разъяснений и обсуждения лечения от этапа планирования до рекомендаций по профилактике осложнений.

В-третьих, тщательно проанализировать действия пациента с точки зрения выполнения им своих обязанностей (см. раздел 1.6.).

И, наконец, оценить риски. В данном случае целесообразно к разбору претензии привлекать юриста медицинской организации, который даст соответствующее заключение и оценит возможные юридические последствия и возможную судебную перспективу рассмотрения данной претензии.

*Первая скрипка
в дистанционном
образовании!*



Непрерывное профессиональное образование в урологии – UroEdu.ru



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

Как могут быть урегулированы споры между медицинским учреждением и пациентом в досудебном порядке?

И.О. Печерей: Есть несколько способов решения подобных споров в досудебном порядке:

- процедура медиации (должна быть прописана в договоре на оказание медицинских услуг)
- удовлетворение требований пациента полностью или частично (делается в исключительных случаях, как правило, когда со стороны медицинской организации присутствуют явные дефекты оказания медицинской помощи конкретному пациенту)
- заключение мирового соглашения (в случае, если сторонам удастся найти разумный компромисс при решении подобного спора, как правило речь идет о частичном удовлетворении требований пациента и предложением ему определенных льгот при последующем лечении, скидок и т.п.)



Как решаются такие споры в судебном порядке?

И.О. Печерей: На практике решение подобных споров в суде сводится к назначению судебно-медицинской экспертизы, по результатам которой и выносится судебное решение. Заключение экспертизы можно оспорить, в частности представив на нее рецензию другого судебного медика, который может быть привлечен в качестве независимого специалиста. Также в суде большое внимание уделяется

медицинской документации – как правило, единственному источнику, с помощью которого можно достоверно установить все обстоятельства дела. При этом стоит отметить, что в настоящее время отсутствует единообразие в судебной практике – суды разных регионов выносят абсолютно разные решения по аналогичным делам.

В чем заключается порядок проведения независимой медицинской экспертизы?

И.О. Печерей: В настоящий момент, порядок проведения независимой экспертизы, который в соответствии с ч. 3 ст. 58 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ должен быть установлен Правительством РФ, отсутствует.

Каковы наиболее частые причины претензий пациентов?

И.О. Печерей: Можно выделить несколько основных причин обращения пациентов с претензиями в медицинскую организацию:

- проблемы, связанные с организацией оказания медицинской помощи (большие очереди, длительные сроки проведения исследований и т.д.);
- нарушение медицинскими работниками этики и деонтологии при оказании медицинской помощи; ■



- низкая квалификация медицинского персонала (исключительно по мнению пациента, как правило объективно не подтверждается);
- ненадлежащее оказание медицинской помощи;
- причинение вреда здоровью.

Стоит отметить, что по данным разных авторов, до 80% претензий, предъявляемых пациентами, признаются необоснованными.

Насколько сегодня защищен врач на уровне закона от необоснованных претензий пациентов?

И.О. Печерей: По смыслу законодательства, ответственность за причинение вреда здоровью пациента и оказание медицинской помощи ненадлежащего характера лежит на медицинской организации, как на юридическом лице, самостоятельно хозяйствующем субъекте. И именно медицинская организация будет обязана выплатить пациенту компенсацию, в случае если суд вынесет соответствующее решение. Таким образом, врач не несет материальной ответственности перед пациентом (за исключением случаев, когда врача привлекают к уголовной ответственности, и есть обвинительный приговор суда). Однако, врач может быть привлечен к дисциплинарной ответственности за то, что в отношении его была подана претензия, а также лишен определенной части заработной платы (как правило, части стимулирующих выплат) при условии, если это предусмотрено системой оплаты труда, действующей в организации.

Насколько на текущий момент обширна судебная практика решения споров с пациентами в России?

И.О. Печерей: Можно говорить о том, что счет дел идет на тысячи, однако при этом стоит заметить, что пациенты не очень активно идут в суды и предпочитают решать все вопросы в досудебном порядке. ■

Беседовала Мария Зеленская,
Руководитель по связям с общественностью
Ассоциации медицинских журналистов

ЧАС С ВЕДУЩИМ УРОЛОГОМ



Online-трансляция на сайте Uro.TV

Уникальная возможность задать вопрос в **ПРЯМОМ ЭФИРЕ**

 Все темы урологии, андрологии, онкологии и других субспециальностей.

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

Спросите то, что вас давно интересует!

Госпитализация детей в лечебные учреждения г. Москвы

Новшества в системе ведения медицинской документации, и без того достаточно сложной, не всегда воспринимаются легко. В 2018 году МЗ РФ опубликовал новый Приказ о порядке госпитализации детей в медицинские учреждения г. Москвы.

Приказ №500 от 25.07.2018, изданный Департаментом здравоохранения города Москвы, вызвал очень много вопросов у специалистов, оказывающих медицинскую помощь детям, и не на все из которых сегодня есть ответы. В сущности, документ регламентирует взаимодействие между амбулаторным и стационарным звеном.

Согласно Приказу, поликлиника должна предоставить пациенту направление на госпитализацию по форме 057У-04 и выписку из медкарты 027У, зарегистрированные в журнале учета направлений. В течение трех рабочих дней с момента выдачи направления необходимо согласовать дату явки пациента на консультацию или госпитализацию и направить в стационар копии форм 057У/027У. Рассмотрение документации стационаром производится в течение двух рабочих дней. Госпитализация должна быть реализована не позднее 20 дней с даты выдачи направления. Помимо этого, поликлиника должна предоставить перечень проведенных лабораторно-диагностических исследований.

В случае отказа пациента или его законных представителей от госпитализации, а также неявки заполняется специальная ведомость в журнале учета отказов. Больному выдается заключение врача с рекомендациями. Со своей стороны стационар должен уведомить поликлинику об отказе или неявке пациента. Если пациент пропустил явку в назначенное время из-за плохого самочувствия или, к примеру, контакта с инфекционным больным, но позже все еще хочет госпитализироваться, он должен уведомить об этом стационар. В таком случае госпитализацию можно перенести на срок не более трех дней от назначенной даты. Если наблюдаются проблемы со стороны самого стационарного медицинского учреждения, например, больница закрыта на ремонт, она также должна сообщить об этом в поликлинику.



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



В день выхода из стационара пациент должен предоставить дубликат своей выписки в поликлинику по защищенному каналу связи.

В приказе перечислены контакты для записи пациентов как на госпитализацию, так и на консультацию в стационарные медицинские учреждения Москвы с указанием ответственных лиц.

Стоит учесть, что некоторые больницы предоставляют возможность самостоятельной записи пациентов на консультацию, но для этого больной должен явиться туда лично с выпиской и направлением. Также ряд московских больниц высылает список необходимых при госпитализации анализов и исследований для выдачи пациенту.

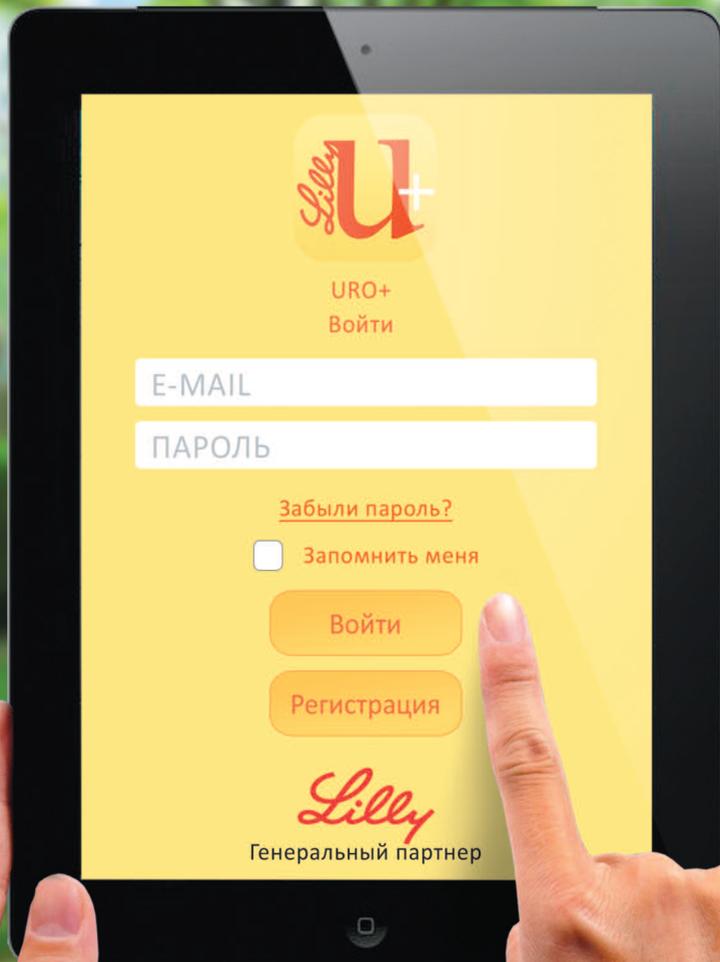
Неясным в Приказе остается отсутствие назначенных ответственных лиц со стороны амбулаторного звена, а также нехватка защищенных каналов связи: для записи пациента на госпитализацию приходится передавать его личные данные в частном звонке или переписке. Соответственно, Приказ №500 может быть выполнен медицинскими сотрудниками лишь по тем пунктам, которые четко и ясно прописаны. Возможно, МЗ РФ обратит внимание, проработает, и дополнительно внесет список ответственных лиц со стороны амбулаторного звена. Защищенные каналы связи требуют отдельного пояснения со стороны IT-специалистов МЗ РФ. ■

Материал подготовлен Ю.Г. Болдыревой



Мобильное приложение для урологов

*Всегда в курсе всех
урологических новостей!*



App Store



Google play

Приказы и другие нормативные документы в работе детского уролога

Нормативно-правовое обеспечение репродуктивных прав граждан РФ регулируется Конституцией, Федеральным законом 323, а также Уголовным, Семейным и Трудовым кодексами. В области международного права действуют Декларация Международной конференции по правам человека в Тегеране, Концепция ООН о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, материалы международных конференций ООН по народонаселению и развитию, Материалы Всемирной конференции по правам человека в Вене (1995 год) и ряд других документов.

Деятельность детского уролога-андролога впервые была регламентирована Федеральным законом №124 от 24.07.1998 «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации», а также Приказом Минздрава РФ №154 от 5.05.1999 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста».

Согласно Приказу Минздрава №371 от 16.10.2001 «О штатных нормативах медицинского и педагогического персонала детских городских поликлиник (поликлинических отделений) в городах с населением свыше 25 тыс. человек» были введены полставки врача-уролога на 10 тыс. прикрепленных детей. Позже эта норма была повышена до целой ставки детского уролога-андролога на 10 тыс. прикрепленного населения Приказом Минздравсоцразвития №366н от 12.04.2012 «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи». Однако уже 31.10.2012 вышел Приказ №561н, вводящий одну ставку детского уролога-андролога на 20 тыс. человек.

Кроме того, известен Приказ №337 от 27.08.1999 «О номенклатуре специальности в учреждениях здравоохранения РФ», а согласно дополнительному к нему Приказу Минздрава № 416 от 20.08.2003, в состав детских хирургов дополнительно введено место детского уролога-андролога.

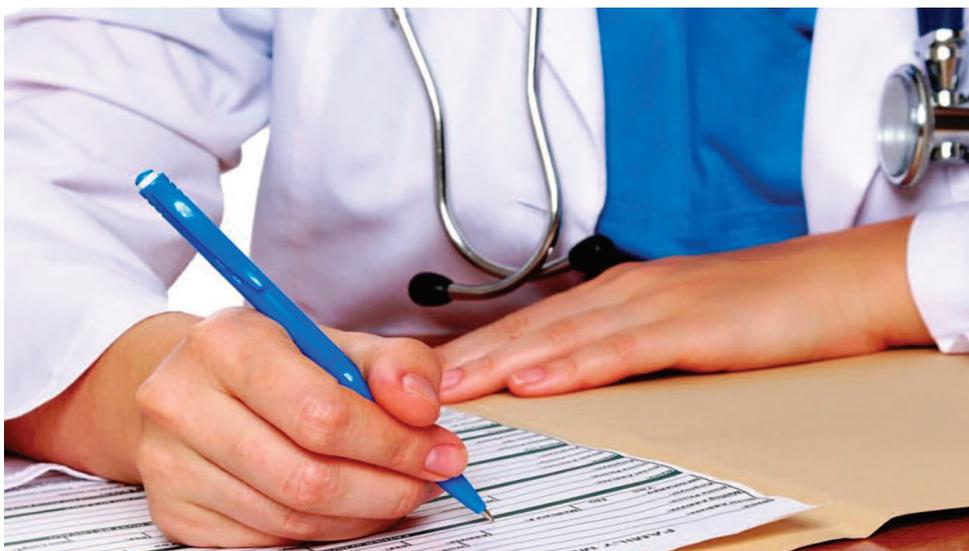
Помимо этого, выходили Приказы №180 от 22.10.2001 «О совершенствовании урологической и нефрологической помощи детям» (положение о регуляции деятельности нефроурологического кабинета детской поликлиники) и №112н от 11.03.2008 «О номенклатуре специальностей с высшим и послевузовским меди-

цинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации» (упомянута специальность «детская урология-андрология», требующая углубленной подготовки).

В Приказе №566 от 25.11.2003 «Об охране репродуктивного здоровья мальчиков и юношей-подростков» были закреплены положения «Об организации деятельности уроандрологического кабинета детской поликлиники» и «Об организации деятельности дневного уроандрологического стационара». Впрочем, как отметил докладчик, в реальности таких стационарных отделений по сей день не наблюдается.

В свою очередь, Приказ №656 от 31.12.2003 «О мерах по повышению качества оказания уроандрологической помощи детям в РФ» прописывал действия по организации уроандрологического кабинета и обязанности врача – уролога-андролога.

Помимо этого, в разное время приняты Приказы №1183н от 20.12.1012 «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» и №529н от 6.08.2013 «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций», а также Распоряжение Правительства РФ №2403-р «Об утверждении основ государственной молодежной политики Российской Федерации на период до 2025 года» и Указ президента №761 от 01.06.2012 «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы», обращающие внимание на проблему репродуктивного здоровья молодежи. ■



Достаточно долго специалисты придерживались Приказа №1346н от 21.12.2012 «О порядке проведения несовершеннолетним медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них», где определялся, в частности, возраст первого осмотра детским урологом-андрологом. Сегодня действует Приказ №514н от 10.08.2017 «О порядке проведения профилактических осмотров несовершеннолетних». Предыдущий документ не предписывал проведения УЗИ почек и органов мочевыделительной системы, нынешний устанавливает его для пациентов в возрасте 6 и 15 лет.

Сегодня детский уролог-андролог сталкивается с несколькими классами заболеваний по МКБ-10, включая классы II (новообразования), IV (болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ), V (психические расстройства и расстройства поведения), IX (болезни системы кровообращения), XIV (болезни мочеполовой системы), а также XVIII (врожденные аномалии, пороки развития, деформации и хромосомные нарушения). При этом нигде не указаны границы деятельности уролога-андролога и отметки, на которых пациент передается под наблюдение специалиста другого профиля. В настоящее время в рабочей группе при главном детском урологе-андрологе г. Москвы обсуждаются доработка и адаптация МКБ-10 относительно некоторых состояний и заболеваний, требующих наблюдения или лечебных мероприятий со стороны детского уролога-андролога и его взаимодействия со смежными кабинетами.

В завершение докладчик назвал ряд мер, необходимых для более эффективной работы детских урологов-андрологов сегодня:

- укомплектовать штаты детских поликлиник врачами и медсестрами согласно нормативам;
- внедрить мультидисциплинарный подход в лечении детей с участием врачей-педиатров, детских урологов-андрологов, гинекологов, эндокринологов, генетиков и психологов;
- обобщить и проанализировать накопленный опыт работы для распространения его на местах;
- выработать научно обоснованные оптимальные организационные технологии, включая плановую деятельность института территориальных внештатных специалистов с детскими урологами-андрологами медицинских организаций.

Наконец, для успешного достижения поставленных целей необходимо переориентировать институты здравоохранения и общество в целом на равно ответственное отношение как к женскому, так и к мужскому здоровью. ■



Мобильные технологии здоровья!

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

www.evercare.ru

На чудо надейся, а сам не плошай! Юридические аспекты работы детского уролога-андролога



Д.И. Тарусин

Д.м.н., профессор, Руководитель лаборатории диагностики и реабилитации заболеваний органов репродуктивной системы городского Центра репродуктивного здоровья детей и подростков при Морозовской ДГКБ

Сегодня для российского врача жизненно важным фактором становится не только медицинская, но и юридическая грамотность. Полезный доклад о том, как обезопасить себя, когда все чаще возбуждаются резонансные дела против медиков, озвучил на заседании детских урологов-андрологов в Морозовской больнице профессор Дмитрий Игоревич Тарусин.

Как подчеркнул в начале выступления Дмитрий Игоревич, с точки зрения пациента, его родителей или законных представителей любое дело, дошедшее до суда, является выигрышным, когда в нем присутствует медицинская ошибка. Когда ее нет или она требует доказательства, картина выглядит уже несколько иначе. Главное – застраховать себя от непреднамеренных ошибок и промахов.

Персональные данные пациентов

Начать можно с грамотного управления доверенными персональными сведениями. Персональные данные гражданина подразделяются на **три категории**: простые, специальные и биометрические. **Первые** человек может найти, к примеру, на портале госуслуг. **Вторые** позволяют прямо или косвенно идентифицировать пациента, его законного представителя или одного через другого. К **третьим** относятся результаты исследований и анализов, рост, вес, группа крови, ВИЧ-статус, сведения о генетических аномалиях, хромосомных нарушениях, инвалидности и так далее. В соответствии с законом персональные данные обрабатываются, хранятся и уничтожаются только организациями, имеющими статус



допуска к работе с персональными данными и их операторами. Передача данных в частной переписке или звонке происходит по незащищенному каналу, и за подобное правонарушение предусмотрена ответственность вплоть до уголовной. Так, если оно повлечет за собой какой-либо имущественный вред или же вред здоровью и репутации, возможны штраф от 100 до 300 тыс. рублей, запрет занимать некоторые должности, принудительные работы, лишение свободы на срок от 2 до 4 лет.

Чтобы обеспечить собственную безопасность, не следует использовать личный телефон для передачи информации, относящейся к одному из видов персональных данных. При необходимости отправки или получения таких данных по электронной почте лучше подготовить шаблон, который пациент или его законный представитель должен переслать вам в обратную сторону. В этом *шаблоне* должно говориться о том, что гражданин информирован **о производимой передаче персональных данных по незащищенному каналу** связи, где информация может оказаться доступной третьим лицам. Особо следует уточнить, что гражданин принимает на себя возможные последствия такой передачи данных. Стоит также помнить, что срок хранения медицинских документов и сопровождающих их бумаг составляет 75 лет, так что не нужно торопиться стирать эту переписку. При использовании мессенджеров для передачи данных нужно попросить собеседника отправить сообщение о том, что данный номер принадлежит законному представителю конкретного пациента или ему самому. По возможности все необходимые сведения лучше передавать лично. Наконец, не следует оставлять в открытом доступе на рабочем месте медицинские документы, чтобы они не оказались у третьих лиц.

Информированное добровольное согласие (ИДС) на медицинское вмешательство

Информированное добровольное согласие (ИДС) на медицинское вмешательство представляет собой отдельную обширную тему. Юридически медицинским вмешательством является даже осмотр пациента, при этом на каждую производимую манипуляцию, анестезиологическое пособие или операцию требуется отдельно подписанный документ. Берет ИДС непосредственно врач – этот шаг нельзя поручить регистратуре или менеджеру. Дело в том, что саму ■

информацию, необходимую для добровольного согласия пациента, предоставляет именно лечащий врач, и он же несет ответственность за последствия. Техническую работу по заполнению документов может при этом вести другой медицинский работник, например, сопровождающая прием медсестра. Кроме того, по закону нельзя предварительно оформить ИДС на все запланированные в ходе лечения вмешательства. Хранится заполненное ИДС вместе с протоколом осмотра или процедуры.

Кажется, что формально человек выражает свое согласие на лечение, получив талон и явившись на прием. К сожалению, в эту систему вмешиваются взаимоотношения между страховыми компаниями и пациентами. Выход – запастись достаточным количеством готовых ИДС на осмотры и наиболее часто выполняемые процедуры, перечислив все возможные их осложнения, включая моральные травмы и эмоциональные реакции, а также рецидивы заболевания. Необходимо точно знать свои возможности и перечень разрешенных манипуляций. Не стоит выходить за его пределы даже из желания помочь пациенту. Законный представитель пациента может отказаться от манипуляций после попытки подписания ИДС.

Уголовная ответственность врача: новые юридические формулировки

В случае применения уголовной ответственности состав преступления складывается из четырех частей. 1. Объект – то благо, общественный или личный интерес, которые защищаются в соответствии с законом. 2. Объективная сторона – совокупность внешних черт преступления, деяние, причинно-следственная связь, время, место и другие детали. 3. Субъект – лицо, совершившее преступление, в данном случае – медицинский работник. 4. Субъективная сторона – совокупность вины, мотива и цели деяния. При этом вина может быть как умышленной, так и непредумышленной.

На практике крайне редко приходится сталкиваться с прямым умыслом, где субъект осознает общественную опасность своих действий и желает принести вред, – чаще всего рассматриваются случаи непредумышленной вины. Встречается, однако, и косвенный умысел, когда медработник осознавал опасность своих действий и предвидел последствия, но все же нарушил закон.





Наиболее часто в уголовном праве, касающемся медицинских работников, сейчас применяются две формулировки. Первая из них – **преступное легкомыслие**. Это такой вид вины, при котором субъект как раз предвидит последствия и не желает их наступления, но без достаточных на то оснований рассчитывает их избежать. Вторая – **преступная небрежность**. Здесь субъект не предвидит возможности последствий, хотя должен о ней знать.

Сегодня медицинские работники в России чаще всего привлекаются к ответственности по ряду «избранных» статей УК РФ:

- Ст. 109 – причинение смерти по неосторожности;
- Ст. 111 – Умышленное причинение тяжкого вреда;
- Ст. 112 – Умышленное причинение вреда средней тяжести;
- Ст. 115 – Умышленное причинение легкого вреда здоровью;
- Ст. 118 – Причинение тяжкого вреда по неосторожности;
- Ст. 124 – Неоказание помощи больному;
- Ст. 238 – Выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности.

Подписанное ИДС защищает врача с той точки зрения, что он предвидел возможность тяжких, средней тяжести или легких последствий и информировал больного или его законного представителя о вероятности их наступления. Таким образом, при правильно выполненных медицинских манипуляциях можно доказать, что последствия были неотвратимы.

Оснащение кабинета и уголовные статьи

Необходимо также принять во внимание таблицу оснащения оборудованием врачебного кабинета. Наличие в кабинете всех утвержденных там предметов в определенной степени страхует врача от применения **статьи 238** – «Выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности» – и обвинения в преступном легкомыслии. Кроме того, на сегодня **отменен приказ Минздрава РФ №100**, который регламентировал состав противошокового (реанимационного) набора. Новый документ на его место не пришел, но в наборе должны присутствовать такие вещи, как адреналин, дексаметазон, супрастин, система капельного введения, периферический катетер, мешок Амбу, роторасширитель, языкодержатель, желудочный зонд, медицинский жгут, воздуховод ■



и медицинский шпатель. В случае, если возникает фатальная реакция, так можно доказать, что врач был ко всему готов и применил необходимые средства, но, к сожалению, печальный исход был неизбежен.

Врач или продавец услуг? Гарантия на здоровье – 10 лет

Введение понятия «медицинская услуга» и взаиморасчеты со страховыми компаниями вызвали появление юридического феномена, когда любое действие медицинского работника обладает всеми свойствами товара: ценой, потребительскими качествами, своеобразной гарантией и даже правом на возврат денежных средств. Таким образом, врач невольно выступает в качестве продавца независимо от того, работает он по ОМС, ДМС или в сфере платных услуг. Согласно закону «О защите прав потребителей», в обязанности продавца входит ознакомление покупателя с потребительскими свойствами товара (в случае врачебного вмешательства за это отвечает ИДС) и своего рода гарантией – в каком проценте случаев и при соблюдении каких условий товар будет обладать свойствами над-

лежащего качества. Наконец, тот же закон в ст. 14, пп. 3 и 4 говорит о возмещении имущественного вреда и вреда, причиненного жизни и здоровью потребителя. На сегодня в законе есть сноска, говорящая, что если изготовителем товара или исполнителем услуги не установлен срок годности и гарантии, то он он равняется 10 годам с момента реализации товара или услуги.

Здесь ИДС защищает врача тем, что до «клиента» были донесены все потребительские свойства услуги: риски для жизни и здоровья, частота неудачного лечения и рецидивов, а также условия «гарантии» – рекомендации по режиму после процедуры. Назначения, сохраненные в письменной форме, говорят, что до пациента или его законного представителя донесены важные условия сохранения «гарантии» – информация о долечивании и реабилитации. Письменное указание срока контрольного осмотра и постановка на диспансерный учет помогают избежать претензий со стороны абсолютного большинства пациентов или их родителей: неявка в срок или отсутствие динамического наблюдения являются нарушениями условий гарантии, таким образом, можно доказать, что «условия эксплуатации» предоставленного вами товара были нарушены потребителем.

Видеосъемка в кабинете врача

Если пациент или его законный представитель считает, что его права нарушены, он вправе осуществлять видеофиксацию нарушения без согласия медработника, при этом **ни Конституция, ни Закон о персональных данных не защищают врача от видеосъемки на рабочем месте**. Поведение в таком случае должно быть максимально спокойным, выдержанным и корректным. Не нужно противодействовать съемке, однако следует незамедлительно связаться с дежурным администратором и информировать его о видеорегистрации происходящих событий. Не стоит начинать съемку в ответ: как должностное лицо врач таким образом подвергает опасности специальные и биометрические данные пациента или его законного представителя.

Начать разговор на камеру следует, громко и четко проинформировав снимающего, что он реализует свое законное право проводить видеофиксацию. Далее нужно сказать, что оператор проинформирован о том, что запись может быть им использована только в суде, в качестве доказательства нарушения его прав и свобод. ■

Также необходимо озвучить, что размещение и копирование записи в сети интернет является деянием, наказуемым УК РФ как минимум по четырем статьям.

Институт страховых представителей



Следующая обширная тема – институт страховых представителей. Работает страховой представитель на основании государственной программы гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. Он может опираться в своей деятельности на толкователь медицинских услуг, стандарты оказания медицинской помощи, клинические и методические рекомендации, а также алгоритмы действия врача. Стоит помнить, что для ознакомления с полным пакетом документов по обращению пациента к страховому представителю необходимо время, поэтому при первом звонке можно отказываться от дальнейшего разговора с ним до выяснения обстоятельств.

Врачу, однако, будет полезно ознакомиться с толкователем медицинских услуг для обеспечения собственной безопасности. Также нужно знать и придерживаться в работе всех действующих клинических рекомендаций и профессиональных стандартов, соблюдать маршрутизацию и этапность оказания медицинской помощи. Наконец, о любых трудностях, возникающих в ходе работы, следует сообщать письменно, сохраняя копии документов. ■

Я = АЛЬФА. И СИЛА МОЯ ВНУТРИ

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



На фоне курсового приема комплекса «Альфа» наблюдалось:

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

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

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

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

SHPHARMA
source of healing

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

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Осведомленность людей по вопросам фертильности

*Национальные кампании по повышению осведомленности граждан в вопросах репродуктивного здоровья являются оправданными, сообщает издание *Uppsala Journal of Medical Sciences*. Обзор исследований последних лет показал, что большинство людей имеют ограниченные познания о факторах, связанных с фертильностью и бесплодием. Хуже всех осведомлены мужчины и люди с низким уровнем образования.*

Недавние исследования говорят о том, что молодые люди хотят иметь детей, но мало знают о снижении фертильности, связанном с возрастом и другими факторами (курение, употребление алкоголя, ожирение, дефицит веса или инфекции, передающиеся половым путем). Кроме того, в обществе сохраняются определенные заблуждения о репродуктивном здоровье, которые приводят к несвоевременному обращению пар за медицинской помощью, когда у них возникают проблемы с зачатием. В ряде стран организуются национальные кампании по повышению осведомленности населения в вопросах фертильности. Однако зачастую они плохо воспринимаются общественностью и дают недостаточно эффективный результат.

Группа датских и португальских ученых провела систематический обзор научной литературы, в котором обобщила все имеющиеся данные по осведомленности людей в вопросах фертильности и выяснила, существуют ли различия в познаниях между людьми разного пола, возраста и образования. Поиск исследований, опубликованных до февраля 2017 года включительно, проводился с использованием баз данных EBSCO, Web of Science, Scielo и Scopus electronic databases по комбинациям ключевых слов и терминов MeSH (например, «осведомленность», «знания о здоровье», «фертильность», «репродуктивный период»).

В итоге в обзор была включена 71 научная статья. Анализ показал, что большинство участников исследований демонстрировали низкую и умеренную осведомленность в вопросах фертильности (ОВФ). Более высокий уровень знаний показывали женщины, люди с высоким уровнем образования, пары, испытывающие трудности с зачатием, и пары, планирующие беременность. Наличие детей или желание их иметь не были связаны с уровнем ОВФ. Авторы отметили противоречивую связь между возрастом участников и их осведомленностью. Одни исследования показывали, что более высокий уровень ОВФ демонстрируют люди старшего возраста, другие – что молодого. Никакой ассоциации между возрастом и ОВФ вообще не было выявлено.

Специалисты заключили, что проведение общественных кампаний по повышению ОВФ в целом оправдано. Но их эффективность необходимо улучшать, адаптируя программы мероприятий под группы людей с разным уровнем познаний. ■

Источник: Upps J Med Sci. 2018 Jun;123(2):71-81. doi: 10.1080/03009734.2018.1480186.

Результаты вазовазостомии и вазоэпидидимостомии за последние 10 лет

*Проведение вазовазостомии и/или вазоэпидидимостомии приводит к восстановлению проходимости семявыносящего протока в среднем в 87% случаев, а к наступлению беременности – в 45% случаев. Предикторами успеха операции служат длительность бесплодия, данные интраоперационной биопсии и наличие у пациента спермогранулемы. На частоту наступления беременности также значимо влияет возраст партнерши. Об этом сообщили специалисты из Университета Чибы (Япония), которые проанализировали результаты лечения обструктивной азооспермии за последние 10 лет. Их работа была опубликована в журнале *Reproductive Medicine and Biology*.*

Проблема бесплодия у пациентов с обструктивной азооспермией (ОА) решается двумя путями: с помощью реконструктивной микрохирургической операции или экстракции сперматозоидов из ткани яичка (testicular sperm extraction – TESE, TESE) с последующим проведением ЭКО/ИКСИ. Но только первый вариант, подразумевающий выполнение вазовазостомии и/или вазоэпидидимостомии, позволяет пациентам зачать естественным путем.

Японские специалисты решили выяснить, как за последние годы изменились результаты проведения реконструктивных вмешательств при ОА. Для этого они отобрали из библиотеки Pubmed все исследования по теме вазовазостомии и вазоэпидидимостомии, опубликованные в период с 2008 по 2018 годы, и оценили исходы операций, предикторы их успешности и частоту наступления беременностей.

В разных исследованиях участие принимали от 25 до 1303 пациентов. Средний возраст испытуемых составил 40 лет, средняя длительность бесплодия – 8,5 лет. Частота восстановления проходимости семявыносящего протока варьировала от 80 до 98% (средний показатель – 87%), частота наступления беременности – от 22 до 68% (средний показатель – 45%). Успех операции был выше у пациентов со спермогранулемой, меньшей продолжительностью бесплодия (менее 10 лет) и не имеющих нарушений сперматогенеза. Частота наступления беременности зависела от возраста партнерши. В парах, где партнерши имели возраст меньше 30 лет, беременность в среднем наступала в 64% случаев, от 30 до 35 лет – в 49% случаев, от 36 до 40 лет – в 32% случаев, старше 40 лет – в 28% случаев.

Авторы заключили, что врач должен оценивать шансы пациента с ОА на естественное зачатие с учетом всех выявленных предикторов. Если шансы невелики, целесообразно обсудить с парой возможность применения ВРТ. ■

Источник: Reprod Med Biol. 2018 May 22;17(4):343-355. doi: 10.1002/rmb2.12207.

Статины и параметры спермы субфертильных мужчин

Специалисты из Университета Юты (Солт-Лейк-Сити, США) доказали, что статины не изменяют параметры спермы у мужчин со сниженной фертильностью, как это предполагалось ранее. Результаты исследования были опубликованы в журнале Andrologia.

Статины относятся к наиболее часто применяемым препаратам в современном мире. Терапия ими приводит к значительным изменениям уровня сывороточного и внутриклеточного холестерина и трансформации передачи сигнальных процессов в клетках.

Ранее ученые выдвинули гипотезу, что снижение уровня холестерина может негативно отражаться на мужской фертильности. Во-первых, потому что холестерин участвует в синтезе стероидных гормонов, включая тестостерон. Во-вторых, потому что он является частью сигнального пути, который контролирует объем и созревание спермы.

Несколько исследований показали, что применение статинов может приводить к ухудшению показателей спермы. Однако их данные были недостаточными и противоречивыми. Кроме того, во всех исследованиях участники имели нормальную фертильность и уровни андрогенных гормонов, а бесплодные мужчины оценке не подвергались.

Американские специалисты предположили, что для мужчин со сниженными показателями спермы терапия статинами может иметь более тяжелые последствия, чем для мужчин с нормальной фертильностью. Чтобы проверить это, они ретроспективно изучили данные 10 140 мужчин, наблюдавшихся в Клинике репродуктивной медицины Университета Юты в период с 2002 по 2013 гг. В экспериментальную группу были включены 118 пациентов (126 образцов спермы), которые принимали статины на протяжении 3 и более месяцев до взятия анализов. В контрольную группу вошли 7 698 мужчин (8760 образцов спермы), не принимавших никаких лекарств.

В регрессионных моделях с поправкой на возраст прием статинов оказался не связанным со статистически значимыми изменениями параметров спермы. При комбинации статинов с другими неспермотоксическими препаратами у пациентов было отмечено снижение объема спермы на 0,3 мл (95% ДИ: 0.02-0.58 мл, $p=0.04$).

Авторы заключили, что прием статинов не влияет на параметры спермы субфертильных мужчин, несмотря на статистически значимое различие в объеме спермы, которое не является клинически значимым для этой популяции пациентов. ■

Источник: Andrologia. 2018 Jun;50(5):e12995. doi: 10.1111/and.12995. Epub 2018 Mar 7.





КАКОЕ ЭТО СЧАСТЬЕ
БЫТЬ ОТЦОМ!

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

✓ Единственный комплекс для лечения мужского бесплодия, содержащий в своем составе источник АСТАКСАНТИНА - САМОГО МОЩНОГО ПРИРОДНОГО АНТИОКСИДАНТА!

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

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

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

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

Ефремов Е.А., Коршунов М.Н., Золотухин О.В., Мадыкин Ю.Ю., Красняк С.С.
Экспериментальная и клиническая урология. 2018. №1. Опыт применения комплексного препарата «Мираксант» у мужчин с идиопатическим бесплодием в условиях реальной клинической практики.

SHPHARMA
source of healing

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

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Номограмма расчета риска сепсиса после перкутанной нефролитотомии

Команда ученых из Пекина проанализировала потенциальные периоперационные факторы риска, которые влияют на развитие уросепсиса после перкутанной нефролитотомии (ПКН) при конкрементах верхних мочевых путей. Для этого они использовали регрессионную модель и построили номограмму, прогнозирующую вероятность развития уросепсиса в соответствии с идентифицированными факторами риска.

Были ретроспективно проанализированы клинические данные 405 пациентов с конкрементами верхних мочевых путей, пролеченными при помощи ПКН в период между январем 2013 года и декабрем 2016 года в клиническом отделении Пекинского университета. В зависимости от того, развился ли у пациентов уросепсис или нет, после операции, пациенты были разделены на две соответствующие группы. Были сопоставлены периоперационные факторы риска, которые могли потенциально способствовать развитию уросепсиса в этих двух группах. На основе коэффициентов регрессии, одномерного и многомерного статистического анализа была создана номограмма.

Все 405 процедур ПКН были выполнены успешно; а в 32 случаях после операции развился уросепсис, таким образом частота уросепсиса составила 7,9% (32/405). Была построена многомерная модель логистической регрессии, исключая факторы с значениями $p > 0,05$, полученными при одномерном анализе. Многомерный логистический регрессионный анализ определил следующие факторы, как независимые факторы риска уросепсиса после ПКН:

- анамнез сахарного диабета (OR = 4,511, P = 0,001),
- большое число конкрементов (OR = 2,588, P = 0,043),
- более длительное время операции (OR = 2,353, P = 0,036),
- увеличенная скорость ирригации (OR = 5,886, P < 0,001),
- инфекционный характер конкремента (OR = 2,677, P = 0,036).

Номограмма, основанная на этих результатах, была хорошо адаптирована для прогнозирования вероятности, а индекс соответствия (C-индекс) составлял 0,834 при моделировании номограммы и 0,802 при валидации метода. Таким образом, данная номограмма может использоваться для прогнозирования возникновения уросепсиса после ПКН. ■

Источник: Beijing Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban. 2018 Jun 18;50(3):507-513.

Всегда ли нужно делать анализ суточной мочи на метаболические нарушения?

Анализ суточной мочи на метаболические нарушения является составной частью диагностики мочекаменной болезни. Исследователи из Израиля изучили данные проспективной когорты пациентов, которые наблюдались в амбулаторном порядке с 2010 по 2017 годы и попытались выяснить, можно ли при определенных условиях отказаться от проведения анализа на метаболические нарушения.

Анализируемые данные включали в себя пол, возраст образования первого конкремента, индекс массы тела (ИМТ), анамнез сопутствующих заболеваний, и семейный анамнез мочекаменной болезни. Анализ на обменные нарушения проводили у каждого пациента при его типичном стереотипе питания. Во время анализа учитывались следующие параметры: объем мочи, уровни натрия, кальция, оксалата, цитрата и мочевой кислоты в моче. Наличие хотя бы одного из сопутствующих заболеваний (например, артериальной гипертензии, сахарного диабета, гиперлипидемии) расценивалось как «сопутствующие заболевания» (СЗ). Их отсутствие определялось как «отсутствие сопутствующих заболеваний» (ОСЗ).

Субъекты были разделены на две группы: те, у которых конкремент образовался впервые и пациенты с повторным камнеобразованием, которые были далее разделены на две подгруппы: первичный конкремент + СЗ; первичный конкремент + ОСЗ; рецидивный конкремент + СЗ; рецидивный конкремент + ОСЗ. Результаты анализа на обменные нарушения были сопоставлены в четырех подгруппах.

Всего в исследование были включены четыреста пятьдесят семь пациентов. В группах с СЗ пациенты демонстрировали более высокие уровни ИМТ ($p = 0,001$) и достоверно чаще страдали ожирением ($\text{BMI} > 30$, $p = 0,001$), а также были старше при первом образовании конкремента ($p = 0,001$). У пациентов с первичным образованием камня с СЗ и ОСЗ чаще встречался низкий объем мочи, по сравнению с рецидивными камневыделителями (72,5% против 59,5%, $p = 0,005$). В остальных метаболических аномалиях таких различий не наблюдалось.

Таким образом, пациенты с первичным камнеобразованием, как с СЗ, так и без них, скорее всего, продемонстрируют сниженный объем мочи, как их основную метаболическую аномалию при анализе мочи на обменные нарушения. Поэтому выполнение данного анализа может быть отложено до повторного образования конкремента. ■

Источник: Int Urol Nephrol. 2018 Jun 6. doi: 10.1007/s11255-018-1902-1.

Эффект Филлантуса нирури на метаболические параметры у пациентов с мочекаменной болезнью: перспективы профилактики

Растительные препараты давно применяются в лечении мочекаменной болезни. Однако, большинство применяемых растений обладают лишь неспецифическим воздействием на мочевыделительную систему (диуретическим, противовоспалительным и т. п.). Вместе с этим существует ряд растений, обладающих выраженным положительным эффектом на метаболизм.

Одним из таких растений, является Филлантус нирури – тропическое растение, издавна известное своей способностью к предотвращению образования камней.

Бразильские ученые провели клиническую, лабораторную и ультразвуковую оценку состояния у 56 пациентов с камнями почек <10 мм до и после назначения экстракта Филлантуса нирури в течение 12-ти недель с последующим 12-тинедельным периодом вымывания.

Средний возраст пациентов составил $44 \pm 9,2$, индекс массы тела (ИМТ) – $27,2 \pm 4,4$ кг/м². Тридцать шесть пациентов (64%) были женщинами. Не было отмечено значительных изменений во всех периодических антропометрических и некоторых биохимических параметрах, включая общий анализ крови, уровни креатинина, мочевой кислоты, натрия, калия, кальция в крови, объема и pH мочи.

В то же самое время было выявлено значительное увеличение содержания калия в моче с $50,5 \pm 20,4$ мг/сут до $56,2 \pm 21,8$ мг/сут ($p = 0,017$); магния/креатинина $58 \pm 22,5$ до $69,1 \pm 28,6$ мг /гКр/сут ($p = 0,013$) и соотношение калия / креатинина $39,3 \pm 15,1$ до $51,3 \pm 34,7$ мг /гКр24-час ($p = 0,008$) от исходного уровня до периода отмывания. Число конкрементов в почках уменьшилось с $3,2 \pm 2$ до $2,0 \pm 2$ на пациента ($p < 0,001$). У пациентов с гипероксалурией уровень оксалата в моче снижился с $59,0 \pm 11,7$ до $28,8 \pm 16,0$ мг/сутки ($p = 0,0002$), а при гиперурикозурии наблюдалось снижение уровня мочевой кислоты с $0,77 \pm 0,22$ до $0,54 \pm 0,07$ мг/сутки ($p = 0,0057$).

Прием экстракта Филлантуса нирури был безопасным и не вызывал значимого неблагоприятного воздействия на метаболические параметры сыворотки.

Он увеличивает почечную экскрецию магния и калия из мочевого пузыря, что приводит к значительному снижению уровня оксалата и мочевой кислоты в моче у пациентов с гипероксалурией и гиперурикозурией. Кроме того, потребление Филлантуса нирури способствовало устранению конкрементов в почках.

Примечание редакции: Экстракта Филлантуса нирури входит в состав отечественной биологической активной добавки Оксалит (www.oxalit.ru). ■

Источник: *Int Braz J Urol.* 2018 Mar 10;44. doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2017.0521.



Что такое сервис медицинских услуг



Nethealth



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



Мы в социальных сетях

 www.vk.com/nethealth

 www.facebook.com/nethealth.ru

Период воздержания перед сдачей спермы у субфертильных мужчин

Воздержание от половой жизни в течение 2-7 дней перед сдачей эякулята способствует улучшению параметров спермы у пациентов с нормозооспермией, но не приносит пользы пациентам с олигозооспермией. К такому заключению пришли специалисты Университета Юты (Солт-Лейк-Сити, США), после того как изучили данные более 10 тыс. мужчин. Результаты исследования были опубликованы в журнале Urology.

Большинство репродуктивных клиник просят мужчин перед сдачей образцов спермы, используемых в лаборатории ВРТ, воздерживаться от половой жизни и мастурбации в течение 2-5 дней. А Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует сексуальную абстиненцию (СА) в течение 2-7 дней перед сдачей эякулята на анализ.

Однако в научной литературе существует недостаточно доказательств, которые подтверждали бы обе эти рекомендации. До сих пор остается неясным, как именно продолжительность воздержания влияет на параметры спермы, особенно у субфертильных мужчин. Известно, что некоторые показатели, такие как объем



эякулята, общее количество и концентрация сперматозоидов, увеличиваются с увеличением длительности воздержания. В то же время в ряде исследований было показано, что более короткий период воздержания связан с улучшением других параметров: подвижности, жизнеспособности сперматозоидов и доли половых клеток с повреждениями ДНК. Это указывает на то, что короткий период сексуальной абстиненции (например, 1-2 дня) потенциально может обеспечивать лучшие результаты ЭКО с ИКСИ, чем рекомендуемый период в 5-7 дней. Несмотря на обновление данных, рекомендации ВОЗ не меняются с 2010 года, а потенциальная польза более короткого периода воздержания для субфертильных мужчин обсуждается мало.

Американские специалисты провели исследование, чтобы точно выяснить, как влияет длительность СА на параметры спермограммы мужчин с нормозооспермией и олигозооспермией. Для этого они изучили данные 15 623 пациентов, посетивших центр репродукции при Университете Юта в период с 2002 по 2013 гг. После исключения пациентов моложе 18 лет, мужчин с азооспермией и пациентов с недостающими параметрами спермы в исследование были отобраны 10 095 пациентов (11 782 образцов эякулята).

По времени воздержания все участники были разделены на 4 группы (≤ 2 дней; > 2 и ≤ 5 дней; > 5 и ≤ 7 дней; и > 7 дней). По концентрации сперматозоидов образцы спермы были классифицированы на нормозооспермические и олигозооспермические. Для оценки влияния длительности воздержания на параметры спермы авторы использовали смешанные регрессионные модели, скорректированные по возрасту. Средний возраст участников составил 32,4 года, медиана длительности воздержания – 4 дня. В отобранной группе 9840 образцов спермы были нормозооспермическими, 1939 – олигозооспермическими.

Проведенный анализ показал, что у пациентов с нормозооспермией более длительное воздержание было связано с увеличением объема эякулята, концентрации, общего количества сперматозоидов и количества подвижных сперматозоидов, в то время как у мужчин с олигозооспермией такой связи не наблюдалось (в их случае увеличивался только объем эякулята).

Авторы констатировали, что рекомендация ВОЗ по воздержанию в течение 2-7 дней перед сдачей образцов спермы нецелесообразна для субфертильных мужчин. ■

Источник: Urology. 2017 Oct;108:90-95. doi: 10.1016/j.urology.2017.06.045.

Соблюдение клинических рекомендаций онкоурологами

Исследование, проведенное среди британских онкоурологов показало, что измерение уровня тестостерона у пациентов с раком предстательной железы до начала и во время андрогенной депривационной терапии не является для них частью рутинной практики. Хотя у больных с метастатической стадией заболевания уровень гормона они проверяют чаще, чем у больных с более ранними стадиями. Большинство специалистов также сообщили, что не назначают тестостероновую заместительную терапию пациентам, находящимся в стадии ремиссии, несмотря на потенциальную пользу, которую она могла бы им принести.



Андрогенная депривационная терапия (АДТ) является основным видом лечения для больных метастатическим раком предстательной железы и широко используется в неoadъювантной (предоперационной) терапии в комбинации с лучевой терапией. Наиболее часто в качестве АДТ применяются агонисты лютеинизирующего гормона релизинг-гормона (ЛГРГ) и агонисты и антагонисты гонадотропина релизинг-гормона (ГнРГ).

В дополнение к АДТ пациентам могут назначаться антиандрогены (например, бикалутамид).

Уровень тестостерона, который достигается во время АДТ, коррелирует с исходом заболевания. Это подтвердили исследования, проведенные среди пациентов с неметастатическим раком предстательной железы после завершения лучевой терапии и нормализации уровня ПСА. Оказалось, что у пациентов с уровнем тестостерона ниже 0,7 нмоль/л (20 нг/дл) риск развития кастрационно-резистентного рака предстательной железы существенно ниже, чем у пациентов, не достигших таких значений.

В ряде других исследований была установлена связь между уровнем тестостерона при АДТ и выживаемостью пациентов. Выяснилось, что риск смерти снижается при достижении значений андрогена ниже 20 нг/дл. Примечательно, что данный уровень тестостерона в ходе гормональной терапии был отмечен только у небольшой части (16%) пациентов. В исследовании, где в качестве целевых значений тестостерона при проведении АДТ рассматривался уровень менее 50 нг/дл, корреляции с выживаемостью пациентов установлено не было. После достижения кастрационных значений уровень тестостерона в ходе АДТ еще может повышаться, что приводит к прогрессированию заболевания.

Во всех рекомендациях по проведению АДТ говорится о необходимости мониторинга уровня сывороточного тестостерона, которое позволит убедиться в том, что поддерживаются его кастрационные значения. Однако неясно, соблюдают ли онкоурологи эти рекомендации на практике. Есть мнение, что специалисты часто пренебрегают определением уровня тестостерона в крови, полагаясь на уровень ПСА в оценке эффективности гормональной терапии.

Группа ученых опросила членов Британского общества онкоурологов (BUG), чтобы выяснить, как на самом деле они наблюдают своих пациентов.

Из 160 приглашенных онкоурологов онлайн-анкету заполнили 84. Только 45% респондентов написали, что измеряют уровень тестостерона у пациентов с метастатическим раком предстательной железы до начала АДТ. 61% признались, что не назначают анализ во время адъювантной или неoadъювантной терапии. Однако большинство специалистов (71%) отметили, что измеряют уровень тестостерона до начала АДТ у пациентов с метастатическим раком предстательной железы и продолжают делать это в ходе терапии.

Почти 2/3 респондентов ответили, что не назначают тестостероновую заместительную терапию (ТЗТ) пациентам с метастатическим раком предстательной железы, имеющим низкие значения тестостерона в стадии ремиссии. Несмотря на то, что недавний мета-обзор показал, что ТЗТ может приносить пользу таким пациентам и связана с минимальным повышением риска рецидива заболевания или смерти от него.

Результаты анкетирования были опубликованы в *International Journal of Clinical Practice*. ■

Источник: Int J Clin Pract. 2018 Nov 10:e13292. doi: 10.1111/ijcp.13292.

Противоречивые рекомендации по лечению мужского гипогонадизма

*Американское эндокринное общество (ES) и Эндокринное общество Австралии (ESA) одновременно обновили клинические руководства по лечению мужского гипогонадизма. Специалисты из Манчестерского университета и Университета Западной Австралии проанализировали оба документа и выявили расхождения по ряду рекомендаций. Результаты их работы были опубликованы в журнале *Clinical Endocrinology*.*

В исследовании говорится, что в обоих руководствах подчеркивается важность обследования пациентов с органическим гипогонадизмом, вызванным нарушениями в работе гипоталамуса, гипофиза или яичек, которые, несомненно, получают пользу от проведения тестостероновой терапии.

Также и в американском, и в австралийском документах сообщается, что пониженную концентрацию тестостерона могут иметь мужчины с нормально функционирующей гипоталамо-гипофизарно-гонадной осью – например, пожилые мужчины, пациенты с ожирением или другими коморбидными заболеваниями.



Манчестерский университет

Американское эндокринное общество классифицирует такие состояния на органический гипогонадизм (в преклонном возрасте) и функциональный (связанный с ожирением и другими заболеваниями) и считает, что решение о применении тестостерона в этом случае должны принимать совместно врач и пациент.

В то время как Эндокринное общество Австралии вообще не рекомендует тестостероновую терапию таким пациентам.

В качестве референсных диапазонов общего тестостерона в американском руководстве утверждены показатели, определенные для молодых мужчин. В австралийском руководстве для пациентов разного возраста приводятся разные референсные значения.

Для подтверждения гипогонадизма Американское общество рекомендует использовать анализ на свободный тестостерон совместно с анализом на общий тестостерон, если у пациента изменены показатели ГСПГ (глобулина, связывающего половые гормоны) или выявлено пограничное значение общего тестостерона. Австралийцы считают, что подтверждать заболевание нужно анализом на общий тестостерон в тех случаях, когда предполагается, что его показатели могут быть ниже нормы, или когда у пациента обнаружен низкий уровень ГСПГ.

В обоих руководствах до начала терапии рекомендуется выяснять, нет ли у пациента в анамнезе заболеваний предстательной железы и сердечно-сосудистых заболеваний. Американские специалисты также дают отдельные рекомендации по определению ПСА, отсрочке тестостероновой терапии после серьезных сердечно-сосудистых событий и перечисляют показания к томографическому исследованию гипофиза.



Университет Западной Австралии

Авторы исследования заключили, что расхождения в рекомендациях эндокринных обществ еще раз подчеркивают необходимость проведения новых клинических исследований, которые позволят восполнить пробелы в доказательной базе терапии гипогонадизма. ■

Источник:
IClin Endocrinol (Oxf).
 2018 Oct 25.
 doi: 10.1111/cen.13888.

Терапия витамином D и ее влияние на уровень тестостерона

Исследование, проведенное голландскими специалистами, опровергло гипотезу о том, что прием витамина D может стимулировать продукцию половых гормонов у мужчин с пониженным уровнем тестостерона. Работа была опубликована в European Journal of Clinical Nutrition.

Традиционные представления о витамине D связаны с его ключевой ролью в поддержании фосфорно-кальциевого гомеостаза и влиянием на минеральную плотность костей. Однако в последние годы накапливается все больше данных о том, что дефицит этого витамина также тесно связан с развитием инсулинорезистентности, сердечно-сосудистых, инфекционных, аутоиммунных, онкологических заболеваний и с общей смертностью.

Витамин D оказывает многообразные биологические эффекты за счет взаимодействия со специфическими рецепторами (витамина D рецепторами, или VDR), локализованными в ядрах клеток многих тканей и органов. У мужчин такие рецепторы расположены в том числе в клетках репродуктивного тракта, включая клетки Лейдига, продуцирующие тестостерон.

В лабораторных исследованиях было показано, что воздействие витамина D на культуру клеток тестикулярной ткани человека приводит к увеличению выработки тестостерона. А в клинических исследованиях была установлена связь между дефицитом витамина D и низким уровнем полового гормона. Но ни в одной из работ пока не была подтверждена польза дополнительного приема витамина D для мужчин.

Исследование голландцев стало первым рандомизированным контролируемым исследованием, сконструированным специально для того, чтобы изучить влияние витамина D на продукцию андрогенов у мужчин с пониженным уровнем тестостерона.

Двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование проводилось в период с марта 2013 года по ноябрь 2017 года на базе эндокринной амбулаторной клиники Медицинского университета Граца (Австрия). Участие в нем приняли 100 здоровых мужчин с уровнем тестостерона < 10,4 нмоль/л и уров-



нем 25-гидроксивитамина D < 75 нмоль/л.

Пациенты были рандомизированы на 2 группы, одна из которых (50 человек) еженедельно получала по 20 000 МЕ витамина D3, вторая – плацебо. Эксперимент продолжался 12 недель. Первичной конечной точкой был уровень тестостерона, измеренный с помощью масс-спектрометрии. Вторичными – индекс свободных андрогенов, уровень свободного тестостерона, уровни глобулина, связывающего половые гормоны, эстрадиола, фолликулостимулирующего гормона, лютеинизирующего гормона, а также метаболические характеристики и состав тела (body composition).

Исследование завершили 94 мужчины (средний возраст – 47 (± 12) лет, средний уровень 25-гидроксивитамина D – 56,3 (± 18,3) нмоль/л). Результаты не показали существенного влияния лечения на уровень сывороточного тестостерона или остальные наблюдаемые параметры.

Авторы заключили, что дополнительный прием витамина D не приносит пользы мужчинам среднего возраста с низким уровнем тестостерона. ■



Источник: *Eur J Nutr.* 2018 Nov 20. doi: 10.1007/s00394-018-1858-z.

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

Экспресс-анализ мочи

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



Вес: 180 г

300 анализов на одном заряде батареи

Ресурс: 5000 исследований

Гарантия 12 месяцев

Беспроводной протокол передачи данных

Простота эксплуатации

Результат за 1 минуту

Бесплатное мобильное приложение

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

11 исследуемых параметров

> ИССЛЕДУЕМЫЕ ПАРАМЕТРЫ

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



Редакция дайджеста:

- » Главный редактор Аполихин Олег Иванович, чл.-корр. РАН, д.м.н., профессор
- » Зам. гл. редактора Сивков Андрей Владимирович, к.м.н.
- » Руководитель проекта Шадеркина Виктория Анатольевна
- » Шеф-редактор Шадеркин Игорь Аркадьевич
- » Специальные корреспонденты:
 - Красняк Степан Сергеевич
 - Зеленская Мария Петровна
 - Болдырева Юлия Георгиевна
 - Коршунов Максим Николаевич
- » Дизайн и верстка Белова Оксана Анатольевна
- » Корректор Болдырева Юлия Георгиевна

Тираж 7000 экземпляров

Распространение бесплатное – Россия, страны СНГ

Периодичность 1 раз в 2 месяца

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

Издательство «УроМедиа»

Адрес редакции: 111020 Москва, ул. Боровая 18, офис 104

ISSN 2309-1835

Свидетельство о регистрации средства массовой информации

ПИ № ФС77-54663 от 09.07.2013

e-mail: info@urodigest.ru

www.urodigest.ru

При полной или частичной перепечатке материалов ссылка на Дайджест обязательна!

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

