

Европейская ассоциация урологов: возможности для российских специалистов стр. 5

Субспециальности в Европейской ассоциации урологов стр. 6

Европейское общество молодых урологов: интеграция в специальность стр. 11

Как изменить ситуацию в урологических организациях? Рейтинг мнений стр. 20

От редактора



Баходур Камолов

К.м.н., врач-уролог, главный редактор газеты «Урология сегодня»

kamolov@roou.ru

Уважаемые коллеги!

Жаль, но первый номер этого года приходится начинать с безрадостных новостей. Несколько лет назад мы потеряли урологию как самостоятельную специальность – она стала субспециальностью хирургии, а сейчас мы можем потерять Российское общество урологов (РОУ). Осознавать это досадно.

Сформировавшись в царской России, за более чем 100-летнюю историю (с 1907 г.) РОУ пережило революцию, сложности советского строя и период непростых постсоветских перемен. Однако Общество не может пережить неспособность нынешнего руководства – в ближайшее время РОУ может быть ликвидировано.

Дело в том, что ежегодно общественная организация обязана информировать Минюст России о продолжении своей деятельности. В декабре 2011 г. в Президиум РОУ было направлено письменное предупреждение Минюста РФ, в котором сказано, что «организация не предоставила в уполномоченный орган информацию о продолжении деятельности за 2006–2010 гг.». Устранить нарушение РОУ было обязано в срок до 13 января 2012 г., но отчеты о деятельности Общества за указанный период до сих пор не поступили. После второго предупреждения Минюстерство имеет право подготовить иск в суд для ликвидации РОУ как общественной организации. Сдача ежегодных отчетов в контролирующие органы стала невыполнимой задачей, которая поставила под угрозу существование Общества с вековой историей.

Несмотря на масштаб и значительный интеллектуальный потенциал РОУ, в Обществе не нашлось эффективных менеджеров, которые бы своевременно решали управленческие вопросы. Именно этого важного звена не достает в структуре РОУ, в состав Правления которого входит более 100 специалистов,

клиницистов и ученых высокого класса. Безусловно, председатель РОУ не должен готовить и предоставлять в Минюст отчетность. Обязанности председателя совершенно иные: он формирует стратегию развития, выполняет представительские функции, обеспечивает взаимодействие Общества с государственными структурами и с зарубежными партнерами. Однако председатель должен контролировать и оценивать эффективность своих заместителей, в данном случае – менеджеров, которые несут ответственность за организационные вопросы. Не первый год работая в такой же профессиональной ассоциации – Российском обществе онкоурологов – могу с уверенностью заявить: ежегодная сдача финансовых отчетов, квартального баланса, налоговых отчетов и соответствующих документов в налоговые органы и Минюст России – это прямая обязанность заместителя по организационным вопросам Общества.

Сложившаяся ситуация – не досадная оплошность, а системная проблема РОУ. Чтобы исправить ситуацию, необходимо на Съезде обсудить и детально прописать в Уставе обязанности и степень ответственности председателя РОУ, его заместителей и ученого секретаря.

Замечу, что такой путь развития проходят многие общественные организации по всему миру. Так, Европейская ассоциация урологов (ЕАУ), созданная в 1972 г., первые 20 лет просуществовала как элитарный закрытый клуб. С приходом нового руководителя – проф. Франца Дебройна – ЕАУ преобразовалась, взяв за эталон развития структуру Американской ассоциации урологов. Благодаря, в том числе, и структурным изменениям, сформировалась эффективная модель современной профессиональной урологической организации, которая может послужить примером для развития российского профессионального сообщества.

Нынешняя структура РОУ сохранилась с советских времен и ни разу не модернизировалась, оставаясь законсервированной и, как следствие, не способной обеспечить членам Общества не только бесплатный доступ к профильному журналу «Урология» и развитие инновационных проектов, но и текущую административную работу. Надеюсь, что сложившаяся ситуация мотивирует руководителя РОУ принять решения, необходимые для сохранения и развития Общества.

Тема номера

Новый взгляд на лечение эректильной дисфункции Преодоление резистентности к ингибиторам ФДЭ 5-го типа у мужчин с метаболическим синдромом



Светлана Юрьевна Калининченко

Д.м.н., проф., эндокринолог-андролог, сексолог, научный руководитель Клиники профессора Калининченко

kalinchenko@list.ru



Леонид Олегович Ворслов

Д.м.н., проф., кардиолог, заведующий отделением кардиологии Клиники профессора Калининченко

levors@mail.ru

Метаболический синдром (МС) – распространенное заболевание в современном обществе, встречающееся у 35–39 % взрослого населения США.

МС ассоциирован с сердечно-сосудистыми и системными болезнями, а также вызывает целый ряд урологических проблем, подходить к лечению которых необходимо системно.

Тестостерон – ключевой гормон, отвечающий за нормальное функционирование всех органов и систем и мочеполовой системы в частности (рис. 1). Тестостерон формирует либидо в период полового созревания, поддерживает его на протяжении репродуктивного периода и отвечает за расширение всех сосудов в организме, и сосудов полового члена в частности. Выработка NO – основного эндогенного вазодилатора – тестостеронзависимый процесс.

Секреция тестостерона у мужчин с ожирением и метаболическим синдромом снижена,

что не только ведет к снижению либидо и развитию эректильной дисфункции (ЭД), но и снижает эффективность лечения ЭД ингибиторами фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5), что впервые было показано нами в 2003 г. на пациентах с сахарным диабетом (СД) 2-го типа. При одинаковой компенсации СД больные с нормальным уровнем тестостерона получали адекватный ответ при применении ингибиторов ФДЭ-5 (например Виагры), а у пациентов с низким уровнем тестостерона не отмечалось улучшения эрекции при приеме препаратов этой группы. При этом ответ на прием Виагры восстанавливался при нормализации тестостерона. Данная работа впервые показала, что существуют способы повышения эффективности ингибиторов ФДЭ-5, и открыла новую эру – эру комбинированной терапии в лечении ЭД (рис. 2).

1998 год стал революционным годом в истории медицины, ознаменовавшись появлением Виагры – первого представителя уникального класса препаратов ингибиторов ФДЭ-5. Эффективность Виагры, как и появившихся позже других препаратов данного класса, в лечении органической ЭД, по данным разных авторов, составляет в среднем 80 % в зависимости от тяжести ЭД. Накопленный нами колоссальный опыт в лечении ЭД, в том числе тяжелых форм на фоне СД и МС, показывает, что системный подход, направленный на устранение всех патогенетических факторов, и в первую очередь андрогенного дефицита, ведущих к возникновению ЭД, позволяет добиться нормализации половой функции у 90–95 % пациентов.

На рис. 3 представлены основные устраняемые причины, снижающие эффективность ингибиторов ФДЭ-5.

Более того, мы считаем, что оценивать успех в лечении ЭД необходимо не по опроснику

Продолжение на стр. 2 ▶

Впервые «Атлас по реконструктивной хирургии полового члена» проф. Э. Аустони – на русском языке

Коротко



ИД «АБВ-пресс» готовит к выпуску уникальное русскоязычное издание – практическое руководство по генитальной хирургии «Атлас по реконструктивной хирургии полового члена» проф. Э. Аустони.

Проф. Э. Аустони – признанный лидер в области оперативной андрологии. Он разработал и модифицировал более 15 оригинальных операций на половом члене и уретре. В издании описано более 50 различных реконструктивных операций, а также заболеваний, требующих подобной оперативной коррекции.

Прекрасно иллюстрированная книга включает в себя следующие разделы: реконструктивная хирургия уретры при стриктурах и гипоспадии, операции при недержании мочи, корпоропластика при болезни Пейрони и врожденном искривлении пениса, имплантация различных моделей протезов, эстетическая генитальная хирургия, увеличивающие пластики, методы реваскуляризации, приапизм, операции по изменению пола, рак полового члена, методы сексуальной реабилитации после реконструктивных операций на половом члене.

Презентация Атласа с участием автора состоится на VII Конгрессе Профессиональной ассоциации андрологов России (ПААР), который будет проходить с 23 по 26 мая 2012 г. в г. Сочи. Книга будет интересна врачам-урологам, андрологам, пластическим хирургам, детским урологам-андрологам.

Тираж книги ограничен!
Спешите сделать заявку на приобретение уникального издания.
Тел.: +7 (499) 929-96-19 или
e-mail: abv@abvpress.ru

Преодоление резистентности к ингибиторам ФДЭ 5-го типа у мужчин с метаболическим синдромом

◀ Продолжение, начало на стр. 1



Рис. 1. Органы мишени тестостерона

Причина резистентности Виагры – гипогонадизм

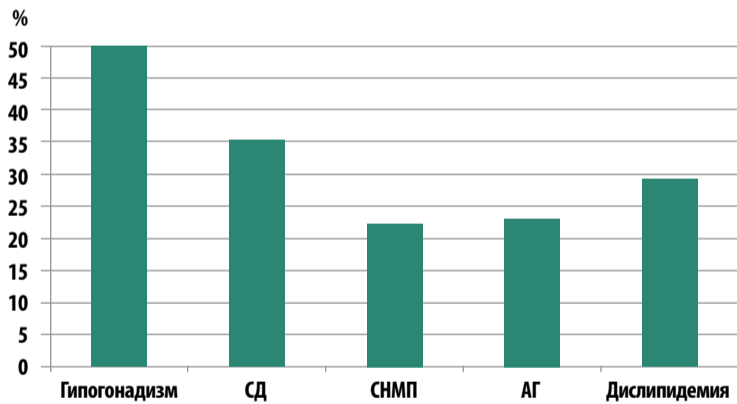
| Уровень тестостерона у пациентов, отвечающих и не отвечающих на терапию Виагрой (пациенты с СД) | | | |
|---|---------------------------------------|--|---------|
| | Viagra – n = 120 | Viagra + n = 100 | p value |
| Общий тестостерон (nmol/L) | Mean ± SD 6.9 ± 1.3 (4.5 – 9.6) | Mean ± SD 18.6 ± 1.2 (14.3 ± 29.1) | < 0.001 |

Kalinchenko S et al. Aging Male 6: 94-99 (2003)

Рис. 2. Уровень тестостерона у пациентов с СД, отвечающих (Виагра +) и не отвечающих на прием Виагры (Виагра –)

Распространенность сопутствующих заболеваний у нон-респондеров на терапию ингибиторами ФДЭ-5

Неудачи в 18–37 % попыток в зависимости от сопутствующих заболеваний



Yassin et al. IJIR Vol. 14, Suppl. 3, 9/2002

Рис. 3. Основные устранимые причины, снижающие эффективность ингибиторов ФДЭ-5

Шкала твердости эрекции (ШТЭ)



Goldstein I. et. al. N Engl J Med. 1998;338:1397–1040

Рис. 4. ШТЭ – удобный инструмент в оценке эффективности терапии ЭД

МИЭФ, который является неплохим и удобным инструментом в диагностике ЭД, а по шкале твердости эрекции (ШТЭ), по которой необходимо стремиться добиться у каждого пациента ШТЭ 3–4 (рис. 4).

Для понимания эффективности и целесообразности комбинированного лечения ЭД ингибиторами ФДЭ-5 и андрогенами у пациентов с МС необходимо знание патогенеза ЭД, вклада гипогонадизма в развитие ЭД и взаимосвязи гипогонадизма и МС.

Гипогонадизм и МС

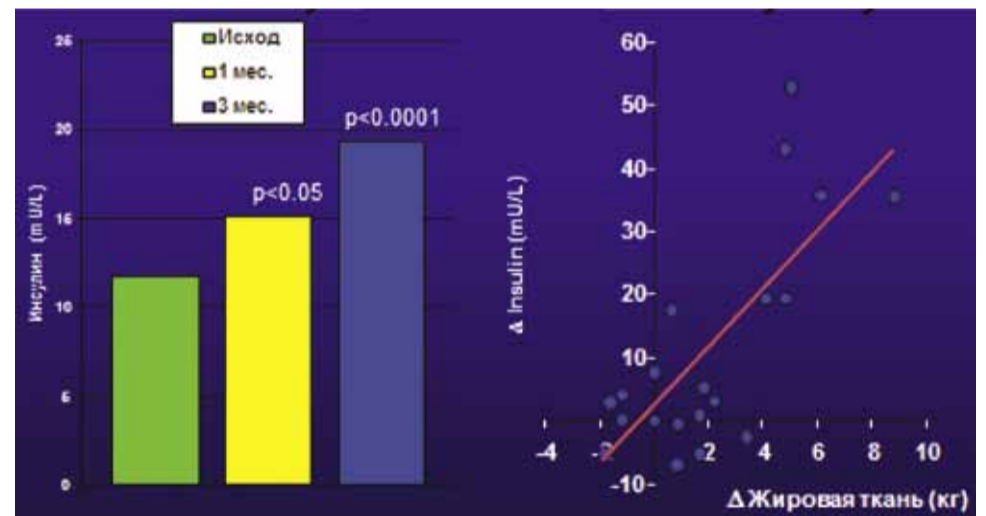
Низкий уровень тестостерона достоверно связан не только с МС, но и с ожирением, как было по-

казано в Tromps Study; у всех мужчин с окружностью талии более 102 см отмечается снижение секреции тестостерона.

Мужчины с раком предстательной железы (РПЖ), которые подвергаются долгосрочной терапии с помощью андрогенной депривации, имеют достоверно более высокую частоту МС, чем те, кто такой терапии не подвергается (рис. 5).

Многочисленные исследования демонстрируют, что компоненты МС (артериальная гипертензия, гиперинсулинемия, СД 2-го типа, гипергли-

Продолжение на стр. 3 ▶



Smith JC et. al J Clin Endocrinol Metab 86(9): 4261–4267 (2001)

Рис. 5. Индуцированный гипогонадизм (3 мес ГнРГ, лечение рака предстательной железы) ведет к снижению чувствительности к инсулину и ожирению

Пенис увеличен в размерах, но недостаточно твердый **1**

Пенис твердый, но недостаточно твердый для пенетрации **2**

Пенис достаточно твердый для пенетрации, но все еще не полностью твердый **3**

Пенис полностью твердый и полностью ригидный **4**

ВИАГРА®

обеспечивает максимальную, 4-ю степень твердости эрекции независимо от исходного уровня у большинства мужчин с ЭД^{1, 2, 3}

www.get-hard.ru



1 Mulhall J.P., Levine L.A., Junemann K.-P. Erection hardness: a unifying factor for defining response in the treatment of erectile dysfunction. Urology. 2006; 68 (suppl 3A): 17-25.
2 Kadioglu A., Grohmann W., Depko A., Levinson I.P., Sun F., Collins. Quality of erections in men treated with flexible dose sildenafil for erectile dysfunction: multicenter trial with a double-blind, randomized, placebo-controlled phase and an open-label phase. J Sex Med. 2008; 5: 726-734.
3 Mulhall J., Althof S.E., Brock G.B., Goldstein I., Junemann K.-P., Kirby M. Erectile dysfunction: monitoring response to treatment in clinical practice — recommendations of an international study panel. J Sex Med. 2007; 4: 448-464.

VIA-11-36

Преодоление резистентности к ингибиторам ФДЭ 5-го типа у мужчин с метаболическим синдромом

◀ Продолжение, начало на стр. 1

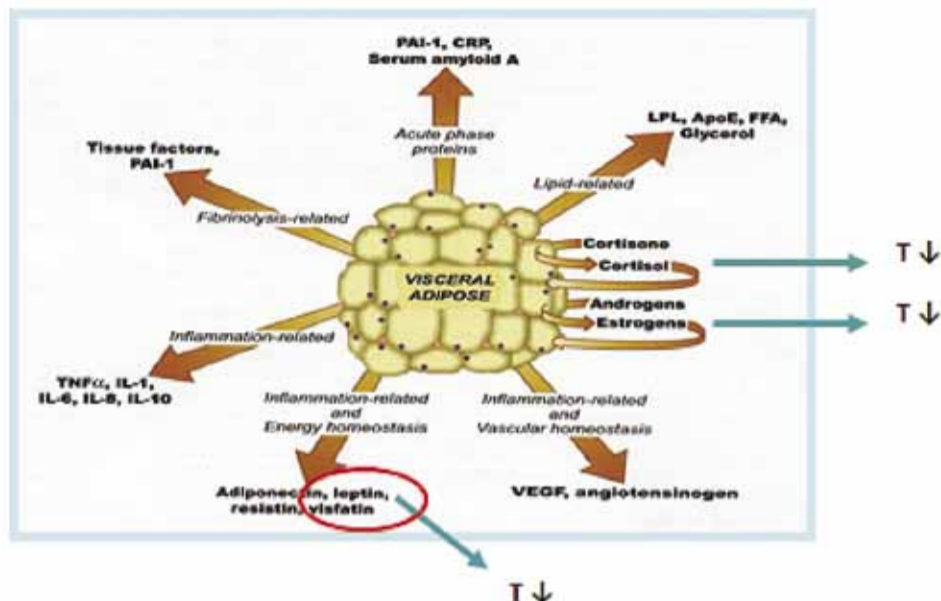


Рис. 6. Жировая ткань и тестостерон

кемия, включая высокий HbA1c, гипертриглицеридемия, а также повышенный уровень С-реактивного белка, и низкий уровень липопротеинов высокой плотности связаны с низким уровнем тестостерона сыворотки крови.

Связующим звеном между гипогонадизмом и МС может являться лептин – белок, синтезируемый и секретируемый, главным образом, адипоцитами. Isidori et al. продемонстрировали, что повышенный уровень лептина у мужчин с ожирением ведет к снижению секреции лютеинизирующего гормона – основного регулятора синтеза тестостерона.

Гипогонадизм у мужчин с МС может быть также следствием хронического воспаления, в связи с чем в клетках Лейдига наблюдается нарушение цепи трансформации холестерина под влиянием цитохрома P450 (за счет способности TNF-α и ИЛ-1 ингибировать стероидогенез, что ведет к уменьшению синтеза тестостерона). Увеличенная жировая масса как компонент МС (IDF, 2005) может вносить вклад в формирование гипогонадизма через ароматазную активность. Ароматаза – фермент жировой ткани, который участвует в необратимом преобразовании тестостерона в эстрогены (рис. 6).

Таким образом, имеется однозначная связь между МС и гипогонадизмом, а компоненты МС, в том числе такие, как хроническое воспаление, повышенный уровень лептина, эстрогенов и ароматазной активности вносят существенный вклад в развитие гипогонадизма у мужчин с МС.

МС и ЭД

Эрекция включает расширение пенильной артериальной сети, расслабление гладкомышечных трабекул и уменьшение венозного оттока, в результате чего происходит увеличение внутрика-

вернозного давления. Эти события обусловлены NO-циклическим гуанозинмонофосфатным механизмом (цГМФ).

NO синтезируется в эндотелии пенильных артерий и кавернозных синусов под влиянием неадренергических и нехолинергических нервов (NANC-система). Этот синтез катализируют NO-синтазы: эндотелиальная (eNOS) – более критический фактор в поддержании эрекции и нейрональная (nNOS) – наиболее критический фактор в инициации эрекции, происходит конверсия L-аргинина в NO, который впоследствии проникает в гладкомышечные клетки кавернозных тел, где активизирует гуанилат-циклазу, которая конвертирует гуанозин-5-трифосфат (ГТФ) в цГМФ. цГМФ уменьшает внутриклеточный уровень кальция, что ведет к гладкомышечному расслаблению сосудов и релаксации кавернозных тел. цГМФ деградирует под влиянием ФДЭ-5 кавернозных тел, что приводит к дегумесценции полового члена.

Несколько причин ведут к развитию ЭД при МС. В первую очередь, естественно, гипогонадизм, наблюдаемый при МС, ассоциация которого с сексуальной дисфункцией и ЭД хорошо известна (Corona et al.). Авторы показали, что чем ниже уровень тестостерона, тем тяжелее ЭД, более снижено половое влечение, а также уменьшено количество ночных эрекции и частота сексуальных контактов. Чем старше возраст мужчины, тем вклад гипогонадизма в развитие ЭД сильнее. Этими же авторами было продемонстрировано, что у мужчин старше 62 лет низкие уровни тестостерона коррелируют с уменьшенным пиком пенильной систолической скорости. Поскольку тестостерон увеличивает уровни экспрессии nNOS в кавернозных телах крыс, то гипогонадизм может приводить к уменьшению синтеза NO и прогрессированию ЭД (рис. 7).

Паракринное звено: Эндотелиальная и гладкомышечная клетки

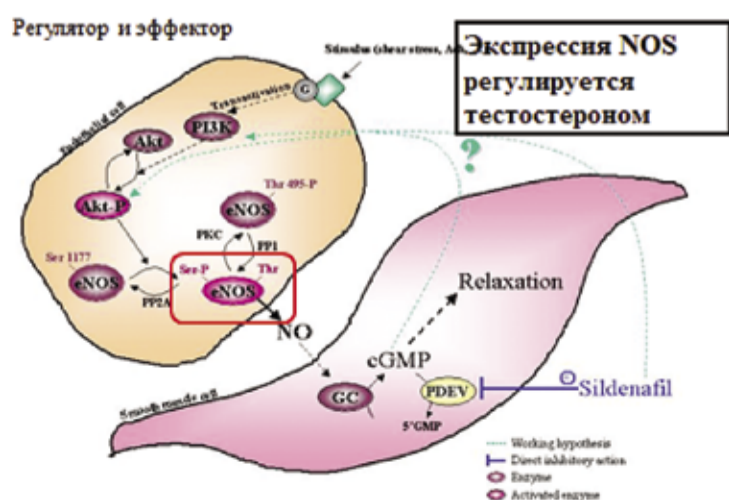


Рис. 7. Паракринное звено

Другой серьезной причиной ЭД при МС является атеросклеротическая болезнь, поскольку механизмы, нарушающие пенильную васкуляризацию, в данном случае одни и те же.

У мужчин старше 40 лет наличие артериальной васкулогенной ЭД было достоверно связано с ишемической болезнью сердца, диагностированной с помощью кардиологических провокационных тестов (рис. 8).

| Эректильная дисфункция и сердечно-сосудистые заболевания |
|--|
| Имеют одинаковые факторы риска развития, особенно возраст, АГ, дислипидемия |
| Установлена положительная корреляция между степенью выраженности ИБС и распространенностью ЭД |
| ЭД как сердечно-сосудистое заболевание |
| Лечение сердечно-сосудистых заболеваний может повлиять на развитие ЭД |
| Лечение ЭД оказывает влияние на лечение сердечно-сосудистых заболеваний: позитивное (качество жизни) и снижение риска осложнений |

Рис. 8. ЭД и сердечно-сосудистые заболевания

Мы проанализировали данные 12 825 мужчин в Integrated Healthcare Information Services National Managed Care Benchmark Database и показали в мультивариационном анализе, что мужчины с ЭД были почти вдвое чаще вероятными кандидатами для развития инфаркта миокарда, что **наглядно свидетельствует о необходимости системного подхода к лечению ЭД.**

Другие факторы риска атеросклероза, например предшествующее или текущее курение, также связаны с ЭД. Связь между ишемической болезнью сердца и ЭД не удивительна. Учитывая меньший размер пенильных сосудов относительно диаметра коронарных артерий, атеросклеротические повреждения прежде всего нарушают пенильный кровоток, поэтому симптоматическая ЭД может быть предшественником сердечно-сосудистых заболеваний.

Фактически многие исследователи говорят, что ЭД может служить маркером сосудистой болезни у мужчин, поэтому мы считаем, что необходимо раннее выявление ЭД (рис. 9). Имея в наличии уникальный класс препаратов – ингибиторов ФДЭ-5, мы считаем, что каждый мужчина должен периодически проводить **диагностический Виагра-тест** – самотестирование, и определять состояние эрекции с препаратом и без препарата. Если отмечается существенное улучшение эрекции при приеме препарата – необходимо выявлять причину ЭД и подходить системно к ее лечению, в том числе с применением ингибиторов ФДЭ-5 на регулярной основе.

Новая концепция курсового назначения ингибиторов ФДЭ-5 с целью лечения эндотелиальной дисфункции для предупреждения развития осложнений сердечно-сосудистых заболеваний – достаточно интересна, она полностью

ЭД – индикатор сердечно-сосудистых заболеваний



Рис. 9. ЭД – индикатор сердечно-сосудистых заболеваний

меняет наши старые представления об ингибиторах ФДЭ-5 в лечении ЭД как симптоматической терапии и переводит ее в патогенетическую терапию. Отрадно, что данная концепция уже нашла отражение в европейских рекомендациях по лечению артериальной гипертензии, однако мало кто из терапевтов и кардиологов используют этот уникальный класс препаратов не только в лечении артериальной гипертензии, но и в лечении ЭД. Более того, до сих пор в лечении артериальной гипертензии доминируют препараты, ухудшающие эрекцию, а следовательно – усугубляющие эндотелиальную дисфункцию, что на наш взгляд недопустимо (рис. 10)!

В 2 проведенных исследованиях с силденафилом (Виагрой) было показано, что регулярный прием Виагры в течение года позволяет не только полностью вылечить ЭД (после курсового лечения пациенты далее не нуждались в последующем приеме Виагры) в 83 % и 97 % случаев, но и уменьшить риск развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с ишемической болезнью сердца (рис. 11).

| Пересмотр европейских рекомендаций по лечению артериальной гипертензии: резолюция Европейского общества по артериальной гипертензии |
|---|
| Терапевтические цели при особых показаниях |
| Hypertension and erectile dysfunction |
| Erectile dysfunction is a prevalent condition in hypertensive patients and a predictor of future cardiovascular events. [Screening and treatment of erectile dysfunction improves management of cardiovascular risk factors. After initiating therapy with phosphodiesterase (PDE) 5 inhibitors, patients are more likely to take antihypertensive medication and BP control is improved [272]. Older antihypertensive drugs (diuretics, β-blockers, centrally acting) exert negative effects, whereas newer drugs have neutral or beneficial effects (calcium antagonists, ACE inhibitors, angiotensin receptor antagonists, nebivolol) [273]. |

Mancia et al. J. Hypertension 2009;27:2121–2158

Рис. 10. Пересмотр европейских рекомендаций по лечению артериальной гипертензии

Благодаря многочисленным исследованиям, продемонстрировавшим не только сердечно-сосудистую безопасность, но и положительное влияние на сердечно-сосудистую систему, силденафил (Виагра) введен в стандарт лечения ЭД у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (Медикаментозное лечение ЭД у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: Рекомендации, Согласительный комитет экспертов – участников международной конференции по сексуальной активности и сердечному риску, Принстонский университет, 1999 г. DeBusk et al. Am J Cardiol 2000;86:175–81). А препарат Ревазио (силденафил в дозировке 20, 40 и 80 мг перорально 3 раза в день) одобрен FDA и EMEA в 2005 г. для лечения легочной артериальной гипертензии в качестве монотерапии.

В дополнение к уменьшенному потоку крови, атеросклероз может фактически активно привести к структурным изменениям в половом члене. Лабораторные модели тазовой ишемии на животных выявили подобные структурные изменения в мочевом пузыре и простате, также как и в ткани полового члена. Атеросклероз, эндотелиальная дисфункция и другие факторы МС могут приводить к снижению активности NOS и впоследствии к ЭД. Yono et al. было показано, что у спонтанно гипертензивных крыс (SHR) уменьшалась пенильная циркуляция, что было связано с выраженным угнетением пенильных nNOS и eNOS и одновременным увеличением экспрессии инактивирующей (i)NOS по сравнению с крысами из группы контроля. Хроническое воспаление, наблюдаемое при МС, может также вносить вклад в этот процесс. Отмечается, что сывороточный уровень С-реактивного белка обратно связан с уровнем синтеза NO и непосредственно коррелирует с пенильной ишемией, оцененной по данным пенильной доплерографии. Повышение уровня iNOS, ассоцииро-

Окончание на стр. 4 ▶

Преодоление резистентности к ингибиторам ФДЭ 5-го типа у мужчин с метаболическим синдромом

◀ Окончание, начало на стр. 1



Рис. 11. Виагра: инфаркт миокарда и другие серьезные сердечно-сосудистые осложнения

ванного с ЭД, было предварительно выявлено на животных моделях, и его повышение было наиболее выраженным при повышении уровней ИЛ-1 β , ИЛ-6 и TNF- α .

В клинической практике врач может столкнуться с **необоснованной неэффективностью ин-**

гибиторов ФДЭ-5 у пациентов с ЭД на фоне МС в качестве монотерапии в связи с недостаточным синтезом NO, которая в большинстве случаев преодолима. Ингибиторы ФДЭ-5 – уникальный, крайне эффективный класс препаратов с известным механизмом действия, направленным на пролонгацию действия NO. Следовательно,

но, все мероприятия, направленные на усиление синтеза NO, будут повышать эффективность ингибиторов и восстанавливать, в ряде случаев, их эффективность.

В случае так называемой «резистентности» к ингибиторам ФДЭ-5 у всех мужчин с ожирением и МС необходимо определять:

- содержание тестостерона;
- окружность талии;
- содержание триглицеридов, липопротеинов низкой и высокой плотности;
- уровень HbA1c;
- показатели артериального давления и проводить комплексную терапию, прежде

всего направленную на ликвидацию андрогенного дефицита, до нормализации вышеперечисленных показателей (нормативные показатели приведены в таблице).

Прием ингибиторов, даже при их «неэффективности», не следует отменять. Напротив, целесообразно курсовое, в течение 2–3 месяцев, – независимо от желания близости – назначение препаратов в минимальных дозах и преодоление резистентности за счет устранения известных факторов, негативно влияющих как на половую функцию, так и на лечение ЭД, среди которых на первом месте стоит андрогенный дефицит.

Нормативные показатели некоторых составляющих МС, достижение которых повышает эффективность терапии ЭД ингибиторами ФДЭ-5

| Показатель | Норма |
|---|---|
| Окружность талии | мнение 94 см |
| Показатель артериального давления | САД \leq 130 и ДАД \leq 85 мм рт. ст. |
| Уровень HbA1c | мнение 6 % |
| Уровень липопротеинов высокой плотности | > 1,03 ммоль/л (40 мг/дл) |
| Уровень триглицеридов | < 1,70 ммоль/л (150 мг/дл) |

Новое в урологии

Нужен ли в России новый альфа-блокатор?

9 февраля 2012 г. в рамках конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии 2012» состоялся научный симпозиум компании Рекордати (Италия) «Силодозин – новый α -адреноблокатор для идеального счета в матче против ДГПЖ». В качестве лектора был приглашен проф. F. Montorsi (Италия), который выступил с докладом «Клинические преимущества нового α -адреноблокатора силодозина». Председателями симпозиума выступили ведущие урологи России – чл.-корр. РАМН, проф. О.Б. Лоран, проф. О.И. Аполихин, проф. Д.Ю. Пушкарь, проф. Б.К. Комяков.

F. Montorsi рассказал об особенностях силодозина, который является новым и самым уроселективным α -блокатором. Особый акцент был сделан на безопасности силодозина в отношении сердечно-сосудистой системы. Силодозин в гораздо большей степени связывается с α_{1A} -адренорецепторами мочевыводящих путей, чем с α_{1B} -адренорецепторами сосудистого русла, которые опосредуют тонус гладких мышц сосудов. Поэтому силодозин оказывает минимальное влияние на артериальное давление. Селективность силодозина в отношении α_{1A} -адренорецепторов в 162 раза выше, чем селективность в отношении α_{1B} -адренорецепторов, и в 55 раз выше, чем селективность в отношении α_{1D} -адренорецепторов (у тамсулозина эти показатели равны 10 раз и 2,5 раза соответственно). Силодозин может сочетаться с ингибиторами фосфодиэстеразы 5-го типа (тадалафил, силденафил) и антигипертензивными препаратами, что особенно значимо для пожилых пациентов.

По силодозину было проведено несколько фундаментальных исследований, в которых принял участие 1581 пациент. Исследования отличались по дизайну. Так, европейское исследование III фазы IT-CL 0215-DV включало 3 группы пациентов – группу, получавшую 8 мг силодозина; группу, получавшую 0,4 мг тамсулозина, и группу плацебо. Это исследование состояло из 12-недельной рандомизированной двойной

слепой плацебо- и активно-контролируемой фазы и 40-недельной открытой расширенной фазы. Два американских исследования III фазы SIO4009 и SIO4010 включали группу получавших силодозин в дозе 8 мг и группу плацебо. Каждое американское исследование включало рандомизированную двойную слепую фазу и открытую расширенную фазу. Основной конечной точкой для всех исследований было изменение общей оценки по шкале IPSS на 12-й неделе по отношению к исходному уровню. Результаты европейского исследования показали, что силодозин приводил к улучшению общей оценки по шкале IPSS и при постоянном приеме это улучшение сохранялось в течение 1 года терапии. Также силодозин не увеличивал риск возникновения ортостатической гипотензии даже при одновременном применении с антигипертензивными препаратами. Результаты американских исследований подтвердили, что силодозин приводил к статистически достоверному, быстрому (через 3–4 дня после начала приема) и стойкому снижению баллов по шкале IPSS в отношении симптомов опорожнения и наполнения в сравнении с плацебо. Улучшение Q_{max} наблюдалось уже через 2–6 часов после приема силодозина и было статистически достоверным в сравнении с плацебо. Затем преимущества силодозина были продемонстрированы в разборе клинических случаев, представленных ассистентом кафедры урологии МГМСУ доцентом А.В. Говоровым.

Симпозиум завершился выступлением Главного уролога Минздрава России проф. Д.Ю. Пушкаря, который положительно ответил на вопрос – нужен ли в России новый α -блокатор для лечения ДГПЖ? Это утверждение было поддержано голосованием – почти все участники симпозиума подняли руки в знак согласия с мнением профессора.

Материал подготовила
В. Шадёркина,
врач-уролог

УРОРЕК®

Силодозин 4мг; 8мг

Учащенное мочеиспускание

Никтурия

Чувство неполного опорожнения мочевого пузыря

Качество жизни

ДЛЯ ИДЕАЛЬНОГО СЧЕТА в матче против ДГПЖ

УРОРЕК® является наиболее уроселективным альфа-блокатором. УРОРЕК® способствует облегчению симптомов ДГПЖ, повышает уровень качества жизни пациентов.

- ✓ САМЫЙ УРОСЕЛЕКТИВНЫЙ АЛЬФА-БЛОКАТОР НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ^{1,2,3}
- ✓ БОЛЕЕ ВЫСОКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ В ОТНОШЕНИИ СИМПТОМОВ, ВЫЗЫВАЮЩИХ НАИБОЛЬШЕЕ БЕСПОКОЙСТВО У ПАЦИЕНТОВ (одновременно учащенное мочеиспускание, никтурия и чувство неполного опорожнения мочевого пузыря), по сравнению с тамсулозином⁴
- ✓ ДОКАЗАННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ В ОТНОШЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ^{4,5}

1. Takemoto S et al. Yohogaku Zasshi 2006; 126: 209-210.
2. Schone DA. Andrologie 2002; 11: 193-196.
3. Lopez H. Rev Urol 2009; 11: 58-515.
4. Montorsi F. Eur Urol Suppl 2010; 9: 491-495.
5. Sildenafil Integrated Summary of Safety, September 2008, data on file.

ООО «РусФика», Москва,
Краснопресненская набережная, 12, ЦМТ, офис 747
Тел./факс: +7 495 258 20 06, www.rusfic.ru

Для медицинских работников и специалистов здравоохранения.

Европейская ассоциация урологов: возможности для российских специалистов



**Игорь
Алексеевич
Корнеев**

Д.м.н., профессор кафедры урологии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, председатель комитета по работе с членами EAU
iakomeyev@yandex.ru

Европейская ассоциация урологов (EAU) в настоящее время является крупнейшей международной профессиональной организацией, объединяющей более 16 000 врачей из 126 стран мира. Членство в EAU открыто не только для профессионалов-урологов, но также и для молодых врачей, которые еще только получают последипломную специализацию по урологии, врачи других специальностей и медицинских сестер урологической профессии. На протяжении четырех десятков лет, прошедших после основания EAU, в ней была создана мощная, многокомпонентная и эффективно работающая структура, нацеленная на повышение уровня оказания урологической помощи в Европе и за ее пределами. Российские урологи используют предоставленные EAU возможности обучения, выполнения научно-исследовательской работы и обмена профессиональными знаниями. По данным на сентябрь 2011 г. в EAU состояло 450 россиян, что составляет около 7 % от всего числа урологов нашей страны.

Обучение и научные исследования

В связи с непрерывным обновлением знаний во всех разделах урологической науки и практики обязательным условием сохранения высокого профессионализма врачей и гарантом качества оказанной ими медицинской помощи является продолжающееся после окончания учебных заведений медицинское обучение (Continuing Medical Education – CME). Такая система для стран Европейского союза – EU-ACME – была разработана и внедрена EAU совместно с Европейским советом по урологии. Ее участники – врачи-урологи европейских государств, принимающие участие в различных аккредитованных курсах, форумах, отвечая на контрольные вопросы тестовых заданий после прочтения рекомендованных статей или ознакомления с рекомендованными материалами сайта, получают необходимые для подтверждения квалификации баллы.

Для распространения теоретических знаний среди врачей-урологов и получения ими практических навыков в EAU работает Европейская школа урологии. Курсы школы по всем разделам урологии проводят во время работы конгрессов EAU; с годами их число возрастает, и в 2011 г. делегаты 26-го Конгресса EAU в Вене могли выбирать из 38 наименований. Обычно занятия проходят в течение 2–3 часов в виде интерактивных дискуссий и пользуются большим спросом, в связи с чем рекомендуется заблаговременная регистрация. Кроме того, по предварительным заявкам тематические курсы школы могут быть организованы во время проведения встреч урологов национальных ассоциаций. Так, они неоднократно были включены в программу заседаний съездов и пленумов правления Российского общества урологов. Европейская школа урологии также проводит мастер-классы – по медикаментозному лечению больных со злокачественными новообразованиями, по женской и функциональной реконструктивной урологии и по 9 основным разделам урологии с привлечением европейских

и американских лекторов – ESU-Weill Cornell в Зальцбурге. Учащимся, проходящим последипломное обучение по урологии, будет интересно принять участие в специально разработанной для них программе EUREP (European Urology Residents Education Programme), которая ежегодно в течение недели проходит в Праге. В нее включены 5 модулей, последовательно осваиваемые обучающимися, они состоят из лекций, семинаров с обсуждением, практических курсов по мануальным навыкам применения лапароскопических инструментов. В заключение курсантов ждет экзамен, успешное прохождение которого является обязательным условием для работы урологом в ряде европейских стран. Опыт пробного проведения такого экзамена в нашей стране позволяет рассматривать его в качестве удобного инструмента определения соответствия знаний испытуемых европейским стандартам.

EAU широко применяет передовые информационные технологии для обучения. На сайте ассоциации размещены презентации слайдов с текстовыми комментариями и блоками контрольных вопросов, правильные ответы на которые позволяют получить баллы для программы EU-ACME. Сопровождение методических указаний такого рода выдержками из соответствующих классических и недавно опубликованных работ ведущих специалистов и иллюстрациями позволило значительно повысить их информативность и получило название пространственного обучения. На сайте также размещены фрагменты оперативных вмешательств, позволяющие получить представление о современной хирургической технике. Для тех, кто предпочитает воспринимать информацию на слух, в одном из разделов сайта EAU есть доступ к аудиопрезентациям статей, в последнее время появившихся в различных урологических журналах.

Понимание необходимости взаимного обмена опытом и образовательными ресурсами для внедрения инноваций привело к созданию EAU в 1992 г. нескольких программ стипендиального фонда (EUSP), которые позволяют обеспечить стипендиями исследователей для проведения фундаментальных, клинических или экспериментальных работ в течение 1 года (S); врачей-исследователей для проведения клинических исследований в течение 1 года (CRF); врачей, планирующих посетить другие клиники на срок от 6 недель до 3 месяцев (CV); врачей, планирующих посетить другие клиники на срок, не превышающий 3 недель (SV), и профессоров с программами пребывания не более 4 дней (ViPP).

За организацию фундаментальной и клинической научно-исследовательской работы в EAU отвечают соответствующие комитеты. Их задачами являются координация исследовательской деятельности различных научных центров, инициирование и организация проведения клинических исследований и научных проектов, а также распространение информации о результатах этих исследований среди европейских урологов. Для решения этих задач EAU привлекает молодых специалистов, заинтересованных в научной работе, обеспечивает им стипендии, гранты и предоставляет, в том числе, и открытые в настоящее время вакансии.

Публикации

Все члены EAU имеют подписку на официальный журнал EAU – Европейская урология (European Urology), выходящий с 1975 г. В 2010 г. тираж журнала превысил 20 000 экземпляров, а индекс цитирования (импакт-фактор, IF) составил 8,843, что в несколько

раз превышает аналогичные показатели других журналов по урологии. Ежегодно в редакцию журнала поступает более 2000 рукописей, однако лишь 10 % из них отбирают для публикации. Обязательным условием для принятия статьи является экспертная оценка тремя-восемью признанными специалистами по соответствующему разделу урологии и биостатистике. С номерами журнала можно ознакомиться в Интернете, они четко структурированы и посвящены всем разделам урологии; отдельно выделены материалы, которые редакция считает приоритетными для ознакомления (Platinum priority). Наиболее ценные для практикующих урологов публикации обозначены символикой EU-ACME. Изучение этих статей и последующие ответы читателей на контрольные вопросы, размещенные в соответствующем разделе сайта журнала, являются одной из основных форм непрерывного повышения квалификации врачей, работающих в странах Европейского союза. Кроме того, сайт журнала позволяет осуществить доступ к архиву ранее опубликованных номеров и оснащен удобной системой поиска нужных статей по ключевым словам, дате публикации, индексу цитирования и т. д. Другим, не менее информативным направлением работы редакции журнала является подготовка и выпуск приложений (supplements), в которых публикуют и размещают на сайте тезисы принятых к презентации на конгрессах EAU докладов или тематические подборки статей категории EU-ACME по различным разделам урологии. Сайт журнала также предоставляет доступ к видеозаписям оперативных вмешательств при различных урологических заболеваниях (surgery in motion) в исполнении ведущих европейских урологов, в том числе с использованием лапароскопических и робот-ассистирующих инструментов.

С 1991 г. EAU выпускает иллюстрированный информационный бюллетень – Европейская урология сегодня (European Urology Today), который выходит 6 раз в год и распространяется тиражом 15 000 экземпляров. В нем публикуют новости EAU, интервью, результаты исследовательских работ, обзорные статьи, случаи из практики и т. д. В последнее время в нем все чаще появляются материалы российских специалистов.

Большим спросом среди урологов России пользуются рекомендации (Guidelines) EAU по диагностике и лечению больных с различными урологическими заболеваниями. Они представлены на сайте EAU без ограничения доступа, а с 2011 г. в том числе и на русском языке в полном варианте. Для того чтобы рекомендации соответствовали самым современным научным представлениям, в EAU непрерывно ведут подготовку очередных версий по 19 различным направлениям урологии и приглашают к сотрудничеству все большее число компетентных и готовых уделить этой работе время урологов. Сегодня над следующей редакцией рекомендаций работают более 160 врачей-специалистов из разных стран, в том числе 1 – из России.

Встречи

На сайте EAU можно ознакомиться с календарем интересных для урологов мероприятий, запланированных во всех странах мира на ближайшие 5 лет. В нем отдельно отмечены встречи, организованные EAU, и курсы Европейской школы урологии, сопровождающие проведение встреч национальных ассоциаций урологов.

Основным мероприятием года для EAU является конгресс, который в последние годы

посещают более 13 000 делегатов. Очередной, 27-й Конгресс будет проходить в Париже 24–28 февраля 2012 г. В его программу включены пленарные заседания, тематические конференции, в том числе по материалам, представленным в виде плакатов и видеопрезентаций. Несмотря на сравнительно высокий порог соответствия многим российским специалистам удастся представлять свои материалы и выступать на заседаниях конгресса. В рамках EAU работает 11 секций, посвященных различным направлениям в урологии, каждая из секций проводит свои заседания. До начала официальной церемонии открытия обычно проходят заседания с участием представителей урологических сообществ, работающих за границами Европы: китайской, корейской, арабской, японской, индийской, иранской, панафриканской, индонезийской и других ассоциаций урологов.

В течение года встречи урологов проходят также при содействии секций EAU – андрологической урологии, онкологической урологии, исследований в урологии, диагностике в урологии и т. д. Как правило, их организуют ежегодно в разных городах и странах, чтобы ознакомить с передовыми знаниями в соответствующих разделах урологии как можно большее число специалистов на местах и дать им возможность поделиться собственным опытом. В 2011 г. в Санкт-Петербурге впервые проходил Конгресс секции андрологической урологии EAU.

По инициативе представителей ряда европейских стран EAU на протяжении многих лет были организованы и проведены по территориальному признаку встречи урологов стран Центральной Европы, Юго-Восточной Европы и Северо-Восточной Европы. Эти конференции в основном рассчитаны на участие молодых специалистов и позволяют им представить свои работы и приобрести необходимый для будущего опыт публичных выступлений, дискуссий, установить профессиональные контакты. К сожалению, в связи с небольшим числом делегатов от проведения встречи урологов Северо-Восточной Европы в 2011 г. было решено отказаться. Возможно, что появление значительного числа российских урологов, заинтересованных в участии в подобной конференции, позволит рассмотреть вопрос о возобновлении ее проведения, в том числе и в России.

Членство

Вступить в EAU легко – это можно сделать на сайте www.uroweb.org, последовательно заполнив предложенные формы и оплатив членские взносы в размере 120 и 50 евро для врачей-урологов и врачей, проходящих последипломную подготовку по урологии, соответственно. Все более распространенной становится практика коллективного вступления в EAU представителей национальных урологических научных обществ. Это стало возможным и для россиян, так, в 2012 г. к EAU присоединились все проходящие обучение по урологии члены Санкт-Петербургского общества урологов им. С.П. Федорова. Такой подход позволяет EAU предоставлять льготы по уплате членских взносов.

Таким образом, EAU сегодня в полной мере открывает всем своим членам широкие возможности по совершенствованию профессиональной подготовки. Участие в работе EAU может стать хорошей школой для молодых специалистов, а опытным врачам позволяет осуществить интеграцию в международную профессиональную среду урологов.

Субспециальности в Европейской ассоциации урологов



**Дина
Бедретдинова**

Секретарь Европейского общества резидентов урологии (ESRU), заочный аспирант ФГБУ НИИ урологии Минздрава России

dynein@narod.ru

Организационная структура Европейской ассоциации урологов (EAU) состоит из 4 ветвей: управление, наука, образование и связи с общественностью.

В научной части выделяется так называемый Section Office, целью которого и является развитие специализированных комитетов, представляющих различные суб- и супраспециальности в урологии (sub and super-specialistic fields of urology). В настоящий момент существуют уже более 10 комитетов, которые отражают различные направления. Председателем Section Office является L. Martinez-Piñero, Мадрид (Испания).

Основные плюсы такой структуры – экспертиза, разнообразие, конкретная тематическая направленность участников. В структуре EAU данные комитеты представляют собой удобную платформу для специалистов по конкретным тематикам, ориентированную на сотрудничество. Комитеты создают для урологов возможность встреч и обмена опытом с единомышленниками, возможность запускать многие амбициозные проекты, проводить образовательную деятельность.

Рассмотрим подробнее каждый научный комитет.

ESFFU – EAU Section of Female and Functional Urology (Научный комитет женской и функциональной урологии). Председатель – J. Heesakkers, Nijmegen (NL).

ESFFU была основана в 2008 г. в результате слияния Европейского общества нейроурологов (ESNU) и Европейского общества женской урологии. Целью работы ESFFU является обеспечение самых современных стандартов научных исследований, диагностики и лечения функциональных нарушений и тазовых расстройств у женщин.

В деятельности ESFFU можно выделить:

- поощрение новых разработок в этой области, в том числе диагностики и лечения ряда заболеваний – синдрома гиперактивного мочевого пузыря, стрессового недержания мочи, дисфункционального мочеиспускания и проблем опорожнения мочевого пузыря;
- сотрудничество с другими обществами – EAU, ESU, EBU – для создания современной европейской программы обучения по данной субспециальности;
- сотрудничество с международными организациями в различных совместных проектах;
- стимуляция проведения фундаментальных и клинических исследований;
- поощрение совместных клинических и фундаментальных исследований специфических мужских и женских функциональных урологических проблем;
- организация деятельности по распространению знаний и прогрессивных технологий в женской и функциональной урологии;
- обеспечение прочного этического сотрудничества с другими организациями в области женской и функциональной урологии – организациями и ассоциациями пациентов, медицинской промышленностью, правительственными и неправительственными организациями.

ESGURS – EAU Section of Reconstructive Urology Surgeons (Научный комитет реконструктивной хирургической урологии). Председатель – S. Deger, Berlin (DE).

Основной миссией этого научного комитета является контакт между ведущими специалистами в области реконструктивной урологии и молодыми урологами, заинтересованными этой субспециальностью. Члены комитета считают, что реконструктивная хирургия мочевого тракта требует максимума усилий и является одной из самых сложных в области урологии.

ESGURS поддерживает создание и развитие методов как эндоскопической, лапароскопической, так и роботизированной хирургии для реконструктивных операций, как современных и минимально инвазивных вариантов вмешательств.

ESGURS также планирует проведение многоцентровых исследований в области реконструктивной хирургии.

ESTU – EAU Section of Transplantation Urology (Научный комитет трансплантологии в урологии).

Председатель – M. Giessing, Düsseldorf (DE).

Комитет по трансплантации в урологии стремится к налаживанию контактов между ведущими специалистами в области трансплантологии почки и молодыми урологами, интересующимися этой областью медицины. Члены комитета считают, что в настоящее время трансплантация почек не может быть оптимально выполнена без участия урологов. Кроме того, ESTU продвигает инициативы по клиническим и фундаментальным исследованиям во всех областях трансплантации почек и способствует организации встреч всех специалистов, участвующих в этой субспециальности (урологов, нефрологов, микробиологов, координаторов трансплантации почки и т. д.).

В активной деятельности этого научного комитета можно выделить:

- мотивирование урологов заниматься трансплантацией почек, что включает в себя урологический осмотр перед пересадкой, подготовку потенциальных реципиентов и решение урологических проблем до и после трансплантации;
- совершенствование и стандартизация хирургических методов, применяемых как для доноров, так и для реципиентов;
- привлечение внимания к психологическим и социальным вопросам, касающимся жертвования почки (в том числе живых доноров) и реципиентов;
- расширение сотрудничества с другими организациями, участвующими в трансплантации почки, для обеспечения лучшей медицинской помощи в этой области;
- организация обучения всем аспектам трансплантации почки для врачей-урологов и других лиц, интересующихся этой областью урологии;
- стимулирование и поддержка клинических и научных исследований в области трансплантации почки;
- сотрудничество и обмен опытом с другими комитетами EAU и EBU, с национальными и международными обществами трансплантации;
- гранты и координация исследований в области трансплантации почки, в том числе исследования по иммуносупрессии;
- разработка и обновление руководств по почечной трансплантации;
- стипендии EAU для посещения программы по пересадке почки для партнеров ESTU;
- образовательный Календарь основных совещаний и съездов;
- предоставление редакторских обзоров статей и книг по пересадке почек от членов комитета ESTU и/или приглашенных профессоров;
- обеспечение доступности темы ESTU на ежегодных встречах.

ESUT – EAU Section of Uro-Technology (Научный комитет по уротехнологиям). Председатель – J. Rassweiler, Heilbronn (DE).

Научный комитет по уротехнологиям (ESUT), был основан в 1999 г. в качестве одного из первых научных комитетов EAU, чтобы стать платформой для всех европейских эндоурологов в качестве аналога эндоурологического общества. ESUT предоставляет широкий спектр научных и образовательных мероприятий с сообщениями о последних технологических разработках и обучением стандартизированным методом на основе опыта экспертов ESUT.

Деятельность этого комитета включает в себя:

- проведение live-операций на ежегодном Конгрессе EAU;
- проведение практических занятий по лапароскопии и уретероскопии на утвержденных моделях обучения (в сотрудничестве с Европейской школой урологии);
- выпуск видеоматериалов, демонстрирующих основные и продвинутые эндоурологические и лапароскопические методы;
- проведение встреч на конгрессах национальных эндоурологических обществ;
- проведение мастер-классов в лапароскопии, эндоурологии и робототехнике (в сотрудничестве с Европейской школой урологии);
- проведение сессий и лекций на важных эндоурологических встречах (World Congress of Endourology, Engineering Urologic Society, Challenges in Laparoscopy, European Robotic Urologic Society, Focal Therapy Meeting);
- стипендиальные программы (в сотрудничестве с EUSP);
- написание статей в European Urology и European Urology Today.

ESAU – EAU Section of Andrological Urology (Научный комитет по андрологической урологии). Председатель – V. Mirone, Naples (IT).

Миссия ESAU:

- поощрение всех исследований в андрологии, как фундаментальных, так и клинических, различных аспектов теоретического образования и практической подготовки;
- взаимодействие и тесное сотрудничество с Европейской академией андрологии (ЕАА);
- проведение совместных семинаров и учебных программ;
- разработка общеевропейской образовательной программы по андрологии;
- продвижение и совершенствование методов лечения, распространение современных технологий;
- поощрение совместных проектов между врачами-андрологами и урологами;
- активное участие в текущих европейских образовательных программах;
- разработка учебных практических программ;
- объединение клинических стажеров в общие исследовательские группы.

В деятельности ESAU можно выделить следующие аспекты:

- предоставление специалистам новейших знаний в области андрологии, охватывающих различные специальности, такие как урология, эндокринология и сексология;
- организация ежегодных встреч в дополнение к встрече членов комитета и всех заинтересованных врачей-урологов на ежегодном конгрессе EAU;
- координация программы подготовки специалистов по андрологии (совместная европейская программа обучения – Joint European Training Programme).

ESIU – EAU Section of Infections in Urology (Научный комитет по инфекциям в урологии). Председатель – T. Bjerklund Johansen, Aarhus (DK).

Миссия ESIU направлена на поощрение научных исследований в области инфекций в урологии; улучшение профилактики и оптимизации лечения острого или хронического воспалительного

процесса мочевых путей; внебольничных и больничных приобретенных (внутрибольничных) мочеполовых инфекций. ESIU поощряет научные исследования и обзор доказательств для диагностики и лечения инфекций и воспалений в мочевых путях и мужской половой системе. Члены комитета выступают за то, чтобы стимулировать перспективные исследования и разработку руководств, основанных на лучших исследованиях. ESIU призывает всех европейских врачей-урологов к участию в своей работе, организуя научные заседания и дискуссионные форумы на национальных и международных встречах. Так же именно ESIU инициирует ключевое ежегодное исследование глобального распространения и клинического лечения инфекций мочевыводящих путей; глобальное исследование распространенности инфекции в урологии (GPIU), к участию в котором приглашаются все урологи.

ESOU – EAU Section of Oncological Urology (Научный комитет по онкоурологии). Председатель – M. Brausi, Modena (IT).

ESOU стремится активизировать просветительскую деятельность для того, чтобы повысить уровень образования и стандарты онкоурологического лечения пациентов.

В деятельности этого комитета по онкологической урологии можно выделить следующие аспекты:

- содействие в подготовке медицинских и хирургических руководств;
- организация интерактивных научных конференций;
- содействие в междисциплинарном сотрудничестве, благодаря организации лекций о современном состоянии онкоурологии, семинаров и онлайн-трансляции операций;
- сотрудничество с промышленностью по разработке и оценке новых препаратов для лечения злокачественных новообразований;
- сотрудничество с европейскими национальными обществами с целью создания общеевропейского контроля качества и обеспечения наилучшими методами медицинской помощи в этой области.

ESUI – EAU Section of Urological Imaging (Научный комитет по визуализации в урологии).

Председатель – J. Walz, Marseille (FR).

Работа научного комитета по урологической диагностической визуализации направлена на повышение знаний о методах визуализации среди врачей-урологов и улучшение их сотрудничества с рентгенологами. ESUI организует встречи для обсуждения проблематики урологической визуализации на различных мероприятиях в Европе на регулярной основе.

EULIS – EAU Section of Urolithiasis (Научный комитет по мочекаменной болезни). Председатель – P. Osther, Fredericia (DK).

Комитет по мочекаменной болезни создан для содействия развитию знаний, обследования и лечения мочекаменной болезни, а также развитию диалога, исследований, образования и подготовки кадров во всех аспектах лечения мочекаменной болезни.

ESUP – EAU Section of Uro-pathology (Научный комитет по уропатологии).

Председатель – A. López Beltrán, Cordoba (ES).

Научный комитет по проблемам уропатологии организует совещания по клинико-патологическим темам и для разработки минимальных стандартов для урологической патологоанатомической диагностики.

В деятельности этого комитета можно выделить следующие аспекты:

- организация научного и практического диагностического сотрудничества с врачами-урологами;
- организация курсов повышения квалификации в урологической патологоанатомической диагностике для патологов;

Окончание на стр. 7 ▶

Встреча онкоурологов в Санкт-Петербурге



**Нариман
Казиханович
Гаджиев**

К.м.н., врач-уролог
ФГБУ ВЦЭРМ
им. А.М. Никифорова
МЧС России
gadzhiev@mchs-uro.ru

2 декабря 2011 г. в новой клинике № 2 Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России прошла ежегодная конференция Российского общества онкоурологов в Северо-Западном федеральном округе.

В конференции приняли участие более 150 врачей-урологов и онкологов из различных регионов России, а также из Белоруссии, Украины, Казахстана и Латвии. Ведущие российские специалисты выступили с докладами по различным направлениям онкоурологии, основной целью которых явилась систематизация современных представлений о диагностике и лечении злокачественных заболеваний органов мочеполовой системы.

Нельзя не отметить особый вклад в организацию и работу конференции компаний – производителей медикаментов и медицинского оборудования. Особый интерес вызывали стенды лидеров фарминдустрии в области урологии и онкоурологии. Участие в конференции приняла компания Руссэндо, представившая эндоскопическое, эндохирургическое оборудование и инструменты.

Открыл мероприятие директор ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России проф. Сергей Сергеевич Алексанин. В своем приветственном слове он отметил, что настоящая конференция, являясь первой во вновь построенном центре, символически открыла череду будущих научно-практических встреч. Директор ВЦЭРМ также особо подчеркнул необходимость тесной кооперации между смежными специалистами, вовлеченными в лечение онкоуро-

логических заболеваний, а именно урологов, онкологов, лучевых и химиотерапевтов.

Научную программу конференции открыла секция, посвященная лечению рака предстательной железы (РПЖ). Первыми с докладами выступили доцент кафедры урологии ВМА им. С.М. Кирова Р.А. Елоев и к.м.н., руководитель отделения патоморфологии РНЦРХТ А.И. Урбанский. Доклады широко раскрыли тему как современной диагностики и стадирования, так и патоморфологической оценки операционного материала и биоптатов при РПЖ.

Доклад проф., зав. кафедрой урологии РостГМУ М.И. Когана был посвящен стандартам и современным тенденциям в радикальном лечении РПЖ. В своем докладе М.И. Коган отметил растущую тенденцию использования хирургического метода лечения местнораспространенной формы РПЖ.

Особый интерес вызвал доклад д.м.н., зав. курсом онкоурологии кафедры урологии ФПКМР РУДН Б.Я. Алексеева, в котором было показано место и значение адьювантной гормональной терапии после радикальной простатэктомии, отмечено увеличение раково-специфической и общей выживаемости у пациентов с положительным хирургическим краем после радикальной простатэктомии.

Проблеме гормонального лечения метастатического РПЖ был посвящен доклад проф., зав. клиникой урологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина В.Б. Матвеева. Было отмечено, что с появлением новых препаратов и завершением их клинических испытаний возможно значительное увеличение продолжительности и качества жизни больных метастатическим РПЖ. Все же остается неясным вопрос о сроках начала гормональной терапии у пациентов с метастатическим РПЖ и отсутствием симптомов заболевания.

Следующую секцию, посвященную современной диагностике, стадированию, а также терапии опухолей яичка, в своих докладах осветили к.м.н., зав. отделением онкоурологии НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова А.К. Носов и проф., главный онколог клинической больницы № 122 г. Санкт-Петербурга Р.В. Орлова. А.К. Носов ознакомил с основными статисти-



Президиум конференции

ческими данными по заболеваемости раком яичка в Северо-Западном федеральном округе и отметил недостаточную осведомленность и настроенность в диагностике этой патологии среди урологов амбулаторного звена, что приводит к более поздней выявляемости и, как следствие, к увеличению стадии заболевания на момент начала лечения.

Проф., зав. кафедрой урологии СпбГМА им. И.И. Мечникова Б.К. Комяков, открыв секцию по раку почки, поделился опытом и результатами органосохраняющего хирургического лечения локализованных форм опухолей почки, указав на лучшие результаты общей и раково-специфической выживаемости по сравнению с радикальной нефрэктомией. Подводя итог, докладчик отметил, что парциальная нефрэктомия должна быть операцией выбора при лечении локализованных форм рака почки.

Возможностям лекарственной терапии метастатического рака почки были посвящены доклады д.м.н. Б.Я. Алексеева и проф. кафедры урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова А.З. Винарова. Появление и клиническое применение новых препаратов для таргетной терапии метастатического рака почки открыло новые возможности в лечении пациентов с метастатическим раком почки, однако поиск оптимального препарата или их комбинации в настоящее время остается наиболее важным направлением.

Одну из актуальнейших секций, касающуюся рака мочевого пузыря (РМП), открыл доклад к.м.н. А.К. Носова «Современные взгляды на стандарты диагностики и стадирования рака мочевого пузыря». С ухудшением экологической обстановки и большой распространенностью курения среди населения заболеваемость РМП, к сожалению, имеет тенденцию к росту, что требует более ранней диагностики и своевременного лечения. Эти задачи не могут быть достигнуты без применения более точных методов скрининга и широкого охвата скринингом групп риска. Проблема стади-

рования при РМП остается актуальной, так как имеющиеся неинвазивные методы лучевой диагностики не позволяют достичь высокой достоверности установления стадии, особенно при небольших размерах опухоли.

Методам улучшения результатов трансуретральной резекции мочевого пузыря был посвящен доклад к.м.н., врача-уролога клиники № 2 ВЦЭРМ МЧС России В.Д. Короля. По мнению докладчика, повторная трансуретральная резекция имеет высокую значимость как в диагностике, так и в лечении локализованных форм РМП. Повторная резекция позволяет увеличить радикальность лечения поверхностных форм РМП, а также уменьшить частоту ранних и поздних местных рецидивов, что в конечном итоге должно увеличить общую и безрецидивную выживаемость.

Возможностям органосохраняющего лечения при мышечно-инвазивном РМП было посвящено выступление проф., зав. отделением урологии ВЦЭРМ МЧС России С.Б. Петрова. Несмотря на то что радикальная цистэктомия является «золотым стандартом» в лечении мышечно-инвазивного РМП, определенные группы пациентов имеют хорошие результаты после органосохраняющих методов лечения, не уступающие результатам радикальных методов. Основные усилия исследователей направлены на тщательный отбор групп пациентов, подходящих для органосохраняющего лечения, и на подбор оптимальной комбинации нехирургических методов лечения.

В рамках отчета невозможно рассказать обо всех выступлениях. Доклады, представленные на конференции, отличались новизной, индивидуальностью, уникальностью и высоким теоретико-практическим значением. Надеемся, что конференция, проведенная в клинике № 2 ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России, будет не последней в череде научно-практических мероприятий, посвященных проблемам онкоурологии.

руссэндо

Эндохирургическое
оборудование
и инструменты

ООО «РУССЭНДО»

Эндоскопическое, эндохирургическое оборудование и инструменты немецких фирм
– KARL STORZ GmbH & Co.KG
– ERBE Elektromedizin GmbH
– Dufner Instrumente GmbH
– Kurz GmbH
Поставки оборудования для фотодинамической диагностики опухолей мочевого пузыря.
Акции по замене эндоскопов и инструментов.

119334, г. Москва, ул. Косыгина, д. 4. Тел./факс: +7 (495) 651-20-11, +7 (499) 137-51-54. E-mail: russendo@orc.ru
www.russendo.ru

Общество

Субспециальности в Европейской ассоциации урологов

◀ Окончание, начало на стр. 6

- представительство европейской уропатологии в комитетах по международной классификации и стадированию.

ESUR – EAU Section of Urological Research (Научный комитет по исследованиям в урологии). Председатель – А. Bjartell, Malmö (SE).

Миссией ESUR является содействие научным исследованиям в области урологии и смежных областях.

Основная деятельность служат:

- содействие координации экспериментальных исследований в области урологии и смежных областях;
- предоставление форума для представления и обсуждения основных научных вопросов, связанных с урологией;
- разработка образовательных форумов, касающихся научных достижений, относящихся к области урологии;
- поощрение совместных исследований ученых, с акцентом на обмен опытом между клиницистами и учеными.

Помимо вышеперечисленных комитетов, партнерами EAU являются:

- EORTC-GU – genitourinary group of European Organisation for Research and Treatment of Cancer (группа по мочеполовым заболеваниям в Европейской организации по исследованию и лечению рака);
- ESPU – European Society for Paediatric Urology (Европейское общество детских урологов);
- URS – Urological Research Society (Урологическое исследовательское общество);

- ECCO – European CanCer Organisation (Европейская онкологическая организация).

Работа всех перечисленных комитетов, несмотря на упоминание о субспециализации, часто носит многопрофильный характер.

Многие проекты являются результатом совместных усилий различных научных комитетов и других подразделений структуры EAU, например, Европейской школы урологии (ESU) и Стипендиальной программы европейской урологии (EUSP).

3-й Европейский конгресс: стирая границы и объединяя профессиональные интересы



**Старкова
Евгения
Леонидовна**

Начальник отдела коммуникаций Европейской ассоциации урологов
e.starkova@uroweb.org

На 3-м Европейском мультидисциплинарном конгрессе по раку мочеполовой системы (EMUC) было затронуто большое количество противоречивых вопросов в онкоурологии и представлена новая информация по важным направлениям, что создает почву для налаживания взаимодействия между различными дисциплинами.

Конгресс, организованный Европейской ассоциацией урологов (EAU), Европейским обществом медицинских онкологов (ESMO) и Европейским обществом по лучевой терапии и онкологии (ESTRO), прошел 4–6 ноября 2011 г. в Барселоне (Испания). На мероприятии собралось более 900 участников, представителей профессорско-преподавательского состава и различных компаний.

«EMUC стал результатом поистине теплого сотрудничества», – сказал проф. M. Wirth, член исполнительного совета EAU и организационного комитета 3-го конгресса EMUC. «Благодаря нашим объединенным усилиям мы смогли собрать такой сильный состав профессоров и разработать исключительную по характеру научную программу».

Во время Конгресса участникам предлагался расширенный набор современных лекций, сопровождаемых горячими дискуссиями, обзор наиболее актуальных проблем по раку мочевого пузыря (РМП), полового члена (РПЧ), яичка (РЯ), а также рака простаты (РПЖ) и рака почки (РП). Формат также включал в себя 2 симпозиума, организованных компаниями Astellas и Amgen, а также замечательную секцию по переводу результатов лабораторных исследований и базовых научных знаний в клиническую практику уролога.

В первый день Конгресса освещалась проблема **рака мочевого пузыря**. Проф. Joaquim Bellmunt (Испания) представил подробный обзор исследований по биомаркерам РМП и их клиническому применению. Он высказал свою точку зрения, почему биомаркеры до сих пор не оправдывают возложенные на них ожидания. Bellmunt отметил, что за исключением NMP-22 большинство других биомаркеров недостаточно изучены, поэтому контрольная цистоскопия остается наиболее достоверным методом. Комментируя эту лекцию, проф. Marko Babjuk (Чехия), возглавлявший секцию, высказал предположение, что «возможно, будущее будет за клеточными биомаркерами, и исследования в этой области требуют повышенного внимания уже сегодня».

Горячо обсуждаемым вопросом стало лечение немывечно-инвазивного РМП. В представленной проф. Theo De Reijke (Голландия) лекции освещались одни из наиболее противоречивых вопросов лечения пациентов с РМП. «Я не могу преувеличить важность качественно выполненной трансуретральной резекции опухоли мочевого пузыря (ТУР МП) и важнейшую роль хирурга в лечении немывечно-инвазивного рака мочевого пузыря», – сказал докладчик. «Записывайте и просматривайте выполненные вами операции и сделайте своей целью минимизировать число повторных ТУР МП, выполняя правильно эту операцию с первого раза. Мы

должны помнить, что внутрипузырная терапия не компенсирует неполноценно выполненную резекцию», – подчеркнул профессор.

Продолжая тему лекции проф. De Reijke, доктор Babjuk добавил, что сейчас наступает время для пересмотра ТУР МП в лечении немывечно-инвазивного РМП. «Методика самой операции остается неизменной в течение многих лет. Пока мы улучшали только техническую ее оснащенность».

В завершающей части секции доктор Maria De Santis (Австрия) представила новые данные по системной терапии РМП, проведя обзор «старых добрых» препаратов и исследований III фазы в этой области, продолжающихся и в настоящее время. Она отметила, что сегодня комбинированная терапия на основе цисплатина является стандартом, а для пациентов с плохим общим состоянием приемлемо ее сочетание с комбинацией карбоплатина/гемицитабина.

De Santis также рассказала о новых мишенях для таргетной терапии и кратко описала новые и перспективные направления: «Ожидаемые новые данные по РМП являются очень важными, и мы в настоящее время изучаем 2 «семейства», которые станут мишенями для таргетной терапии. Семейство HER заинтриговало нас, но это очень сложное направление для исследования». Заканчивая свое выступление, она подчеркнула, что онкоурологическому сообществу необходимо как можно быстрее провести исследования по экспериментальным методам лечения, которые связаны с расширяющейся базой знаний по гетерогенности молекулярной патофизиологии РМП.

Рак полового члена: органосохраняющий подход безопасен и эффективен, – к такому мнению пришли участники заседания по РПЧ. Секция по РПЧ включала 4 современные лекции, в которых это заболевание представлялось с 3 разных сторон. Доктор S. Minhas (Великобритания) осветил 2 вопроса, начав в первой лекции с обсуждения роли иммунизации и продолжив во втором докладе сравнение косметических результатов с радикальностью местного лечения. По иммунизации докладчик отметил увеличение числа данных по влиянию вируса папилломы человека (ВПЧ), подтипы HPV16 и HPV18 которого экспрессируются почти у 80 % пациентов с РПЧ, что делает их потенциально сильными прогностическими маркерами. Доктор Minhas отметил, что пока нет убедительных доказательств в пользу эффективности иммунизации мужской популяции против ВПЧ. Он считает ее экономически нецелесообразной, потому что на основании математических моделей прогнозируемое снижение риска составляет всего 27 %, однако он подчеркнул, что иммунизация женского населения, которую уже начали проводить в некоторых европейских странах, потенциально может оказать положительный эффект за счет снижения риска контактов. Говоря о местном лечении РПЧ, Minhas отметил, что органосохраняющие операции становятся намного более распространенным подходом, как альтернатива более ранним предпочтениям пенэктомии или частичной ампутации полового члена. «Можно безопасно и эффективно выполнять удаление головки или частичную ампутацию, проводя реконструкцию органа», – сказал в заключение Minhas, отметив однако, что данных по качеству жизни не так много и они не отражают отдаленные результаты лечения.

После этого проф. O. Hakenberg представил данные по системному лечению РПЧ. По его словам, системную терапию можно рекомендовать и в адьювантном (после удаления региональных лимфатических узлов), и в не-

адьювантном режиме (для уменьшения размера фиксированных лимфатических узлов до операбельной стадии), а также отметил цисплатин, блеомицин, метотрексат, паклитаксел и доцетаксел, как «препараты, имеющие определенную эффективность, но только при комбинированном применении». «Что нам по-прежнему необходимо в этой области, так это более качественное системное обследование пациентов и более эффективные режимы терапии», – сказал в заключение проф. Hakenberg. «Определенно имеется необходимость в создании единого реестра по РПЧ, для начала – на уровне отдельных стран».

Далее выступала проф. C. Haic-Meder, Villejuif (Франция) со своей углубленной презентацией о роли брахитерапии и радиотерапии в лечении РПЧ. Она сказала, что для этих методов определенно существует свое место, отметив, что знания правил имплантации зерен являются крайне необходимыми для избегания подведения меньшей или большей дозы во время терапии. Профессор также отметила высокую удовлетворенность самих пациентов, хотя «то, чего нам, несомненно, не хватает – это рандомизированных исследований и современных данных».

Рак почки: каждая минута на счету – основной вывод проф. C. Sternberg (Италия). Проф. W. Artibani (Италия) суммировал некоторые из основных направлений в области лечения почечно-клеточного рака. «Резекция почки в настоящее время рассматривается как стандарт лечения опухолей стадии T1a и T1b», – сказал профессор. «Эту операцию можно выполнять даже у отдельных пациентов при размере опухоли > 7 см. Крайне важно помнить, что каждая минута тепловой ишемии на счету, потому что это время определяет функцию оставшейся почки», – добавил Artibani. Во время этой секции также было уделено внимание интраоперационному применению ультразвука и флюоресценции. Роль хирургического лечения в ведении пациентов с метастатическим раком также выходит на первый план, по словам Artibani, который в качестве примера привел циторедуктивную нефрэктомия. «Остаются некоторые нерешенные проблемы по применению неоадьювантной таргетной терапии, хотя мы знаем точно, что необходимо всегда проводить биопсию опухоли перед назначением ингибиторов тирозинкиназы», – сказал Artibani, приводя аргументы, представленные проф. P. Mulders (Голландия) в его противоречивом докладе.

Рак простаты: поезд ушел
Лечение РПЖ интенсивно обсуждалось в течение 2 секций. Первая секция включала 2 дискуссии и презентацию проф. N. Wernert (Дания) по новым данным о патологических механизмах этого заболевания. Он сфокусировал свою лекцию на тканевом микроанализе прогрессии, исследовании антигена Ki-67, ДНК-метилировании и исследованиях T2-ERG, заявив тем не менее, что к настоящему времени ни один из молекулярных маркеров не превышает по значимости клинические критерии. «Сума баллов по Глиссону остается наиболее достоверным методом», – сказал Wernert. Вторая секция по РПЖ включала дискуссию и ряд презентаций: по роли брахитерапии, представленную проф. A. Polo (Испания); по необходимости выполнения лимфаденэктомии, прочитанную проф. N. Clarke; по имеющимся данным относительно преимуществ роботической, лапароскопической и открытой операций, изложенных проф. P. Dahm; и по будущему радикальной простатэктомии, освещенному проф. W. Artibani.

В своей исключительной презентации по исследованиям, проведенным по различным

методикам операций при раке простаты, проф. Dahm сослался на недавно появившийся технологический отчет CADTH, как на один из наиболее тщательно проведенных систематических обзоров в этой области. Его выводы по уровню накопленных в настоящее время данных не были оптимистичными. «Сегодня наиболее убедительные данные указывают на преимущество роботической простатэктомии над другими подходами по определенным критериям», – объяснил докладчик. «Тем не менее, эти данные основаны на доказательствах очень низкого качества, и мы видим неясность ситуации по ее истинной эффективности и травматичности – особенно мало информации об экономической целесообразности этой операции». Он отметил, что необходимо провести хорошо спланированные рандомизированные исследования для получения данных более высокого качества. «Однако я считаю, что во многих странах, особенно в США, поезд уже ушел. С имеющейся «популяцией» роботов, а также ситуацией, в которой на пациентов оказывается большое давление со стороны производителей, мы уже упустили свой шанс».

В секции по **раку яичка** в 2 отдельных докладах, представленных проф. H. Schmoll (Дания) и проф. A. Hogwich (Великобритания), обсуждалась роль химиотерапии и лучевой терапии. Основная часть дискуссии была посвящена лечению пациентов с неблагоприятным прогнозом, и по завершении были подведены некоторые итоги для присутствующих.

Согласно докладу проф. Schmoll, 4 цикла терапии блеомицином, этопозидом и цисплатином (ВЕР × 4) остаются стандартом, а 4 цикла этопозида, ифосфонида и цисплатина (VIP × 4) рекомендуются в качестве альтернативы для пациентов с противопоказаниями для блеомицина. «Наиболее перспективной сегодня является эскалация плотности первоначальной дозы, например, для СВОР/ВЕР (карбоплатин, блеомицин, винкристин и цисплатин с последующим режимом ВЕР) или последовательной высокодозной химиотерапии», – сказал он в заключение. «Однако нам требуется большее количество результатов исследований и хорошо скоординированное международное сотрудничество для решения этой проблемы».

Хирургический подход лечения РЯ был детально описан проф. D. Pfister (Дания), который представил текущую роль забрюшинной лимфодиссекции. Он сказал, что эта операция продолжает иметь большое значение у пациентов после химиотерапии, и напомнил хирургам о необходимости выполнять удаление всех образований, вне зависимости от их размера. «Забрюшинная лимфодиссекция является крайне сложным вмешательством, и здесь необходим многопрофильный подход для достижения эффективного результата», – сказал профессор. «По этой причине пациенты, которым требуется данная операция, должны направляться в специализированные центры, где проходит большое число таких больных, и которые имеют достаточный опыт выполнения этого вмешательства».

4-й конгресс EMUC

В своем заключительном слове профессора W. Artibani, S. Osanto и V. Khoo бегло осветили вопросы следующего Европейского мультидисциплинарного конгресса по раку в урологии, который будет проходить 16–18 ноября 2012 г. в Барселоне (Испания). Они сказали, что основные рассматриваемые вопросы останутся прежними, так как остается необходимость стимулировать обсуждение и объединять различные специальности для определения оптимальной стратегии лечения онкоурологических пациентов.

Больным раком предстательной железы могут помочь!

9 февраля 2012 г. в Москве состоялся **Экспертный совет по проблеме лечения кастрационно-резистентного рака предстательной железы (КРРПЖ)**. В рамках Совета обсуждалась актуальная проблема широкой распространенности этого заболевания среди мужчин в России. По его итогам эксперты единогласно сошлись в необходимости совершенствования подхода к системе диагностики заболевания, а также внедрения в практику новых стандартов терапии.

Рак предстательной железы (РПЖ) занимает 4-е место среди злокачественных новообразований у мужчин в России. За последние 13 лет показатель распространенности этого заболевания вырос в нашей стране более чем в 2 раза. При этом смертность от РПЖ показывает самый высокий рост среди онкологических заболеваний у мужчин.

«Обращает на себя внимание высокий процент выявления РПЖ на распространенных стадиях (III–IV стадия) – 52,4 % в среднем по России. При этом рост числа больных, состоящих на учете, скорее связан с ростом первичной заболеваемости, чем с увеличением выживаемости. Такая

неутешительная эпидемиологическая ситуация, сложившаяся на настоящий момент со злокачественными новообразованиями предстательной железы, является не только медицинской, но и социально-экономической проблемой, требующей пристального внимания медицинских специалистов и организаторов здравоохранения нашей страны», – комментирует д.м.н., проф. **Всеволод Борисович Матвеев**, руководитель отделения урологии ФГБУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина. В рамках Совета была отмечена необходимость поддержки организации научных конференций и образовательных мероприятий под эгидой профессиональных ассоциаций. Они прежде всего нацелены на повышение уровня онкозаболевания, диагностики и знаний, необходимых для точной постановки диагноза урологами и онкологами-химиотерапевтами, а также своевременного выбора оптимального алгоритма лечения.

Важным аспектом также является привлечение особого внимания химиотерапевтов к самой проблеме лечения КРРПЖ. После того как возможности гормональной терапии для пациентов с прогрессирующей болезнью исчерпаны, необходимо своевременно назначать им химиотера-

пию доцетакселом. Но, как показывает практика, химиотерапевты неохотно берутся за лечение пациентов с КРРПЖ, вследствие чего последние вынуждены получать лечение, которое в данном случае является лишь симптоматическим.

Поскольку РПЖ – широко распространенное заболевание с высоким уровнем смертности, участники Экспертного совета обозначили **важность своевременной и качественной диагностики** для выявления заболевания на ранних этапах, когда возможно применение эффективных методов терапии. Экспертами также было отмечено, что особое внимание следует уделить пациентам с метастатическим КРРПЖ (мКРРПЖ) с прогрессирующей болезнью после получения химиотерапии. Важную роль в прогрессировании играет стимуляция андрогенами роста опухоли, которая сама также может являться местом синтеза данных гормонов. Повышение выживаемости и улучшение качества жизни таких пациентов – одна из наиболее сложных задач, стоящих перед онкологами и урологами.

В сложившейся ситуации существует необходимость более четкого определения профилей пациентов с мКРРПЖ при выборе терапии, поскольку такой более осознанный выбор может существенно улучшить эффективность проводимого лечения. Назначение гормонотерапии, химиотерапевтических препаратов должно

быть своевременным и соответствовать европейским рекомендациям. Для лечения распространенных стадий КРРПЖ европейские рекомендации включают в себя как новый ингибитор биосинтеза андрогенов абиратерона ацетат, так и химиотерапевтический препарат кабазитаксел. «Экспертный совет считает необходимым внедрение в практику новых стандартов лечения с использованием передовых технологий и инновационных препаратов, которые будут способствовать улучшению доступа к эффективной терапии для пациентов», – комментирует д.м.н., проф. **Борис Яковлевич Алексеев**, заведующий отделением онкоурологии ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена.

Кабазитаксел – цитотоксический препарат из группы таксанов, чье действие заключается в стабилизации микротрубочек, играющих ключевую роль в процессе деления клеток, и как результат, вызывает апоптоз опухолевых клеток. Другие препараты из группы таксанов – доцетаксел и паклитаксел.

Абиратерона ацетат – это первый пероральный препарат для лечения мКРРПЖ, способный подавлять синтез андрогенов в яичках, надпочечниках и в клетках опухоли предстательной железы. Доказано, что он увеличивает общую выживаемость и снижает риск смерти на поздних стадиях РПЖ, где ранее не существовало возможности назначить эффективную терапию.

Справка

Экспертный совет, посвященный вопросам лечения КРРПЖ, был организован в связи с актуальностью проблемы широкой распространенности РПЖ. В заседании Совета приняли участие ведущие онкоурологи России.

События

IV Всероссийская урологическая видеоконференция Оперативное лечение заболеваний органов мочеполовой системы

26–27 января 2012 г. в Москве в 4-й раз прошла **Всероссийская видеоконференция с международным участием**. Организатором выступила кафедра урологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова под эгидой Российского общества урологов.

В конференции приняли участие более 250 делегатов из различных регионов России и стран СНГ, а также Германии, Франции, Турции и Израиля. Впервые эта конференция транслировалась в онлайн-режиме для более 350 участников. Все урологи, смотревшие прямую трансляцию конференции, смогли получить сертификат участника на сайте Академии амбулаторной урологии www.academyurology.ru. В течение 2 дней были продемонстрированы более 80 фильмов-докладов. Ведущие урологические клиники России выступали с сообщениями о своем опыте и внедрении новых методов оперативного лечения. Блестяще выступил проф. E. Delorme – один из основоположников метода лечения стрессового недержания мочи у женщин. Модераторами конференции были ведущие урологи, профессора – Д.Ю. Пушкарь, член-корр. О.Б. Лоран, М.Ю. Коган, Э.А. Галямов, Д.Г. Курбатов, Н.Б. Забродина, а также профессор и сотрудники кафедры урологии РНИМУ – С.П. Даренков, Г.Г. Кривобородов, С.И. Гамидов, А.К. Чепуров, С.С. Зенков. Подобный формат мероприятия позволил обмениваться мнениями и опытом оперативных вмешательств по всем

направлениям урологии. В работе конференции приняли участие не только врачи-урологи, но и фармацевтические компании, представившие препараты для лечения и профилактики урологических заболеваний, а также компании – производители медицинского оборудования и расходных материалов. Интерес специалистов вызвал спутниковый симпозиум компании Элли Лили, посвященный реабилитации пациентов после урологических операций. Насыщенной и интересной была выставка ведущих производителей операционной техники, медицинских препаратов и расходных материалов в урологии.

Конференция в очередной раз предоставила возможность урологам из различных регионов России и стран зарубежья обменяться своим уникальным опытом и поделиться достижениями, представив их в своих видеодокладах. Каждый участник получил диск со всеми материалами мероприятия, что в первую очередь интересно для молодых врачей-урологов и, безусловно, поможет им совершенствоваться на практике.

Всех желающих высказаться по научному и практическому насыщению прошедших и будущих видеоконференций ждут на сайте www.urovideo.ru.

Материал подготовил **проф. С.П. Даренков**, председатель видеоконференции



Проф. С.П. Даренков



Жаркая дискуссия после докладов



Все мужчины разные... Решение одно!

СИАЛИС® – свобода выбора момента интимной близости

Индивидуальный подход в выборе терапии эректильной дисфункции и способа приема СИАЛИС® позволяет вашим пациентам вернуть естественность сексуальных отношений.

Какими бы разными они ни были.



Ключевая информация
 Торговое название препарата: СИАЛИС® (СИЛИС®)
 Международное непатентованное название: Тадалафин.
 Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой.
 Фармакологическая группа: эректильная дисфункция (средство лечения). OAD-5-мг таблетка.
 Тадалафин является селективным ингибитором специфической фосфодиэстеразы типа 5 (ФДЭ-5) ингибитором (ингибитором ФДЭ-5).
Показания к применению: эректильная дисфункция.
Противопоказания:
 - одновременное применение с нитратами или с любой из их комбинаций, выделенной в состав препарата;
 - острое течение инфаркта, стенокардия, стенокардия Prinzmetal, стенокардия Принцметала;
 - одновременное применение с препаратами, содержащими нитраты;
 - одновременное применение с препаратами, содержащими нитраты, в течение 30 дней;
Способ применения и дозы: для приема внутрь. Рекомендуемая максимальная доза препарата СИАЛИС® составляет 20 мг СИАЛИС® (таблетка) перед предполагаемой сексуальной активностью не менее чем за 30 минут до начала полового акта. Прием следует начинать не менее чем за 30 минут до предполагаемой сексуальной активности. Максимальная рекомендуемая частота приема – один раз в сутки.
Безопасность действия: наиболее частыми нежелательными явлениями являются головная боль и диспепсия (11 и 7% случаев, соответственно). Нежелательные явления, связанные с приемом Тадалафина, были обычно умеренными или слабыми по степени выраженности, транзиторными и уменьшались при продолжении применения препарата. Другими явлениями нежелательных эффектов являются боль в спине, мышечная слабость, боль в конечностях, боль в груди, боль в руке и в плече, боль в ноге.
Форма выпуска: таблетки, покрытые пленочной оболочкой 20 мг и 5 мг, 1 и 2, 4, 8 и 16 таблеток в упаковке. За полной информацией обращайтесь к интернет-ресурсу по медицинскому применению препарата Сиалис. 2012 г. ПМ 014102 (01-001) от 17.02.2012

Ключевая информация
 Торговое название препарата: СИАЛИС® (СИЛИС®)
 Международное непатентованное название: Тадалафин.
 Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой 2,5 и 5 мг.
 Фармакологическая группа: эректильная дисфункция (средство лечения). OAD-5-мг таблетка.
 Показания к применению: эректильная дисфункция.
Противопоказания:
 - одновременное применение с нитратами или с любой из их комбинаций, выделенной в состав препарата;
 - острое течение инфаркта, стенокардия, стенокардия Принцметала, стенокардия Принцметала;
 - одновременное применение с препаратами, содержащими нитраты, в течение 30 дней;
Способ применения и дозы: для приема внутрь. Рекомендуемая максимальная доза препарата СИАЛИС® составляет 5 мг СИАЛИС® (таблетка) перед предполагаемой сексуальной активностью не менее чем за 30 минут до начала полового акта. Прием следует начинать не менее чем за 30 минут до предполагаемой сексуальной активности. Максимальная рекомендуемая частота приема – один раз в сутки.
Безопасность действия: наиболее частыми нежелательными явлениями являются головная боль и диспепсия (11 и 7% случаев, соответственно). Нежелательные явления, связанные с приемом Тадалафина, были обычно умеренными или слабыми по степени выраженности, транзиторными и уменьшались при продолжении применения препарата. Другими явлениями нежелательных эффектов являются боль в спине, мышечная слабость, боль в конечностях, боль в груди, боль в руке и в плече, боль в ноге.
Форма выпуска: таблетки, покрытые пленочной оболочкой 2,5 мг, 5 мг, 1 и 2, 4, 8 и 16 таблеток в упаковке. За полной информацией обращайтесь к интернет-ресурсу по медицинскому применению препарата Сиалис. 2012 г. ПМ 014102 (01-001) от 17.02.2012

Московское представительство АО «Элли Лили Бостон С.А.» (Швейцария) 123317, Российская Федерация, г.Москва Пренская наб., д.10 Тел: (495) 258-50-01

Научная информация для врачей по препаратам Eli Lilly E-mail: medinfo_russia@lilly.com Tel.: (495) 258-50-01

Answers That Matter.

«Рациональная фармакотерапия в урологии 2012»: что нового?



**Виктория
Анатольевна
Шадёркина**

Врач-уролог,
науч. редактор
урологического
информационного
портала Uroweb.ru
viktoriasshade@uroweb.ru

9–10 февраля 2012 г. в Центральном доме ученых РАН состоялась VI Всероссийская научно-практическая конференция «Рациональная фармакотерапия в урологии 2012», организатором которой уже традиционно были Министерство здравоохранения и социального развития России, ФГБУ НИИ урологии Минздравсоцразвития России и Российское общество урологов (РОУ).

На конференции зарегистрировалось 660 участников из 65 городов России, Украины, Беларуси, Туркмении, Казахстана, Узбекистана. В холле Дома ученых была представлена выставка фармацевтических компаний, ознаменовавшая собравшихся врачей с новинками фарминдустрии в области урологии.

Вся работа мероприятия была широко освещена для тех коллег, которые не смогли приехать в Москву, с помощью интернет-трансляции на сайте НИИ урологии www.uroweb.ru, собравшей еще 500 врачей из регионов. У них также была возможность задавать вопросы и участвовать в дискуссии по интересующим темам.

Президиум конференции в составе проф. О.И. Аполихина, чл.-корр. РАМН П.В. Глыбочко, проф. В.А. Максимова, проф. Т.С. Перепановой пожелали участникам мероприятия плодотворной работы и новых впечатлений.

Научная программа содержала доклады не только известных отечественных ученых, но и зарубежных специалистов – Truls E. Bjerklund Johanssen (Дания), Kurt Naber (Германия), Michael Popp (Германия).

Первое пленарное заседание, посвященное современным методам диагностики, профилактики и лечения инфекций почек, мочевых путей и мочеполовых органов, началось с доклада ведущего научного сотрудника НИИ урологии П.Л. Хазана, который выступил с докладом «Профилактика урогенитальной инфекции с позиции доказательной медицины». Проф. Т.С. Перепанова рассказала о Российских национальных рекомендациях «Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов», которые были разработаны РОУ, Межрегиональной организацией по клинической микробиологии

и антимикробной химиотерапии и одобрены Проблемной комиссией «Инфекция почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов» Межведомственного научного совета по уронефрологии РАМН и МЗ и СР РФ.

О динамике резистентности уропатогенов в России рассказал проф. Р.С. Козлов, а анестезиолог-реаниматолог, проф. УТМА В.А. Руднов раскрыл такую сложную междисциплинарную тему, как уросепсис, сделав акцент на стратегии ведения пациентов. Он отметил, что трудность диагностики сепсиса связана прежде всего с неспецифичностью критериев синдрома системного воспаления (СВ). Урологи с интересом узнали о существовании маркера уросепсиса – прокальцитонина (ПКТ). В норме уровень ПКТ составляет 0,5 нг/мл, при СВ инфекционного генеза уровень ПКТ повышается и находится в пределах 1,0–1,2 нг/мл. При септическом шоке этот показатель может достигать 44,8–66,0 нг/мл. Стратегия ведения пациентов при сепсисе – антибактериальная терапия, которая должна быть начата в течение 6 часов от момента постановки диагноза, и борьба с полиорганной недостаточностью (дезинтоксикация, нормализация гемодинамических показателей и т. д.).

Т. Bjerklund Johanssen рассказал о необходимости новой классификации урогенитальной инфекции, отметив, что такая классификация уже есть и используется во многих европейских странах.

Второе пленарное заседание, посвященное рецидивирующей инфекции мочевых путей, трудностям лечения и профилактики, началось с доклада К. Naber (Германия) «Оптимальное ведение неосложненной и рецидивирующей инфекции мочевых путей».

Проф. Л.А. Синякова выступила с докладом о роли биопленок при рецидивирующей инфекции мочевых путей. Она рассказала о том, что есть научные работы, доказывающие тот факт, что низкие дозы антибиотиков, назначаемые с целью профилактики рецидива инфекций мочевых путей, способствуют росту бактерий в биопленках и тем самым не могут препятствовать возникновению рецидивов. Поэтому все усилия ученых направлены на поиск новых путей воздействия на биопленки. Такой выход уже найден – это единственный антибиотик, способный воздействовать на межклеточный матрикс биопленки и разрушать его – кларитромицин. И уже после разрушения матрикса можно применять стандартные в этой ситуации антибиотики. Проф. А.З. Винаров представил вниманию собравшихся новый класс препаратов в профилактике рецидивирующих циститов – проантоцианидинов – препаратов клюквы. Он отметил, что эффект этой группы препаратов заключается в разрушении ресничек *E. coli*, что препятствует их адгезии к слизистой оболочке мочевого пузыря, т. е. ингибирующему эффекте на факторы адгезии. В Кохрановском заключе-



Работа конференции

нии, которое привел в пример профессор, приняли участие 1049 человек, было доказано, что проантоцианидины снижали частоту рецидивов инфекций мочевых путей у женщин за 12 месяцев. Однако эффективность проантоцианидинов не доказана у пациентов, требующих проведения интермиттирующей катетеризации.

Заседание завершилось выступлением М. Popp (Германия), рассказавшего о принципе фитонинга и фитотерапии в лечении рецидивирующей инфекции мочевых путей.

Антибактериальной терапии урологических заболеваний была посвящена отдельная секция – «Мнение экспертов», в качестве которых с докладами выступили С.В. Яковлев – «Проблемы оптимизации антибиотикотерапии в урологии» и С.К. Зырянов – «Проблемы безопасности применения антибиотиков в урологии», модератор – Т.С. Перепанова.

Далее конференцию продолжил круглый стол по диагностике урогенитальной инфекции, на котором врачи-урологи обсудили инновационные технологии в микробиологической диагностике, молекулярно-биологические методы XXI в.

Второй день конференции начался с пленарного заседания «Мочекаменная болезнь и инфекция мочевых путей». Проф. Н.К. Дзеранов выступил с докладом «Современные дренажи в урологической практике – за и против».

Т.С. Перепанова в своем выступлении обратилась к вопросу об инфекционном генезе мочевых камней, а В.С. Саенко – к метафилактике мочекаменной болезни.

Остальная часть конференции была посвящена современным рекомендациям лечения урологических заболеваний и результатам новых клинических исследований. Среди рассмотренных вопросов можно отметить стандартизацию диагностики и лечения недержания мочи у женщин (В.В. Ромих). В докладе была представлена современная законодательная база – Феде-

ральные законы о социальной защите инвалидов и установлении стандартов на технические средства реабилитации, освещена этапность медицинской помощи при недержании мочи, роль уродинамического обследования как единственного объективного способа оценки функции нижних мочевых путей. По мнению докладчика, сложность стандартизации заключается в разобщенности международных, федеральных и муниципальных стандартов, разобщенности звеньев внутри одного стандарта, отсутствии инструментов внедрения.

Темой доклада проф. А.В. Зайцева стали синдромы болезненного мочевого пузыря и хронической тазовой боли. Правильное название синдрома – Bladder Pain Syndrome (BPS) – является согласованным термином для идентификации синдрома в США и Европе. IC/BPS – синоним BPS. Другие названия могут привести к расхождению диагнозов, методов диагностики и лечения. Диагноз устанавливается на основании исключения других заболеваний и цистоскопии с гидробуживанием. Далее профессор представил линии лечения:

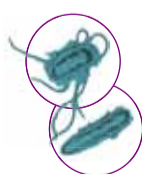
1-я линия – образование, самопомощь, поведенческая терапия и лечение стресса;
2-я линия – мануальная терапия (воздействие на триггерные точки), избегать упражнений, направленных на укрепление мышц тазового дна, фармакотерапия (пероральные препараты – амитриптилин, внутривезикулярные препараты – ДМСО, гепарин, лидокаин);
3-я линия – цистоскопия + гидробуживание, коагуляция (электро- или лазерная);
4-я линия – нейростимуляция;
5-я линия – циклоспорин *A per os*, БТТ-А, интермиттирующая катетеризация мочевого пузыря;
6-я линия – оперативное вмешательство (заместительная цистопластика, суправезикальная деривация мочи с/без цистэктомии). Докладчик особо отметил нежелательные методы лечения: длительное назначение антибиотиков, инстилляции БЛЖ, инстилляции resiniferatoxin, длительное гидробуживание мочевого пузыря под

Окончание на стр. 11 ▶



Монурель – защита от цистита

3 эффекта в одной таблетке



Экстракт клюквы 36 мг РАС (проантоцианидины)

Препятствует адгезии *E. coli* к клеткам уротелия

1. Повреждает синтез фимбрий
2. Деформирует бактериальную клетку

Витамин С

3. Повышает сопротивляемость организма

1 таблетка в день:

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



ОДИН РАЗ В ДЕНЬ

Zambon

ООО «Замбон Фарма»: Россия, 121002 Москва, Глазовский пер., д. 7, офис 17. Тел.: +7 (495) 933-38-30, 933-38-32 Факс: +7 (495) 933-38-31 e-mail: zambon@zambon.ru www.zambon.ru

Европейское общество молодых урологов: интеграция в специальность



Татьяна Николаевна Гарманова

Врач детский уролог-андролог, м.н.с. отдела детской урологии ФГБУ НИИ урологии Минздрава России
tatianagarmanova@gmail.com

Продолжая тему публикаций, посвященных Европейской ассоциации урологов (EAU) и Французской ассоциации урологов (AFU), представляю вниманию читателей информацию об урологическом обществе, призванном объединить молодых урологов и помочь их обучению, а именно о Европейском сообществе резидентов Урологии (ESRU).

ESRU было основано в 1991 г. и является самостоятельной структурой с собственным руководством и бюджетом, пополняемым за счет пожертвований национальных и международных урологических ассоциаций, стипендий фармацевтических компаний и других источников. Тем не менее, ESRU самым тесным образом сотрудничает с EAU, в частности, для общества резидентов выделено несколько полос в журнале European Urology Today.

Общество создавалось как организация, способствующая расширению возможностей для обучения и обмена опытом между резидентами европейских стран.

Цели организации были сформулированы следующим образом:

- поддержка обучения урологов в Европе;
- тесный контакт с Европейским урологическим советом и EAU;
- поддержка программ по обмену опытом между странами Европы;
- организация конференций и тренингов по урологии;
- представление интересов резидентов в European Board of Urology (EBU), EAU

и других организациях, связанных с обучением урологов;

- поддержка создания национальных ассоциаций обучающихся урологов.

На ежегодных конгрессах EAU общество организует ESRU-day (День резидента), в рамках которого приглашаются ведущие специалисты Европы для чтения лекций по актуальным проблемам в урологии. Также в этот день среди резидентов разыгрывается новейшее издание «урологической библии» – Campbell's Urology, и его может выиграть любой из резидентов в случае победы в специально разработанной для этого викторине. Также резиденты могут представлять интересные случаи из своей практики и задавать интересующие их вопросы ведущим урологам Европы. В качестве примера назовем лишь нескольких лекторов, которые будут выступать на Дне резидента в рамках ежегодного конгресса EAU в Париже: C.R. Chapple, T. Knoll, C.C. Abbou, D. Pushkar, A. Patel, X. Cathelineau, A. Mottrie и многие другие ведущие мировые специалисты, общение с которыми и возможность задать им вопрос стоит многого. После такого насыщенного дня руководство ESRU организует ужин для всех резидентов, на котором представители разных стран могут общаться и делиться опытом.

Информационно ESRU поддерживает следующие мероприятия:

- Европейская школа урологии – European School of Urology, ESU – является подразделением EAU, в рамках которого организуются курсы обучающихся лекций по определенным урологическим тематикам. Они читаются признанными специалистами в своей области и представляют собой новейший подход к проблеме, хотя при этом в каждой лекции повторяются наиболее важные «базисные» знания. Это делает лекции понятными для начинающих урологов, и в то же время небесполезными для уже состоявшихся врачей.
- European Residents Education Programme (EUREP) – инициатива ESU и EBU, направ-

ленная специально на резидентов. Эта программа представляет собой 6-дневный курс, состоящий из 5 модулей. Каждый день включает в себя 2 сессии продолжительностью по 7 часов. Утренняя сессия состоит из лекционного материала, а 2-я часть – из обсуждений, видеосессий, тестов. В последний день участники имеют возможность сдать письменную часть экзамена FEBU (Fellow of the European Board of Urology).

Членом ESRU может стать любой ординатор или аспирант или молодой специалист, который обучается урологии. Отдельно хотелось бы отметить финансовую сторону вопроса: регистрация в ESRU для резидентов бесплатная. А членство в EAU для ординаторов стоит значительно меньше, чем для практикующих врачей. Участие в ежегодном конгрессе EAU для молодых урологов бесплатное. Также бесплатно и участие в EUREP, оплачивается даже авиаперелет и проживание, вот только желающих туда поехать очень много, поэтому на это мероприятие проходит достаточно жесткий отбор.

ESRU активно сотрудничает с национальными обществами резидентов, которые, как правило, являются ответвлениями национальных урологических ассоциаций. Национальные общества резидентов устраивают собственные международные встречи молодых специалистов в рамках ESRU. Например, французское и турецкое общества резидентов в урологии ежегодно организуют встречи, на которых ведущие урологи страны выступают с обучающими лекциями. Французское общество резидентов урологии выпустило руководство по неотложным состояниям в урологии.

Руководство ESRU активно занимается информационной поддержкой молодых специалистов, и в настоящее время для членов ESRU бесплатно доступны такие журналы, как European Urology и Endourology. Более того, все резиденты могут высказаться на страницах одного из самых популярных печатных изданий в области урологии в Европе – газете European Urology Today, где отведена целая полоса для печати статей учащихся.

Одной из последних инициатив ESRU является создание Hospitality club – программы, по которой планируется обмен резидентами между разными странами. Суть программы заключается в том, что резиденты, которые согласны принять у себя в гостях резидента из другой страны, регистрируются в электронной системе. Затем ординатор или аспирант может выбрать клинику, куда хочет отправиться с визитом, и связывается с резидентом из этого города, который был бы готов принять его у себя. Но главное – надо быть готовым достойно встретить резидентов из других стран.

В каждой европейской стране назначаются по 2 представителя ESRU (National Communication Officer – NCO). Члены NCO выбираются организацией резидентов страны или назначаются национальной урологической ассоциацией.

В 2005 г. представителями от России были назначены Константин Колонтарев и Искандер Абдуллин. В 2008 г. к ним добавились Дина Бедретдинова и Андрей Корякин. С 2009 г. NCO от России стала Олеся Шкабко. С 2010 г. – Степан Красняк, сменивший Дину Бедретдинову. В 2011 г. Олеся Шкабко сменила Татьяна Гарманова.

В настоящее время основной деятельностью российского подразделения ESRU является информационная поддержка, мы стараемся максимально полно извещать членов сообщества о проводимых встречах, о возможности получения скидок на участие в них, составляем отчеты о прошедших мероприятиях. Конечно же, этого, на наш взгляд, мало. Все понимают, что будущее образования – за новыми технологиями, поэтому в планах нашего общества организация и проведение web-лекций и семинаров, трансляция показательных операций. А в реальной жизни хотелось бы организовать первую встречу резидентов в урологии в России.

Мы очень надеемся на помощь в воплощении наших идей и ждем от старших коллег как научно-клинической, образовательной, так и материальной поддержки.

События

«Рациональная фармакотерапия в урологии 2012»: что нового?

◀ Окончание, начало на стр. 10

высоким давлением, длительная системная терапия стероидами.

Результаты клинических исследований за последний год в области инфекций мочевых путей были представлены в докладе д.м.н. К.Л. Локшина – это новая классификация согласно рекомендациям EAU 2011, позволяющая индивидуализировать диагноз и отражающая уровень поражения инфекционным процессом, степень его тяжести, имеющиеся факторы риска (экстрагенитальные, нефропатические, урологические, катетер-ассоциированные) и микробиологические характеристики возбудителя (название и градиация по профилю чувствительности). Профессор отметил, что характеристики возбудителей инфекций мочевых путей постоянно изменяются и требуют регулярного мониторинга в отдельно взятой географической местности, в отдельно взятом медицинском учреждении. Проф. И.Г. Русаков прочел доклад о рациональной терапии метастатического рака почки.



Президиум конференции

Большой интерес урологов вызвал доклад д.м.н. С.К. Ярового «Особенности лечения урогенитальной инфекции у ВИЧ-инфицированных пациентов». В последние годы во всем мире, в том числе и в России, растет количество ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. Поступление таких па-

циентов в урологические клиники стало routine событием. Докладчик привел статистику поступления ВИЧ-инфицированных больных в КГУБ № 47 г. Москвы – если в 1998 г. это были единичные пациенты, то в 2008 г. число таких пациентов составило 55 чел./год. Учитывая все вышесказанное, каждому врачу-

урологу необходимо знать особенности течения урологических заболеваний и нюансы лечения у этой категории пациентов. Так, например, у ВИЧ-инфицированных пациентов не рекомендуется применять макролиды (особенно эритромицин и кларитромицин), сульфаниламиды, тетрациклины, метронидазол, кетоконазол, рифампицин.

Каждому докладчику поступали вопросы как из зала, так и от интернет-аудитории, которая очень активно подключилась к дискуссии по обсуждаемым темам. Конференция завершилась выступлением директора НИИ урологии проф. О.И. Аполихина, который пожелал урологам применять новые знания, полученные за прошедшие 2 дня, получить собственный опыт, позволяющий оценить эффективность новых препаратов и методов лечения, и поделиться им на следующей конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии 2013».

С материалами конференции можно ознакомиться на сайте НИИ урологии www.Uro.ru.

Медикаментозное лечение ДГПЖ: моно- или комбинированная терапия?



Александр Израилевич Неймарк

Д.м.н., проф.,
зав. кафедрой урологии
и нефрологии АГМУ
neimark.b@mail.ru



Борис Александрович Неймарк

Д.м.н., профессор
кафедры урологии
и нефрологии АГМУ
neimark.b@mail.ru

По данным международной статистики доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) наблюдается в среднем у 80 % мужчин после 60 лет.

По данным ООН, численность населения в возрасте старше 60 лет к концу XX в. возросла более чем в 3 раза. Учитывая тенденцию старения населения планеты, можно предположить возрастание актуальности данной проблемы. Таким образом, лечение пациентов с ДГПЖ является важной задачей современной урологии в связи с распространенностью данного заболевания. И здесь до сих пор остается много нерешенных вопросов. Медикаментозная терапия ДГПЖ – одна из наиболее динамично развивающихся областей урологии. Многочисленные клинические исследования доказали ее высокую эффективность. К основным группам лекарственных средств относят: гормональные препараты (аналоги гонадотропных релизинг-гормонов, антиандрогены, гестагены, антиэстрогены, ингибиторы ароматазы, антагонисты пролактина); ингибиторы 5- α -редуктазы; α -адреноблокаторы; растительные препараты; прочие (полиеновые антибиотики, аминокислотные комплексы и экстракты органов животных).

В последнее время возрос интерес к комбинированной лекарственной терапии больных ДГПЖ препаратами различных групп. Ингибиторы 5- α -редуктазы (5-АРИ) и α -блокаторы составляют основу медикаментозного лечения аденомы простаты.

Согласно кратким рекомендациям Европейской ассоциации урологов (EAU) 2006 г. по диагностике и лечению ДГПЖ: «...комбинированная терапия α -адреноблокатором и ингибитором 5- α -редуктазы выглядит более предпочтительной и надежной, чем монотерапия каждым из этих агентов...».

Сегодня в арсенале уролога имеется большой выбор препаратов обеих групп. Одними из них являются препараты Простерид 5 мг и Сонизин 0,4 мг (Гедеон Рихтер). Сонизин является лекарственным препаратом нового поколения и отличается от своих предшественников по целому ряду характеристик. Его сродство к подтипу α_{1A} -адренорецепторов намного выше, чем у производных квиназолон (в 10–300 раз). И, напротив, сродство данного препарата к подтипу α_{1B} существенно ниже, т. е. соотношение α_{1A}/α_{1B} приблизительно в 30 раз выше, чем у производных квиназолон. Вследствие 12-кратного показателя связывания тамсулозина с рецепторами простаты в сравнении с рецепторами аорты гипотензивный эффект препарата сводится к минимуму. Существенным терапевтическим преимуществом тамсулозина служит отсутствие необходимости титрования дозы. Препарат может применяться с высокой степенью клинической безопас-

ности содружественно с различными группами гипотензивных лекарственных средств. Снижение интенсивности симптоматики обструкции связано с блокадой подтипа α_{1A} -адренорецепторов в предстательной железе, шейке мочевого пузыря и уретре, причем данные изменения происходят начиная с первых дней приема препарата.

Простерид – наиболее изученный и широко назначаемый синтетический ингибитор 5- α -редуктазы для лечения ДГПЖ. При терапии Простеридом уменьшается объем предстательной железы, уровень дигидротестостерона в сыворотке крови снижается на 70–75 %, а показатель ПСА – примерно на 50 %. Серией морфологических исследований было продемонстрировано, что у мужчин финастерид приводит к атрофическим процессам в железистой и стромальной тканях предстательной железы, причем в первом случае изменения обнаруживаются уже через 3, а во втором – через 6 мес лечения.

На кафедре урологии и нефрологии АГМУ (г. Барнаул) было проведено исследование по оценке эффективности и безопасности комбинированного применения препаратов Простерид 5 мг и Сонизин 0,4 мг в лечении пациентов с ДГПЖ.

Целями исследования были: сравнение эффективности комбинированного применения Сонизина 0,4 мг и Простерида 5 мг с монотерапией этими же препаратами по шкале IPSS, с помощью ТРУЗИ, урофлоуметрии, измерения объема предстательной железы и определение остаточного объема мочи; оценка влияния комбинированной терапии препаратами Простерид и Сонизин на эректильную функцию с помощью международного индекса (МИЭФ-5); оценка переносимости комбинированного применения препаратов на основе анализа зарегистрированных нежелательных явлений и изменений лабораторных показателей клинического, биохимического анализов крови и клинического анализа мочи.

В исследовании участвовали 75 больных ДГПЖ старше 50 лет, имеющие среднетяжелые и тяжелые симптомы заболевания (IPSS – Q \geq 12 баллов), умеренно выраженную инфравезикальную обструкцию ($Q_{max} > 5$ и ≤ 15 мл/с), объем простаты ≥ 30 см³ и уровень ПСА ≤ 10 нг/мл. Из исследования были исключены пациенты, которые нуждались в оперативном вмешательстве или применении любого другого вида лечения ДГПЖ, имели диагностированные заболевания почек, мочевого пузыря, простаты (кроме ДГПЖ и простатита), уретры и другие, которые могли быть причиной нарушения мочеиспускания.

Участники исследования были рандомизированы на 3 группы, сопоставимые по возрасту, клиническим проявлениям и лабораторно-инструментальным показателям: 1-я группа – 35, 2-я группа – 20, 3-я группа – 20 человек.

Пациенты 1-й группы получали препараты Простерид 5 мг 1 раз в сутки и Сонизин 0,4 мг 1 раз в сутки. Пациенты групп сравнения получали в качестве монотерапии: 2-я группа – Простерид 5 мг 1 раз в сутки;

3-я группа – Сонизин 0,4 мг 1 раз в сутки. Длительность лечения во всех группах составляла 275 \pm 9 дней. У всех пациентов регистрировались симптоматика расстройств мочеиспускания и снижение качества жизни с использованием шкалы IPSS-QOL, проводилось пальцевое ректальное исследование и ТРУЗИ предстательной железы, урофлоуметрия и определение объема остаточной мочи. Производился забор биологических материалов для проведения общего анализа мочи и определения уровня ПСА в сыворотке крови. Для оценки эректильной функции использовался международный индекс оценки

эректильной функции (МИЭФ-5). Данные исследования проводились до лечения, через 3, 6 и 9 мес от начала лечения.

В качестве параметров эффективности на фоне лечения были выбраны оценка терапевтического эффекта и оценка степени выраженности симптомов ДГПЖ. Для оценки терапевтического эффекта были использованы данные, полученные в результате пальцевого ректального исследования, ТРУЗИ, урофлоуметрии, а также определения объема остаточной мочи. Оценка степени выраженности симптомов ДГПЖ проводилась на основании регистрации обструктивной и ирритативной симптоматики с использованием международной шкалы суммарной оценки простатических симптомов (IPSS-Q).

Средний возраст пациентов 1-й группы составил 65,7 \pm 15,8 года, 2-й и 3-й групп 67,8 \pm 14,5 и 62,8 \pm 13,4 года соответственно. По данным проведенного динамического исследования, клинических, а также биохимических анализов крови достоверные параметры для всех рассматриваемых групп находились в пределах физиологических нормативов либо не имели клинического значения. Сравнимые изменения уровня ПСА выявили тенденцию к прогрессивному снижению данного показателя в 1-й и 2-й группах пациентов, лечение которых включало прием Простерида. В связи с этим стоит помнить о том, что ингибиторы 5- α -редуктазы снижают уровень ПСА, что может затруднить раннюю диагностику рака простаты. В 3-й группе пациентов достоверного изменения уровня ПСА на фоне монотерапии Сонизином не произошло.

В основной группе на фоне комбинированной терапии препаратами Простерид 5 мг и Сонизин 0,4 мг было достигнуто значи-

тельное снижение среднего значения объема предстательной железы. Во 2-й группе на фоне монотерапии препаратом Простерид 5 мг отмечено снижение среднего значения объема предстательной железы, сопоставимое с показателями 1-й группы. В 3-й группе на фоне приема препарата Сонизин 0,4 мг изменения объема предстательной железы не зафиксировано. При оценке основных показателей мочеиспускания установлено увеличение среднего значения максимальной объемной скорости мочеиспускания. В 1-й группе (Сонизин + Простерид) увеличение зафиксировано сразу после начала приема препаратов. Среди пациентов, принимавших Простерид, отмечено менее выраженное увеличение среднего значения максимальной объемной скорости мочеиспускания, причем данные изменения установлены к концу исследования. В 3-й группе пациентов, принимавших Сонизин, отмечено изменение среднего значения максимальной объемной скорости мочеиспускания, аналогичное 1-й группе.

Одним из параметров эффективности терапии, используемых при статистическом анализе данных исследования для оценки степени выраженности обструктивной и ирритативной симптоматики ДГПЖ, являлась сумма баллов по шкале IPSS. При анализе результатов исследования выявлено: среднее значение суммарного показателя по шкале IPSS в 1-й группе значительно снизилось уже ко второму визиту и прогрессивно снижалось в ходе лечения, тогда как во 2-й группе снижение отмечено лишь к концу исследования (4-й визит) и менее выражено, чем в 1-й группе. Средний балл 3-й группы по шкале IPSS снижался менее выражено, чем в 1-й

Продолжение на стр. 15 ▶

СОНИЗИН®
тамсулозин

Как раньше ... ЛЕГКО!

- Быстро устраняет дизурию
- Не влияет на АД
- Не требует подбора дозы

ГЕДЕОН РИХТЕР

Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия): г. Москва 119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8.
Тел.: (495) 363-3950, Факс: (495) 363-3949, e-mail: centr@g-richter.ru www.g-richter.ru

Школа детских урологов-андрологов 2012

27–28 января 2012 г. на базе ФГБУ НИИ урологии совместно с Межрегиональной общественной организацией детских урологов-андрологов состоялась Всероссийская Школа по детской урологии-андрологии с международным участием «Эндовидеохирургия в детской урологии, реконструктивно-пластические операции у детей».

Сегодня в нашей стране уделяется большое внимание здоровью детей и подростков, и особенно оно обращено на сохранение репродуктивного здоровья молодого поколения. Этим объясняется неподдельный интерес к Школе со стороны профессионального урологического и педиатрического сообществ.

В работе Школы приняли участие детские урологи из России, Беларуси, Украины, Узбекистана, Таджикистана, Армении, Кыргызстана. Всего зарегистрировано около 304 участника. В течение 2 дней проводилась прямая интернет-трансляция Школы на сайте НИИ урологии www.uro.ru, благодаря чему число ее участников увеличилось еще на 400 человек. Все операции, которые проводились в 2 операционных, транслировались как в конференц-зале, так и в Интернете.

Для проведения показательных операций и лекций были приглашены ведущие детские урологи Европы – Peter Cuscow (Великобритания), Jean Stephan Valla (Франция), Prasad Godbole (Великобритания). Все участники Школы получили материалы в формате брошюры с опубликованными лекциями.

Открыл Школу директор ФГБУ НИИ урологии проф. О.И. Аполихин и председатель МООДУА проф. И.В. Казанская, которые отметили важность и необходимость проведения подобного рода мероприятий для развития детской урологии-андрологии. Итогом совместных встреч российских и зарубежных урологов будет повышение качества жизни детей с уроандрологическими заболеваниями и сохранение репродуктивного здоровья будущего поколения.

В первый день Школы были продемонстрированы следующие операции: ретроперитонеоскопическая пиелопластика у ребенка с гидронефрозом (J.S. Valla, Франция), и 2 перкутанных нефролитотомии у детей с крупными камнями почек (P. Godbole, Великобритания) и Л.Д. Арустамов, НИИ урологии, Россия). Модерировали выполнение операций Ю.Э. Рудин, А.Г. Мартов, Ю.Ю. Соколов, И.В. Казанская.

Проф. И.В. Казанская (Москва, Россия) выступила с докладом «Профилактика инфекции мочевых путей у детей в послеоперационном периоде», в котором она отметила значимость иммуностимуляции в профилактике инфекции в после-



Президиум Школы – ведущие детские урологи

операционном периоде. Закончив операцию, J.S. Valla рассказал участникам о минимально инвазивных технологиях при реконструктивно-пластических операциях на верхних мочевых путях и возможностях пневмовезикоскопии у детей. Особенно интересным для участников мероприятия стало видео лапароскопических операций, которое показал и подробно прокомментировал проф. Valla.

Далее было развернуто обсуждение вопросов эндовидеохирургии в детской урологии. В рамках круглого стола урологи рассмотрели такие узкопрофессиональные вопросы, как преимущества и недостатки лапароскопического и ретроперитонеоскопического доступов, способы фиксации мочеточника и лоханки, особенности наложения уретропиелоанастомоза. Активная дискуссия развернулась по вопросу выбора метода дренирования и вариантам установки внутреннего стента (антеградный, ретроградный), длительности дренирования мочеточника.

Первый день Школы продолжился докладами по малоинвазивным методам лечения мочекаменной болезни у детей (P. Godbole, Великобритания) и по эндоскопическим методам лечения уrolитиаза у детей (проф. А.Г. Мартов, Россия). Во время дискуссии были обсуждены показания и противопоказания к выполнению перкутанных вмешательств у детей, перк или миниперк, методики доступа к почке, вопросы антибактериальной терапии при эндоскопических и перкутанных вмешательствах у детей.

Второй день Школы начался с прямой трансляции из операционных уретропластик при различных формах гипоспадии. Выполнение операций модерировали В.В. Николаев, А.К. Файзуллин, С.Н. Зоркин, С.Л. Коварский. Оперировали P. Cuscow (Великобритания), который у 2 детей с проксимальной формой гипоспадии выполнил первый этап 2-этапной операции уретропластики с имплантацией лоскута крайней плоти по вентральной поверхности полового члена; Ю.Э. Рудин (Москва, Россия) выполнил одномоментную пластику тубуляризованным лоскутом крайней плоти уретры у ребенка с проксимальной формой гипоспадии. У участников

конференции возникло множество вопросов по выбору метода оперативного лечения, технике проводимых оперативных вмешательств, а также по тактике послеоперационного ведения пациентов.

Во второй половине дня проф. С.Н. Зоркин прочел лекцию по лечению энуреза у детей, в частности оценил эффективность применения препарата Минирин в различной форме и дозировке. Затем проф. Л.Б. Меновщикова прочла лекцию по лечению пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей.

Далее проф. P. Cuscow рассказал о лечении гипоспадии, особое внимание он обратил на основные спорные моменты в области лечения гипоспадии – отсутствие единого мнения об определении формы гипоспадии, единого стандарта оценки результатов операции. Также он отметил основные достоинства и недостатки одно- и 2-этапных операций, в частности операции Snodgrass. Ю.Э. Рудин прочел лекцию по одномоментным методам лечения гипоспадии у детей, где отдельно описал все составные части операции по коррекции проксимальной формы гипоспадии: уретропластику, расправление кавернозных тел с выполнением множественных насечек, пликацию белочной оболочки. Докладчик показал методы оценки выраженности деформации кавернозных тел и способы коррекции деформации в зависимости от степени ее выраженности.

В послеоперационном периоде профессор предложил обратить внимание на профилактику вторичной деформации кавернозных тел путем длительного применения противорубцового геля Контрактубекс (Мерц Фарма, Германия) и фиксирующими член повязками или наклейками. Этот гель необходимо начинать применять сразу после заживления раны (2–3-я неделя по-

сле операции) в течение 1 месяца, всего требуется 3–4 курса. После лекций дискуссия о лечении гипоспадии продолжилась. Участники конференции и модераторы обсудили следующие вопросы лечения гипоспадии: выбор этапного или одномоментного метода лечения, оценку степени деформации кавернозных тел, критерии и методы устранения искривления кавернозных тел, пластику уретры с сохранением уретральной площадки, выбор метода дренирования мочевого пузыря в послеоперационном периоде, технику формирования уретры, длительность катетеризации уретры в послеоперационном периоде. Кроме научной и практической программы участники Школы получили возможность ознакомиться с новинками фарминдустрии и производителями расходных материалов, применяемых в урологии. Большой интерес вызвал у урологов стенд компании Инвенкардио, которая предлагает эндоурологический расходный материал фирмы Уротех (Германия). Это различные виды мочеточниковых стентов, нефростомических и надлобковых дренажей, катетеров Фолея, проводников. Продукция компании Уротех проста и удобна в использовании, отличается высоким качеством, что позволяет оказывать малотравматичную и квалифицированную помощь маленьким пациентам.

В заключение работы Школы директор ФГБУ НИИ урологии проф. О.И. Аполихин отметил большой интерес детских урологов к состоявшемуся мероприятию и отметил необходимость ежегодного проведения обучающих научно-практических конференций для профессионалов.

С материалами Школы можно ознакомиться на сайте НИИ урологии www.uro.ru.

Отчет подготовили
В. Шадёркина, Т. Гарманова



Контрактубекс®
Лечение рубцов у взрослых и детей

Эффективность и безопасность доказана клинически на 3000 пациентах

Претензии направлять по адресу:
ООО МЕРЦ ФАРМА -123242, г. Москва
пер. Капанова, д. 3, стр. 2
тел. (495) 660-76-95, www.merz.ru

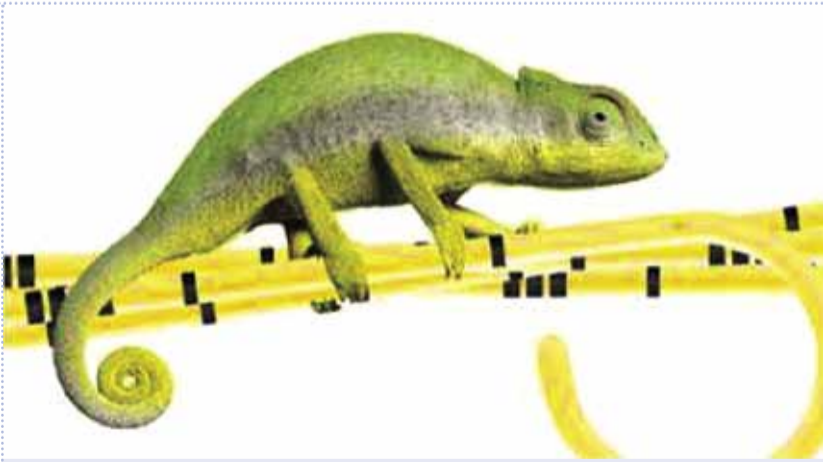
ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ



123007, г. Москва,
2-ой Хорошевский пр., д. 7, корп. 1
www.invencardio.ru

ЭКСКЛЮЗИВНЫЙ ПОСТАВЩИК
эндоурологической продукции фирмы «UROTECH GmbH», Германия

Первой разработкой фирмы является РС-покрытие (фосфорилхолин) – высокобиосовместимое и биостабильное. Эти свойства практически к нулю сводят риск возникновения инфекции и образования камней, а так же, снижают раздражение при длительном нахождении в организме.



Особое внимание фирма уделяет производству детской продукции:

Мочеточниковые стенты отдельно и в наборах
Нефростомические дренажи и наборы
Наборы для надлобковой пункции и дренажи
Катетеры Фолея
Пиелопластический катетер

Вся продукция проста в использовании, практична, высокого качества, что позволяет оказывать квалифицированную и качественную помощь при минимальном хирургическом вмешательстве.

Надеемся на плодотворное сотрудничество!
Тел.: +7 (499) 500-44-99/ 545-75-86; +7 (929) 579-12-20

Принципы и современное состояние диагностики и стадирования герминогенных опухолей яичка



Александр Константинович Носов

К.м.н., зав. хирургическим онкоурологическим отделением НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, ст. науч. сотр.

nakuro@yandex.ru



Эльдар Мухамедович Мамиев

Аспирант хирургического онкоурологического отделения НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова

mamijev@mail.ru

За прошедшие три 10-летия герминогенные опухоли (ГО) стали одним из немногих онкологических заболеваний, для которых найдено высокоэффективное лечение. В настоящее время 5-летняя общая и скорректированная выживаемость в США и Европе составляет не менее 95%. Это обусловлено уникальной чувствительностью ГО к химиопрепаратам, в частности к цисплатину. Преимущественно молодой возраст больных позволяет применять для химиотерапии высокотоксичные схемы и агрессивное хирургическое лечение. ГО являются редкой патологией, составляя 1–1,5% от всех онкологических заболеваний мужчин и 5% среди новообразований урогенитальной системы. Болеют преимущественно молодые люди со средним возрастом 35 лет, среди которых ГО служат одной из основных причин смерти от онкологических заболеваний. Подобная высокая заболеваемость и смертность в социально значимом возрасте, а также хорошие показатели излечиваемости определяют важность проблемы для специалистов. К сожалению, сохраняется недостаточная осведомленность молодых мужчин и врачей общей практики об этом заболевании, что часто служит причиной поздней обращаемости и возможных диагностических ошибок.

Показатели заболеваемости и смертности от ГО яичка в Санкт-Петербурге и Ленинградской области

По данным канцер-регистра Санкт-Петербурга в 2010 г. в абсолютных цифрах выявлено 47 впервые заболевших мужчин, что в стандартизованных показателях составило 1,7 на 100 000 населения. Заболеваемость раком яичка в Санкт-Петербурге в 2011 г. заняла 60-е место среди 81 региона России.

В Санкт-Петербурге, как и в большинстве развитых стран Европы, а также США, в последние несколько десятилетий отмечается рост уровня заболеваемости ГО яичка с процентом прироста в абсолютных цифрах за период с 1980 по 2008 г. 67,9%. К сожалению, при значительном приросте заболеваемости уровень общей выживаемости в Санкт-Петербурге остается на 25% ниже, чем в США и странах Европы (табл. 1).

Низкий уровень выживаемости больных ГО яичка прежде всего обусловлен поздней диагностикой, так как стадия заболевания является главным фактором прогноза и выбора необходимого объема лечения. Выживаемость больных ГО яичка достоверно снижается в поздних стадиях процесса (табл. 2).

В Санкт-Петербурге 75,1% больных на момент постановки диагноза имеют распространенное заболевание, тогда как в США и странах Европы этот показатель не превышает 40% (табл. 3).

Обращает на себя внимание наличие пациентов, которым стадирование либо не проводилось (9,2%), либо выполнялось неадекватно – в 11,3% случаев указана IV стадия, в то время как в классификации TNM (7-е издание, 2009 г.) IV стадия для ГО яичка не предусмотрена. Таким образом, у 1/5 больных ГО яичка на момент постановки диагноза и начала лечения истинная стадия болезни оставалась неизвестной.

Несвоевременная диагностика

Более 90% ГО у мужчин представлены новообразованиями яичка, т. е. могут быть отнесены к опухолям наружной локализации, доступным осмотру и пальпации. Тем не менее на момент обращения к врачу только у 40% больных процесс ограничен яичком; у большинства пациентов лечение начинается при наличии метастатического поражения забрюшинных лимфатических узлов (ЛУ) (40%) и отдаленных метастазов (20%). По данным Б.П. Матвеева (2001) ситуация представляется еще более мрачной – из 798 больных опухолью яичка, направленных в РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, только 155 (19,5%) поступили в I и II стадии заболевания. В последние годы по Санкт-Петербургу отмечается некоторое увеличение числа больных ГО яичка в I стадии (см. табл. 3), что, по всей видимости, связано с более серьезным отношением молодых мужчин к своему здоровью, а также с повышением осведомленности врачей об этом заболевании.

Ознакомление с литературой наводит на мысль о том, что онкологи в последнее время склонны, главным образом, обсуждать и популяризировать несомненно выдающиеся достижения в области лечения ГО яичка, уделяя недостаточно внимания анализу причин их поздней диагностики. Между тем нельзя отрицать, что эта сторона проблемы не может не оказывать существенного влияния на качество и продолжительность жизни пациентов. Своевременность диагностики определяется временем от появления первых симптомов опухоли до постановки диагноза. E. Huyghe и соавт. (2003) в ретроспективном анализе влияния поздней диагностики (ПД) на стадию и выживаемость больных ГО яичка проанализировали данные 542 пациентов из медицинских учреждений Франции за период с 1983 по 2002 г. Они продемонстрировали достоверное влияние ПД на стадию заболевания у пациентов с несеминомой и в общей популяции, у больных семиномой подобная корреляция не выявлена.

Время ПД в течение 20-летнего периода исследования не изменилось и составило при семиномах $4,9 \pm 6,1$ мес, при несеминомных ГО – $2,8 \pm 4,0$ мес. Влияние на выживаемость больных ГО также отмечено только в группе несемином.

В НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова проведен ретроспективный анализ на основании данных историй болезни 294 пациентов, прошедших лечение в разных стационарах города и области в период с 1998 по 2011 г., а также их анкетирования на момент последнего обращения к врачу. Медиана времени от появления первых симптомов до постановки окончательного диагноза составила 14 недель в общей популяции, у больных семиномой – 17 недель и с несеминомной опухолью яичка (НГОЯ) – 13 недель. Для анализа влияния роли пациента и врача общей практики на задержку диагноза временной промежуток был разделен на 3 периода. Медиана периода от появления первых симптомов и/или подозрения на новообразование яичка до обращения пациента к врачу в общей популяции составила 9,5 недель, от первого обращения до орхи-фуникулектомии – 3 недели и от хирургического лечения до окончательной постановки диагноза – 2 недели. Для семиномы эти интервалы времени составили соответственно: I; 4 и 2 недели. Для НГОЯ – 9; 3 и 2 недели. При распределении данных групп пациентов по стадиям заболевания медиана времени от первых симптомов и/или подозрения на новообразование яичка до окончательной постановки диагноза в общей популяции составила: I стадия – 13 недель; II – 23 и III – 21. При семиноме: I стадия – 14 недель; II – 25 и III – 28. При НГОЯ: I стадия – 10 недель; II – 21 и III – 21. При статистическом анализе была выявлена достоверная зависимость стадии заболевания от времени диагностической задержки, как в группе общей популяции ($p < 0,001$), так и среди больных семиномой ($p = 0,001$) и НГОЯ ($p < 0,001$). Таким образом, в нашей группе больных стадия заболевания достоверно зависела от времени задержки диагноза при ГО. Сокращение этого временного промежутка может привести к диагностике на ранних стадиях и снижению объема необходимых лечебных мероприятий, а также улучшению показателей выживаемости больных ГО яичка.

Одной из главных причин поздней диагностики опухолей яичка является свойственное молодым людям стремление скрывать врожденные дефекты и возникающие недуги, особенно если это касается столь интимной локализации, как половые органы. Б.П. Матвеев (2001) отметил, что опухоли яичка в ранних стадиях не сопровождаются болями или другими неприятными субъективными симптомами, в связи с чем долго не возникает дополнительных стимулов для обращения к врачу. В ряде случаев играет роль отсутствие у пациентов элементарных медицинских знаний и невнимательное отношение к своему здоровью.

Опухоли яичка являются редким заболеванием и поэтому недостаточно хорошо известны

врачам общей практики, хирургам поликлиник и медицинских комиссий при военкоматах. Естественно, что, выявив патологию мошонки, врач в первую очередь думает о банальных процессах – гидроцеле, гематоцеле, орхидипидимите, перекруте семенного канатика или придатка яичка и не всегда выполняет исследования, непосредственно направленные на диагностику злокачественного новообразования (ультразвуковое исследование (УЗИ) мошонки, забрюшинных ЛУ, почек и печени, анализ крови с целью определения уровня опухолевых маркеров, рентгенологическое исследование органов грудной полости).

P. Albers и соавт. (2005) рекомендуют при осмотре пациента и изучении анамнеза уделять должное внимание процессам, именуемым эпидемиологическими факторами риска развития опухолей яичка. К числу таких факторов следует относить крипторхизм, атрофию или гипотрофию яичка с уменьшением его объема < 12 мл, синдром Клайнфельтера, новообразования яичка у кровных родственников (отца и братьев), опухоль противоположного яичка (в т. ч. и CIS), а также бесплодие.

Роль травмы мошонки и вирусного орхита после эпидемического паротита в анамнезе убедительно не доказана, хотя не исключается, что эти факторы могут иметь значение как причина атрофии яичка. Изучается возможная этиологическая роль инфицирования вирусом иммунодефицита человека (G.J. Bosl и соавт., 2005).

Согласно клиническим рекомендациям Европейской ассоциации урологов на сегодняшний день польза скрининговых программ не доказана, однако было показано, что стадия и прогноз заболевания непосредственно связаны с ранней диагностикой, поэтому при наличии клинических факторов риска мужчинам должно быть рекомендовано регулярное самообследование.

Обследование и лечение в неспециализированном медицинском учреждении

Низкая заболеваемость ГО яичка требует концентрации этих пациентов в руках узких специалистов. Естественно, что большой поток больных повышает компетентность врачей, что позволяет принимать правильные решения даже в нетипичных ситуациях, а также способствует «концентрации» пациентов с ГО в определенных специализированных центрах.

Доказательством этого служит прямая зависимость выживаемости больных с распространенными ГО от квалификации лечивших их врачей. M.J. Harding и соавт. (1993) в ретроспективном анализе результатов обследования и лечения 440 больных несеминомными ГО в Соединенном Королевстве продемонстрировали, что уровень 5-летней общей выживаемости был лучше в специали-

Продолжение на стр. 15 ▶

Таблица 1. Общая выживаемость (%) больных ГО яичка в Санкт-Петербурге, США и Европе за период с 2002 по 2003 г. (В.М. Мерабишвили, 2011)

| | Однолетняя | 5-летняя | 10-летняя |
|--------------|------------|----------|-----------|
| С.-Петербург | 85,6 | 73,2 | – |
| Европа | 98,2 | 95,6 | 94,3 |
| США | 98,6 | 95,7 | 95,1 |

Таблица 2. Общая выживаемость (%) больных ГО яичка за период с 2002 по 2003 г. в зависимости от стадии заболевания (В.М. Мерабишвили, 2011)

| | I | II | III | IV | Без стадии |
|------------|-------|------|------|------|------------|
| Однолетняя | 100,0 | 89,7 | 78,6 | 45,8 | 88,9 |
| 2-летняя | 100,0 | 79,5 | 64,3 | 18,2 | 78,8 |
| 5-летняя | 100,0 | 76,9 | 64,3 | 18,2 | 66,7 |

Таблица 3. Распределение (%) больных ГО яичка на момент установления диагноза в Санкт-Петербурге, США и Европе (В.М. Мерабишвили, 2011)

| | США 1996–2003 | Европа 1996–2003 | Санкт-Петербург | | |
|------------|---------------|------------------|-----------------|-----------|-----------|
| | | | 1994–1997 | 1998–2001 | 2002–2003 |
| I | 100,0 | 89,7 | 78,6 | 45,8 | 88,9 |
| II | 100,0 | 79,5 | 64,3 | 18,2 | 78,8 |
| III | 100,0 | 79,5 | 64,3 | 18,2 | 78,8 |
| IV | 100,0 | 79,5 | 64,3 | 18,2 | 78,8 |
| Без стадии | 100,0 | 76,9 | 64,3 | 18,2 | 66,7 |

Принципы и современное состояние диагностики и стадирования герминогенных опухолей яичка

◀ Окончание, начало на стр. 14

зированных центрах по сравнению с остальными. В основном это было связано с более высоким уровнем соблюдения национально-го протокола лечения этих больных – 97 % и 61 % ($p < 0,001$). L. Collette и соавт. (1999) проанализировали результаты рандомизированного исследования 30895/TE13, проведенного European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) and Medical Research Council (MRC) с мая 1990 по июнь 1994 г. В исследование были включены 380 больных несеминомной ГО с плохим прогнозом, у которых оценивалась эффективность химиотерапии. Центры, где за 4 года исследования было пролечено не более 5 пациентов, по сравнению с центрами с большим числом больных, имели значимо высокую 2-летнюю общую 62 % (95 % CI 48–75 %) и 77 % (95 % CI 72–81 %) и 2-летнюю без прогрессирования 55 % (95 % CI 40–69 %) и 73 % (95 % CI 68–78 %) выживаемости. Эти различия объясняются более строгим соблюдением протокола химиотерапии за счет адекватного лечения осложнений, а также частотой и обширностью хирургических вмешательств с целью удаления резидуальных масс.

На основании этих результатов урологам первичного звена нужно сразу направлять больных с подозрением на ГО яичка в специализированный онкологический стационар, а не стремиться выполнить орхифунгулэктомию, и только после этого рекомендовать обратиться к онкологу.

Нарушение протокола рекомендованного обследования и лечения, а также сроков их проведения

В типичных случаях опухоль определяется как участок уплотнения ткани яичка и на начальных стадиях обычно не вызывает болей. Тем не менее С.В. Comiter и соавт. (1995) считают, что упорные боли в мошонке могут быть ранним признаком злокачественного новообразования и должны рассматриваться как показание для УЗИ даже при отсутствии пальпаторных изменений.

По мере роста опухоли появляется асимметрия мошонки; яичко и его придаток сливаются в единый конгломерат, граница между ними стирается. Со временем опухолевая инфильтрация может распространяться на семенной канатик, что сопровождается его утолщением и уплотнением. Опухоль может развиваться на фоне скопления жидкости в оболочках яичка, поэтому выявление признаков гидроцеле (например, по результатам исследования в проходящем свете – диафаноскопии) не исключает диагноз новообразования.

При осмотре больного следует обращать внимание на тип оволосения, характер распределения жировой клетчатки, размеры грудных желез и степень развития наружных половых органов. Наличие признаков раннего полового созревания у детей и феминизации у взрослых может быть симптомом негерминогенной опухоли яичка (В.Б. Матвеев, М.И. Волкова; 2003).

Пальпировать пораженные метастазами забрюшинные ЛУ удастся только при их значительном увеличении. Чаще других пальпаторно определяются метастатически измененные надпочечники. У больных, перенесших в прошлом операцию в пахово-мошоночной области, лимфоотток от яичка извращается, в связи с чем сравнительно рано может появиться увеличение паховых ЛУ.

В нашем исследовании на момент обращения пальпируемое образование яичка имелось в 91,2 %, боль в мошонке в 48 %. Проявления распространенности процесса: симптомы интоксикации – 12,5 %, боль другой локализации – 15,9 %, пальпируемые ЛУ – 15,1 %.

Наиболее заметная роль в диагностике опухолей яичка и оценке степени распространенности процесса принадлежит УЗИ. Для получения отчетливого изображения ткани яичка рекомендуется использование датчика с частотой 7,5 МГц. В типичных случаях опухоль представлена одним или несколькими гипоэхогенными очагами (G.J. Bosl и соавт., 2005). В целом чувствительность УЗИ в распознавании тестикулярных опухолей приближается к 100 %. Выполнение УЗИ яичек считается обязательным во всех случаях, если у молодого мужчины выявлены либо признаки забрюшинной опухоли, либо метастазы во внутренних органах, либо повышенный уровень хорионического гонадотропина и/или альфа-фетопротейна (P. Albers и соавт., 2005).

Адекватное стадирование опухоли с помощью УЗИ затруднительно в связи с невозможностью четкой визуализации белочной оболочки яичка. При семиноме, характеризующейся четкими границами опухоли, определить стадию T удается в 45 % случаев; при несеминомах точность стадирования на основании УЗИ снижается до 8 %.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) мошонки при опухолях яичка демонстрирует чувствительность и специфичность, приближающиеся к 95–100 %, однако широкое практическое использование метода вряд ли может быть оправданно из-за его высокой стоимости.

Исключительно важным для диагностики и стадирования ГО яичка является исследование сы-

вороточных маркеров – альфа-фетопротейна (АФП), β -субъединицы хорионического гонадотропина человека (β -ХГЧ) и лактатдегидрогеназы (ЛДГ). Период полужизни для АФП сыворотки крови в среднем составляет 5–7 дней, а для β -ХГЧ примерно 2–3 дня. Необходимо определять уровень опухолевых маркеров перед орхифунгулэктомией и затем еженедельно после ее выполнения, вплоть до нормализации показателей.

Важным этапом диагностики и первым шагом в лечении, как правило, служит удаление пораженного яичка и семенного канатика с гистологическим исследованием операционного материала. Эта технически несложная операция должна выполняться только из пахового доступа, где первым этапом осуществляется перевязка и пересечение семенного канатика на уровне внутреннего отверстия пахового канала (рис. 1).



Рис. 1. Паховый доступ и выделение семенного канатика при выполнении орхифунгулэктомии

Тем не менее, до сих пор нередко можно видеть больных, которым яичко было удалено из разреза на мошонке (рис. 2).



Рис. 2. Больной Н., 35 лет, с неправильно выполненным мошоночным доступом после орхифунгулэктомии

При таком доступе частота местных рецидивов выше, а также вовлекаются нетипичные пути лимфооттока, способствующие ранне-

му поражению паховых и тазовых ЛУ (рис. 3). Надо помнить, что первичная опухоль часто менее чувствительна к химиотерапии, чем метастазы.

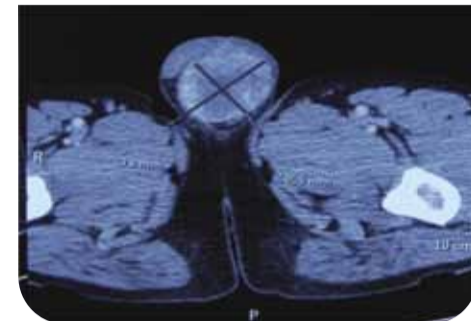


Рис. 3. Местный рецидив ГО яичка у того же больного спустя 3 мес после выполнения орхифунгулэктомии мошоночным доступом

В нашем анализе операция выполнена из пахового доступа в 28,9 %, из мошоночного доступа – в 40,5 % и из пахово-мошоночного – в 23,8 % случаев.

Лечение больных ГО яичка планируется на основе достоверных сведений о морфологической структуре новообразования и стадии процесса. На этапе установления клинической стадии ведущая роль принадлежит методам лучевой диагностики.

Самым доступным и самым недорогим методом оценки состояния забрюшинных ЛУ, печени и почек является УЗИ. Точность метода при метастазах больших размеров приближается к 90 %, однако при диаметре ретроперитонеальных ЛУ < 2,5 см частота ошибок существенно возрастает.

Наиболее совершенным методом визуализации очагов метастатического поражения как ниже, так и выше диафрагмы является компьютерная томография (КТ). МРТ, по мнению большинства исследователей, не продемонстрировала существенных преимуществ перед КТ в оценке состояния пораженных ЛУ и, как правило, может не выполняться. К сожалению, ни КТ, ни МРТ не позволяют визуализировать микрометастазы в неувеличенных ЛУ.

По результатам проведенного анализа выполнение протокола обследования больных ГО яичка крайне неудовлетворительное. УЗИ мошонки выполнено только у 40 %, определение сывороточных маркеров ГО в соответствии с рекомендациями – в 14,9 % случаев, КТ органов брюшной полости – в 45,1 %, КТ грудной клетки – в 29,8 %, МРТ органов мошонки – в 12,9 %. Таким образом, можно сделать вывод, что к моменту начала лечения правильно стадированные случаи заболевания просто отсутствуют, а лечение выбирается случайно.

Медикаментозное лечение ДГПЖ: моно- или комбинированная терапия?

◀ Окончание, начало на стр. 12

группе, хотя и ко второму визиту, что указывает на более выраженный и быстрый эффект комбинированной терапии.

У пациентов 1-й группы выявлено наибольшее снижение среднего значения оценки качества жизни, причем данные изменения отмечались уже ко второму визиту. Во 2-й группе эффект был менее выражен и отмечен лишь к концу исследования (4-й визит). У пациентов 3-й группы на фоне лечения также отмечено снижение среднего балла качества жизни, но менее выраженное, чем в 1-й группе.

Для многих пациентов, участвовавших в исследовании, было актуально сохранение половой

функции. Для объективизации данного показателя мы применяли анкетирование по шкале МИЭФ-5. На фоне комбинированной терапии (1-я группа) и монотерапии препаратом Простерид (2-я группа) отмечено незначительное снижение половой функции (по данным шкалы МИЭФ-5). Причем у пациентов 1-й группы отмечено менее выраженное снижение среднего балла. Данный факт можно объяснить компенсаторным действием $\alpha 1$ -адреноблокатора (Сонизин). Это подтверждается тем, что на фоне монотерапии препаратом Сонизин (3-я группа) снижения среднего балла по шкале МИЭФ-5 не отмечено, напротив, прослеживается тенденция к повышению среднего балла.

Негативные изменения в общем состоянии пациента, возникновение новых жалоб, па-

тологические отклонения лабораторных показателей (клинического и биохимического исследования крови и клинического исследования мочи) в ходе исследования фиксировались как нежелательные явления. Выявлялась взаимосвязь между нежелательными явлениями и комбинированным применением препаратов, определялась степень тяжести нежелательных явлений (слабая, умеренная, тяжелая), их продолжительность и серьезность. На фоне комбинированной терапии (1-я группа) у некоторых пациентов отмечалось развитие нежелательных явлений, таких как снижение либидо (8,6 %), импотенция (11,4 %), расстройство эякуляции (2,9 %), уменьшение объема эякулята (5,7 %), гинекомастия (2,9 %). Число нежелательных явлений во всех группах сопоставимо. Ха-

рактерно, что данные нарушения развивались, как правило, в начале приема препаратов (второй визит) и в ходе исследования не прогрессировали; также, что очень важно, не происходило суммирования нежелательных явлений во 2-й группе на фоне комбинированной терапии.

Проанализировав данные клинического исследования, мы пришли к выводу, что применение Простерида и Сонизина в качестве комбинированной терапии позволяет добиться уменьшения выраженности инфравезикальной обструкции, обусловленной ДГПЖ; уменьшения объема предстательной железы при длительном применении; снижения риска острой задержки мочи и необходимости оперативного вмешательства.

Инстилляции: когда, кому и для чего?



Любовь Александровна Сняжкова

Д.м.н., профессор кафедры урологии и хирургической андрологии РМАПО, зам. декана хирургического факультета

la.sinyakova@mail.ru

В амбулаторной урологии, наверное, второй излюбленной процедурой после массажа предстательной железы являются инстилляции лекарственных средств в мочевой пузырь. Причем выполняется эта процедура и мужчинам, и женщинам любого возраста, а спектр заболеваний вообще с трудом поддается перечислению – и хронические циститы, и простатиты, и уретриты, и дизурии неясной этиологии. Возможно, урологи таким образом выражают свои большие надежды на местную терапию. До недавнего времени вводимых препаратов было мало – протаргол, облепиховое масло, гидрокортизон, они применялись как отдельно, так и в составе «болтушек». В последние год-два стали появляться препараты, которые предназначены специально для внутрипузырной терапии и характеризуются созданием высокой концентрации действующего вещества на поверхности уротелия. Тем не менее, для выполнения инстилляций лекарственных веществ в мочевой пузырь должны быть строгие показания. Мы задали вопросы, касающиеся инстилляций, известному урологу, имеющему большой практический опыт лечения заболеваний нижних мочевых путей, д.м.н., профессор кафедры урологии и хирургической андрологии РМАПО Любови Александровне Сняжковой.

– Любовь Александровна, как Вы считаете, есть ли место внутрипузырным инстилляциям (ВИ) в современной урологии?

– Безусловно, ВИ являются эффективным методом лечения, чаще всего в составе комбинированной терапии.

– Кому, каким пациентам, с какой патологией показаны ВИ?

– Как правило, это пациентки с рецидивирующими инфекциями нижних мочевых путей, поствоспалительными изменениями в мочевом пузыре по типу лейкоплакии, большие интерстициальным циститом. Отдельную группу составляют больные с опухолями мочевого пузыря, которым показана БЦЖ-терапия, внутрипузырное введение препаратов после трансуретральной резекции мочевого пузыря.

– Есть ли противопоказания для ВИ?

– Противопоказаниями для ВИ являются острые воспалительные заболевания мочевых путей, стриктуры уретры.

– Какие осложнения могут возникнуть после ВИ? Как их устранить?

– ВИ могут вызвать обострение хронического уретрита, рецидивирующего цистита у женщин, уретральную лихорадку у мужчин, при наличии пузырно-мочеточникового рефлюкса – развитие восходящего пиелонефрита. Для профилактики развития осложнений необходимо строго соблюдать показания к выполнению ВИ, не нарушать методику, по показаниям проводить антибактериальную профилактику.

– Применяются ли ВИ у мужчин для лечения простатита, уретрита, цистита и т. д.? Какие осложнения у них могут возникнуть?

– ВИ используются в основном у женщин с воспалительными заболеваниями нижних мочевых путей.

– Есть ли патоморфологическое обоснование применения ВИ?

– Для решения вопроса о необходимости выполнения ВИ обязательным условием служит выполнение цистоскопии с биопсией, поскольку одной цистоскопии для принятия решения о выборе метода лечения недостаточно. Одним из морфологических обоснований для применения инстилляций является наличие плоскоклеточной метаплазии эпителия мочевого пузыря без ороговеения в подслизистом слое, что исключает истинную лейкоплакию, являющуюся «предраком», подтверждает наличие поствоспалительных изменений в мочевом пузыре. Существуют также морфологические признаки интерстициального цистита / синдрома болезненного мочевого пузыря, при котором также показаны ВИ.

– Какие препараты применяют с целью ВИ?

– Гепарин, диметилсульфоксид (ДМСО), диоксидин. При раке мочевого пузыря – противоопухолевые препараты, вакцина БЦЖ. В настоящее время появились препараты гиалуроновой кислоты – например, Уро-гиал, который показал положительные результаты при лечении хронических циститов, в том числе интерстициальных.

– Надо ли выполнять цистоскопию и биопсию с целью подтверждения эффективности проведенного лечения?

– Для оценки эффективности ВИ необходимо, прежде всего, оценивать клиническую картину, анализировать динамику симптомов заболевания. Так как ВИ чаще всего используются в составе комбинированной терапии, вопрос о цистоскопии решается индивидуально.

– Как Вы относитесь к инстилляциям протарголом? Почему их нежелательно применять?

– К использованию протаргола я отношусь отрицательно. Проведены экспериментальные исследования, которые выявили развитие склеротических изменений в мочевом пузыре на фоне указанных ВИ.

Таким образом, можно определить следующие **положения по ВИ:**

1. Цель ВИ: восстановление муцинового слоя, регрессия плоскоклеточной метаплазии.
2. Показания: рецидивирующие инфекции нижних мочевых путей, поствоспалительные изменения в мочевом пузыре по типу лейкоплакии, интерстициальный цистит, рак мочевого пузыря.
3. Противопоказания: острые воспалительные заболевания мочевых путей, стриктуры уретры.
4. Осложнения ВИ: обострение хронических воспалительных процессов в мочеполовых путях (хронический уретрит, простатит, цистит), при наличии пузырно-мочеточникового рефлюкса – восходящий пиелонефрит.
5. Препараты для ВИ: Уро-гиал, гепарин, лидокаин, ДМСО, гидрокортизон.
6. Нельзя использовать протаргол!
7. Не применяют инстилляции для лечения простатитов, уретритов у мужчин!
8. Рекомендованная литература: О.Б. Лоран, А.В. Зайцев «Диагностика и лечение интерстициального цистита у женщин»; О.Б. Лоран, Л.А. Сняжкова, И.В. Косова «Рецидивирующие инфекции мочевых путей».

Беседовала В. Шадёркина, врач-уролог



ООО «Новые Медицинские Технологии»

Комплексные решения для урогинекологии

УРО-ГИАЛ (гиалуронат натрия)

Первый российский протектор уротелия. Предназначен для восстановления протективного гликозаминогликанового слоя мочевого пузыря.



Показания:

- ✓ Хронический рецидивирующий цистит;
- ✓ Интерстициальный цистит
- ✓ Лучевой цистит
- ✓ Гиперактивный мочевой пузырь (в составе комплексной терапии)

Катетер для внутрипузырного электрофореза (EMDA)



Показания

- Внутрипузырный электрофорез лекарственных растворов при:
- ✓ Хроническом цистите
 - ✓ Гиперактивном мочевом пузыре
 - ✓ Для локальной анестезии при эндоскопических вмешательствах на мочевом пузыре

NeuroTrac Pelvitone



Показания

- Двухканальная электростимуляция при:
- ✓ Синдроме хронической тазовой боли
 - ✓ Гиперактивном мочевом пузыре

Москва, ул.Нагатинская 3а, территория ФГУП «ГНИЦ Антибиотики»,
Телефон: +7 (495) 210-92-19; 8-800-100-54-23; +7 (985) 333-70-23

E-mail: info@uro-hyal.ru

Web: www.uro-hyal.ru; www.mkclab.ru

Неэффективность антибактериальной терапии острого цистита. Выход есть



**Владимир
Витальевич
Рафальский**

Д.м.н., профессор
Смоленской
государственной
медицинской академии
vrafalskiy@mail.ru

Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) являются одной из наиболее распространенных групп инфекций, встречающихся в амбулаторной практике.

Большинство научных публикаций, посвященных антимикробной терапии острого цистита, касаются, прежде всего, проблемы рационального выбора препаратов первой линии. Этот подход в большинстве случаев оправдан, так как назначение адекватной антимикробной терапии в типичных случаях приводит к быстрому выздоровлению. Однако назначение подходящего препарата не гарантирует достижения клинического эффекта в 100% случаев. Даже в искусственных условиях клинических исследований частота неэффективности антибактериальной терапии может составлять от 5 до 25% в зависимости от изучаемого препарата. В то же время клиницистам хорошо известно, что в условиях реальной клинической практики число пациентов, не ответивших на терапию, может увеличиться до 40%. Наряду с этим, количество исследований, оценивающих эффективность лечения острого цистита (ОЦ) при неэффективности предшествующей терапии, ограничено.

На базе 4 центров (медицинский центр «Уромед», г. Тула; ОГУЗ поликлиника № 3, г. Смоленск; ООО «Андромед», г. Рославль; ОГУЗ Калужская областная больница, г. Калуга) проведено несравнительное открытое проспективное исследование безопасности и переносимости 10-дневного курса левлофлоксацина у пациентов, не ответивших на предшествующую терапию ОЦ. Все включенные в исследование больные получали левлофлоксацин (Флексид®, Сандоз, регистрационный № ЛСР-006977/08, 01.09.2008) в дозе 250 мг 1 раз в сутки.

В исследование включали женщин с клиникой ОЦ, соответствовавших следующим критериям: проведение в течение 2 предшествующих недель антимикробной терапии по поводу ОЦ, сохранение клинической картины ОЦ на момент включения в исследование, бактериурия $\geq 10^3$ КОЕ/мл, наличие письменного информированного согласия пациента на участие в исследовании. Критериями исключения являлись: развитие симптомов ОЦ в период более чем 14 дней до включения в исследование; предшествующее применение левлофлоксацина по поводу настоящего эпизода ОЦ; непереносимость фторхинолонов; беременность или кормление грудью;

клиника инфекции верхних отделов мочевых путей (пиелонефрит, абсцесс почки); установленные мочевые катетеры; необходимость сопутствующей терапии иммуномодулирующими и иммуносупрессивными препаратами; неспособность строго придерживаться требований протокола.

В исследовании участвовали 112 пациентов, средний возраст которых составил $37,3 \pm 6,2$ года. Длительность симптомов ОЦ до включения в исследование составила в среднем $5,9 \pm 1,7$ дня. Наличие фоновой патологии было зафиксировано у 76% пациентов, наиболее часто отмечалось наличие мочекаменной болезни (49,4%) и сахарного диабета (22,4%). Чаще всего пациенты отмечали частое мочеиспускание и рези при мочеиспускании 97,3% и 79% соответственно.

Исследователями был выполнен анализ предшествующей терапии по поводу данного эпизода цистита. Наиболее часто пациентам назначался ципрофлоксацин (28,6%), далее следовали пипемидовая кислота (25,8%), ломефлоксацин (13,4%), нитрофурантоин (9,8%) и нитроксолин (8,9%). Результаты лечения левлофлоксацином отражены в табл. 1.

Анализ сопутствующих заболеваний у пациентов, включенных в наше исследование, показывает, что у 76% «неответчиков» выявляются факторы, осложняющие течение ОЦ, основным из которых является мочекаменная болезнь и сахарный диабет. Таким образом, одной из основных причин неэффективности антимикробной терапии при ОЦ может служить наличие осложняющих факторов (табл. 2).

Таким образом, для терапии пациентов с ОЦ, не ответивших на предшествующую терапию, антимикробный препарат и режим его применения должны соответствовать нескольким критериям. Препарат должен быть эффективен при осложненных ИМП, обладать способностью преодолевать устойчивость основных уропатогенов, быть активным против редких возбудителей ОЦ, поддерживать высокую комплаентность при его приеме в течение 7–14 дней.

Одним из возможных режимов, соответствующих перечисленным выше критериям, можно считать применение левлофлоксацина 250 мг 1 раз в сутки в течение 10 дней. Отличительной особенностью левлофлоксацина является высокая активность против грам(-) бактерий (не уступающая ципрофлоксацину) и расширенная активность против грам(+) кокков (стафилококки, стрептококки и энтерококки).

При наличии у пациента с ОЦ факторов, осложняющих течение инфекции, можно предположить у него более широкий спектр потенциальных возбудителей инфекции. Так, помимо грам(-) микроорганизмов у данной группы пациентов более высокая вероятность выделе-

ния штаммов *Pseudomonas aeruginosa* и грам(+) микроорганизмов (в том числе *Enterococcus faecalis*), что требует назначения препаратов, обладающих высокой активностью *in vitro* в отношении данных микроорганизмов. Один из таких препаратов – левлофлоксацин. Левлофлоксацин создает высокие концентрации в моче, достигающие 138 мг/л, при этом минимальная подавляющая концентрация для 90% выделенных штаммов (МПК₉₀) препарата в отношении большинства представителей семейства *Enterobacteriaceae* не превышает 0,25 мг/л.

В нашем исследовании была показана высокая клиническая (89,2%) и микробиологическая (94,1%) эффективность левлофлоксацина при лечении ОЦ у пациентов, не ответивших на терапию первой линии. Таким образом, изученный режим терапии обладает приемлемым уровнем клинической и микро-

биологической эффективности и может быть использован у пациентов с ОЦ при неэффективности терапии первой линии.

Выводы

1. Наиболее вероятной причиной неэффективности антибактериальной терапии ОЦ является наличие у пациентов факторов, осложняющих течение инфекции (76%).
2. Левлофлоксацин, назначаемый в дозе 250 мг 1 раз в сутки в течение 10 дней, обладает высокой микробиологической (94,1%) и клинической эффективностью (89,2%) у пациентов с ОЦ и неэффективностью предшествующей антимикробной терапии.
3. Изученный режим назначения левлофлоксацина может рассматриваться как один из режимов антибактериальной терапии у пациентов с ОЦ при неэффективности предшествующей терапии.

Таблица 2. Основные причины неэффективности антимикробной терапии ОЦ

| Причина | Пример |
|---|--|
| Устойчивость уропатогена к антимикробному препарату | Использование аминопенициллинов, цефалоспоринов I поколения, котримоксазола в России. Инфекция развивалась в условиях стационара |
| Низкая приверженность пациентов лечению | Применение препаратов с высокой кратностью назначения – нитрофурантоин 4 раза в сутки |
| Наличие осложняющих факторов | Проведение коротких курсов антимикробной терапии при цистите у пациента с мочекаменной болезнью |
| Рецидив инфекции | Пациенты с рецидивирующими ИМП |
| Прием препарата низкого качества | Продажа пациенту контрафактного антибиотика |
| Лекарственные или пищевые взаимодействия | Прием фторхинолонов с антацидами, поливитаминами, препаратами железа, кальция, молоком |

Флексид®
левлофлоксацин

Европейское
качество лечения

Новая
упаковка № 14

Специально для длительных
курсов лечения

Рег. номер: ЛСР-006977/08

- Оптимальный спектр активности для лечения большинства амбулаторных инфекций^{1,2}
- Высокие концентрации в тканях и органах-мишенях^{3,4}
- Высокий профиль безопасности и переносимости⁵
- Делимая таблетка для эффективного дозирования

Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Флексид®. Международное непатентованное название: левлофлоксацин. Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой. Фармакотерапевтическая группа: противомикробные средства. Фторхинолоны. Показания к применению: инфекции ЛОР-органов (острый синусит), инфекции нижних отделов дыхательных путей (острый бронхит, инфекционный бронхит, внебольничная пневмония), осложненные инфекции мочевыводящих путей и почек, осложненные инфекции мочевыводящих путей и почек (включая пиелонефрит), простатит, инфекции кожи и мягких тканей. Противопоказания: повышенная чувствительность к левлофлоксацину или другим хинолонам, или к другим компонентам препарата; эпилепсия; порок сердца; судорожный синдром при ранее проводившемся лечении фторхинолонами; детский и подростковый возраст (до 18 лет); беременность и период лактации. Способ применения и дозы: внутрь. Таблетки Флексид® следует принимать 1 или 2 раза в день, независимо от приема пищи, на равном расстоянии и с одинаковой скоростью жевать. Доза приема и продолжительность лечения зависят от показаний к применению и тяжести течения заболевания. При подборе дозы таблетку можно разделить на части по разделительной риске. Лечение препаратом Флексид® должно продолжаться минимум еще 48-72 ч после исчезновения симптомов заболевания. Максимальная продолжительность лечения не более 14 дней. Больным с нарушениями функции почек необходим индивидуальный подбор дозы (включая креатинин < 30 мкмоль/л). При нарушении функции печени не требуется специального подбора дозы. Побочные действия: зуд, кожная сыпь; тошнота, диарея (0,1%); сывороточный синдром – повышенная активность печеночных ферментов (АЛТ, АСТ); головная боль, головокружение, нарушение сна, нарушение зрения, сухость во рту, сухость в носу, сухость в глотке; чувствительность; тахикардия; гипотония; артралгия; миалгия; тендинит; гиперкальциемия; эозинофилия; лейкопения; анемия. Особые указания: таблетки Флексид® необходимо принимать за 2 часа до или через 2 часа после приема сильных ингибиторов и индукторов цитохрома Р450, поскольку может иметь место снижение его активности. У пациентов, одновременно принимающих витамин К, необходимо контролировать параметры свертываемости крови. В редких случаях, наблюдаемых во время лечения хинолонами, тендинит может иногда привести к разрыву сухожилий, особенно сухожилий. Этот побочный эффект проявляется в течение 48 часов после начала терапии. Для людей пожилого возраста и пациентов, принимающих глюкокортикостероиды, существует повышенная опасность развития тендинита. Поэтому во время лечения левлофлоксацином необходимо тщательный контроль состояния также больных. Во время лечения препаратом Флексид® необходимо избегать приема солнечного и искусственного УФ-излучения (солярия), чтобы избежать фотосенсибилизации. Внимание на способность к концентрации внимания: следует соблюдать осторожность при вождении автотранспорта и выполнении других потенциально опасных видов деятельности, требующих повышенной концентрации внимания и быстрой психомоторных реакций. Условия хранения: при температуре не выше 25 °С. В недоступном для детей месте. Срок годности: 3 года.

Список литературы:
1. Справочник по антимикробной терапии. Выпуск 2. Под редакцией Колосова Р.С., Денисова А.В. – Смоленск: МАКМАХ, 2010. – с. 416-2. Яковлев С.В., Яковлев В.П. Современная антимикробная терапия в таблицах. Справочник. Метод: антимикробная терапия 2008/11(4). 3. Адальгеро: Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. Под редакцией Стефанского П.С., Белоусова Ю.Б., Колосова Р.С. Смоленск: МАКМАХ, 2007. – 864 с. 4. Croom K., Goa L. Levofloxacin. A review of its use in the treatment of bacterial infections in the United States. Drugs 2003; 63: 2789-2802. 5. Liu H.H. Safety Profile of the Fluoroquinolones. Focus on Levofloxacin. Drug Saf 2010;33(2):323-49.

® Швейцарское качество
Материал предназначен для медицинских (фармацевтических) работников

Novartis company

123317 Москва, Пресненская набережная, дом 8, строение 1, комплекс «Город столиц»
8-9 этаж, ЗАО «Сандоз», тел.: (495) 660-75-09, www.sandoz.ru

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ОЗНАКОМЬТЕСЬ, ПОЖАЛУЙСТА, С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ.

Таблица 1. Клинико-микробиологическая эффективность и частота развития нежелательных реакций при назначении левлофлоксацина 250 мг 1 раз в сутки в течение 10 дней у пациентов с предшествующей неэффективностью терапии ОЦ

| Параметр | Визит 1 (день 0) | | Визит 2 (день 3 ± 1) | | Визит 3 (день 12 ± 1) | | Визит 4 (день 28 ± 2) | |
|--|------------------|-----|----------------------|-----|-----------------------|------|-----------------------|-----|
| | n/N | % | n/N | % | n/N | % | n/N | % |
| Наличие симптомов | 112/112 | 100 | 65/112 | 58 | 11/102 | 10,8 | 5/65 | 5,3 |
| Частота выделения возбудителя | 112/112 | 100 | 10/112 | 8,9 | 6/102 | 5,9 | 6/65 | 9,2 |
| Частота развития нежелательных лекарственных реакций | 0/112 | 0 | 0/112 | 0 | 5/102 | 4,9 | 0/65 | 0 |

Опыт применения ботулинического токсина типа А в НИИ урологии



Виктория Валерьевна Ромих

Врач-уролог; зав. лабораторией уродинамики и функциональных расстройств органов таза ФГБУ НИИ урологии Минздрава России
vromikh@yandex.ru

В последнее время практически ни одно из урологических мероприятий не обходится без обсуждения темы нейроурологии, арсенал которой расширился благодаря появлению новых методов лечения. Одним из таких методов является ботулинотерапия (БТТ-А), возможности которой широко освещены в профессиональных урологических изданиях. НИИ урологии является одним из ведущих учреждений, имеющим наибольший опыт применения препаратов ботулинического токсина в России.

О 3-летнем опыте применения ботулинотерапии при различных нарушениях функций нижних мочевых путей мы попросили рассказать заведующую лабораторией уродинамики НИИ урологии Викторию Валерьевну Ромих.

– Как получилось, что известный природный яд стал лекарством?

– Интерес к ботулотоксину, как возможному лекарственному средству, появился в начале XX в. Во время Второй мировой войны было проведено всестороннее изучение токсина на предмет использования в качестве биологического оружия. Эти исследования дали основу для получения высокоочищенного кристаллического ботулотоксина типа А. Первым в медицинской практике ботулотоксин в конце 70-х годов применил американский офтальмолог Алан Скотт. Позже его стали применять в косметологии, неврологии, а теперь и в урологии.

– Когда ботулотоксин стал применяться в урологии? Каков опыт его использования лично в Вашей практике?

– В урологии ботулотоксин представлен препаратом Лантокс (Китгай). Это единственный официально разрешенный препарат ботулинического токсина А для использования в урологии на территории РФ. В НИИ урологии ботулотоксин стал применяться на базе лаборатории уродинамики с 2009 г. С тех пор наши специалисты постоянно стажировались в зарубежных клиниках и, в свою очередь, проводят школы и конференции по ботулинотерапии, обучая специалистов из России, Беларуси, Казахстана, Узбекистана и других стран.

– У пациентов с каким диагнозом Вы применяли ботулинотерапию?

– Нужно отметить, что за 3 года использования ботулотоксина (Лантокс) мы накопили опыт лечения более 300 пациентов. Распределение по нозологиям выглядит следующим образом:

- нейрогенная детрузорная гиперактивность ($n = 55$),
- рефрактерная к консервативному лечению детрузорная гиперактивность у неврологически интактных пациентов ($n = 45$),
- детрузорно-сфинктерная диссинергия (ДСД) ($n = 52$),
- тяжелые формы дисфункционального мочеиспускания (высокая степень инфравезикальной обструкции) ($n = 40$),
- менингиомиелоцеле (ММЦ) / последствия операций, приведших к отсутствию расслабления наружного сфинктера, хроническая задержка мочеиспускания, цистостомии ($n = 42$),

- пациенты детского возраста с миелодисплазией ($n = 16$),
- синдром хронической тазовой боли на фоне инфравезикальной обструкции (мужчины и женщины) ($n = 15 + 23$),
- интерстициальный цистит ($n = 12$),
- смешанное недержание мочи у женщин ($n = 12$),
- доброкачественная гиперплазия предстательной железы ($n = 10$).

– Число пациентов очень большое. Каким образом они поступают в НИИ урологии?

– НИИ урологии является федеральным центром, куда направляются самые тяжелые больные со всей России. Лечение у нас возможно по квотам, поэтому недостатка в пациентах нет. Конечно, еще приезжают больные из стран СНГ. Большое число пациентов обращаются через Интернет. К тому же мы ведем активную образовательную деятельность по теме уродинамики и нейроурологии. Мы активно сотрудничаем с нашими учениками, совместно консультируем и определяем тактику лечения. Большой может получить лечение у нас, а затем наблюдаться по месту жительства. Также приносит свои плоды и международное сотрудничество, которое распространяется как на страны СНГ, так и на дальнее зарубежье.

– Есть ли различия в применении ботулотоксина у этих категорий пациентов?

– Конечно. В зависимости от вида и механизма нарушения мочеиспускания способ, кратность и место введения ботулотоксина могут различаться. Так, при нейрогенной детрузорной гиперактивности мы вводили 150–300 ЕД препарата и при этом максимальная длительность эффекта составила 16 месяцев. Несмотря на хороший эффект остается много нерешенных вопросов. Существует ли дозозависимость? Когда выполнять повторное введение? Когда начинать медикаментозную поддержку?

– Какие цели преследует применение Лантокса при ДСД?

– Наш опыт применения Лантокса при ДСД заключается в лечении 52 пациентов. Область введения препарата была различной – 16 больным ботулотоксин вводился только в зону сфинктера, 28 – в детрузор и сфинктер, 8 – в детрузор, шейку мочевого пузыря и сфинктер. У части пациентов мы добились избавления от цистостомы (у 15 из 18), у других – снизили количество катетеризаций (у 8 из 12), ликвидировали недержание мочи (у 8 из 16). Максимальная длительность эффекта составила 12 месяцев, а в среднем – 5,2 месяца.

– Какие иглы Вы используете для введения ботулотоксина?

– Мы используем иглы InjeTAK при эндоскопическом введении БТТ-А. Эти иглы обеспечивают легкий прокол и предупреждают слишком глубокое введение благодаря специальному ограничителю.

В зависимости от вида и механизма нарушения мочеиспускания способ, кратность и место введения ботулотоксина могут различаться.

– Какова Ваша тактика при ММЦ?

– Это очень тяжелая врожденная аномалия развития спинного мозга. У нас под наблюдением было 42 пациента с ММЦ, ранее оперированных. Цель нашей терапии – избавить больных от цистостомы и уретрального дренирования, а также перевести их на интермиттирующую катетеризацию. Нужно отметить, что только 7 (16 %) пациентам не удалось достичь желаемого эффекта.

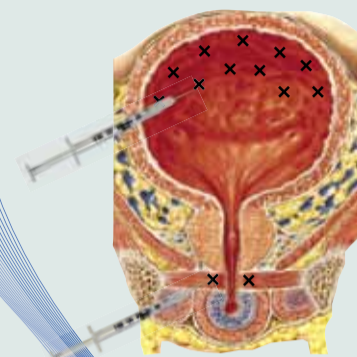
Лантокс® в урологии

Медицинская технология ФС № 2008/289 от 30 декабря 2008г «Лечение нейрогенной детрузорной гиперактивности и детрузорно сфинктерной диссинергии препаратом Лантокс». 1 гл., 1-2

ПОЧЕМУ Лантокс®?

- ✓ Первый БТА, разрешенный к применению в урологии
- ✓ Высокая эффективность и безопасность
- ✓ Малая инвазивность
- ✓ Доступность технологии
- ✓ Значительное улучшение качества жизни пациентов
- ✓ Уверенность в быстром и продолжительном эффекте

Lantox®
Botulinum Toxin Type A



ООО «Нике-Мед» – эксклюзивный дистрибьютор препарата Лантокс® в РФ, проводит регулярные обучающие курсы по методике применения БТА Лантокс® в урологической практике с демонстрацией операций. Обучение проводится ведущими специалистами в области нейроурологии и уродинамики.

ФГБУ «НИИ урологии» МЗ и СР РФ, Москва, ул. 3-я Парковая, д. 51

ГКБ №1, кафедра урологии РГМУ, Москва, Ленинский пр-т, д. 10, корп. 12

Запись на обучение по телефону:
8 499 272 45-64, 8 926 872 87-72



Регистрационное удостоверение № ЛСР-001587/08 от 14.03.2008 г.

119311, Россия, г. Москва, пр-т Вернадского, д. 8а
Тел./факс: 8-495 287 46-45
E-mail: nikemed@mail.ru; igitmos@mail.ru
www.lantox.ru

НИКЕ МЕД
ИННОВАЦИОННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

– В Центр нарушения мочеиспусканий, которым Вы руководите, наверняка часто обращаются женщины с недержанием мочи, в частности со смешанным его видом. Какой вид лечения Вы им рекомендуете?

– Первое, на что хотелось бы обратить внимание, смешанное недержание должно быть уродинамически доказано. Если мы видим, что преобладает гиперактивный мочевой пузырь, то лечение начинаем именно с ликвидации гиперактивности. Современные технологии позволяют одновременно избавлять от обоих компонентов недержания.

Нашу тактику хотелось бы продемонстрировать на очень показательном клиническом случае.

К нам обратилась пациентка 56 лет, которая 10 лет страдала стрессовым недержанием мочи в сочетании с поллакиурией и императивными позывами.

Женщине было выполнено введение Лантокса в детрузор (100 ЕД) в сочетании с паравезикальным введением геля Vulkamid®.

В результате императивные позывы и эпизоды недержания мочи исчезли, количество мочеиспусканий днем составило 7–8, ночью – 0–1. Эти же показатели сохраняются уже на протяжении более года.

– Каково Ваше личное мнение о ботулинотерапии и ее месте в урологии?

– Несомненно, ботулотоксин типа А (Лантокс) нашел свое место в нейроурологии не только благодаря своей эффективности, но и высокому профилю безопасности. Первые результаты ботулинотерапии являются многообещающими также при синдроме хронической тазовой боли, интерстициальном цистите. Три года применения БТТ-А – это небольшой срок, который не смог дать ответы на некоторые вопросы, например, дозозависимость эффекта, выбор времени повторного введения и т. д. В дальнейшем, я уверена, мы найдем ответы и на эти вопросы.

– Какие мероприятия организационного плана будут способствовать доступности БТТ-А для всех категорий пациентов?

– Первое – это привлечение специалистов, владеющих методикой ботулинотерапии, обучение новых врачей-урологов. Второе – введение ботулинотерапии в разряд высокотехнологичной медицинской помощи. **УС**

Беседовала **В. Шадёркина**, врач-уролог

Ключевые статьи из международных медицинских изданий

Новые принципы диагностики и лечения



Степан Сергеевич Красняк

М.н.с. отдела андрологии и репродукции человека, врач-уролог ФГБУ НИИ урологии Минздравсоцразвития России
krasnyakss@mail.ru

Варикоцеле и лечение мужского бесплодия: новый метаанализ и пересмотр роли устранения варикоцеле

Варикоцеле – это достаточно распространенное состояние, которое обнаруживается у многих мужчин, обследующихся по поводу бесплодия. Цель данного исследования – оценка эффективности проведения варикоцелэктомии при мужском бесплодии.

Для более объективного анализа существующей ситуации была тщательно изучена соответствующая литература, поиск которой осуществлялся с использованием Embase и Medline и включал метаанализы, а также рандомизированные и нерандомизированные проспективные (контролируемые и неконтролируемые) исследования. Кроме того, был проведен новый метаанализ.

С этой целью были выбраны 4 рандомизированных контролируемых исследования, в которых приводились данные о частоте беременности после устранения варикоцеле у мужчин с олигозооспермией. При использовании модели случайного эффекта комбинированное отношение шансов составило 2,23 (95 % доверительный интервал (ДИ) 0,86–5,78; $p = 0,091$), что свидетельствует о том, что варикоцелэктомия умеренно превосходит пассивное наблюдение, но эффект не является статистически значимым. Кроме того, мы выявили 22, 17 и 5 проспективных исследований, которые содержали информацию о концентрации сперматозоидов, их общей и прогрессивной подвижности соответственно до и после устранения у пациентов клинического варикоцеле. Модель случайного воздействия показала улучшение концентрации сперматозоидов на 12,32 млн/мл (95 % ДИ 9,45–15,19; $p < 0,0001$), общей и прогрессивной подвижности на 10,86 % (95 % ДИ 7,07–14,65; $p < 0,0001$) и 9,69 % (95 % ДИ 4,86–14,52; $p = 0,003$) соответственно. Эти результаты доказывают, что варикоцелэктомия связана со значительным увеличением концентрации сперматозоидов, а также общей и прогрессивной подвижности. Проспективные исследования также подтверждают, что варикоцелэктомия снижает интенсивность окислительного стресса и повреждения ДНК спермы, а также улучшает ультрамикроскопическую морфологию спермы. И в других исследованиях показано, что микрохирургический метод лечения варикоцеле приводит к меньшему числу рецидивов и меньшей частоте осложнений в отличие от других методов.

Ключевой момент

Устранение клинического варикоцеле улучшает качество спермы. Однако влияние варикоцелэктомии на частоту спонтанной беременности до конца остается неясным, поскольку в опубликованных рандомизированных контролируемых испытаниях приводятся противоречивые данные. Гетерогенность этих исследований не позволяет сделать однозначные выводы относительно потенциального благотворного влияния варикоцелэктомии на частоту спонтанной беременности.

Источник: Baazeem A., Belzile E., Ciampi A., Dohle G., Jarvi K., Salonia A., Weidner W., Zini A. *Varicocele and male factor infertility treatment: a new meta-analysis and review of the role of varicocele repair.* Eur Urol 2011 Oct;60(4):796–808. Epub 2011 Jul 5

Следуют ли врачи общей практики национальным руководствам при антибактериальной терапии инфекции мочевыводящих путей?

Неправильное использование антибиотиков является серьезной проблемой общественного здравоохранения на национальном и общепланетарном уровне в связи с развитием устойчивости организма пациента к восприятию терапии с применением антибиотиков. Целью данного исследования было выяснить, проводится ли назначение антибиотиков при лечении инфекции мочевых путей врачами общей практики в соответствии с национальными руководствами.

Мы объединили 2 набора данных с февраля по март 2003 г.: рецепты на антибиотики были погашены в аптеках, и электронные платежные карты были собраны Национальным страховым агентством у 145 врачей общей практики в округе Вестфорд. По итогам консультаций были проанализированы все рекомендации, которые были даны в связи с проблемами мочевого тракта, и определено, какие именно антибиотики были прописаны и на какой период. Далее назначенный курс лечения сравнивался с рекомендациями национального руководства. Путем логистического регрессионного анализа были определены факторы, связанные с адекватной длительностью лечения. Выяснилось, что триметоприм и мецillinам были наиболее часто назначаемыми пациентам чаще всего антибиотиками. Шестьдесят девять рецептов (6 %) из 1102 были выписаны на фторхинолоны. Что касается длительности лечения, то в общей сложности 271 (32 %) из 847 пациентов с диагностированным циститом лечились недостаточно длительным курсом; женщинам и молодым пациентам чаще всего назначалось лечение правильной продолжительности; врачи с числом пациентов на участке от 1000 до 1500, как правило, назначали антибактериальную терапию адекватной продолжительности. Было обращено внимание и на смену препаратов в курсе лечебной терапии: 6 пациентам (0,5 %), по данным исследований, был назначен другой антибиотик через 2–14 дней после первого назначения.

Выводы

Выбор антибиотиков соответствует национальным руководствам, но длительность лечения часто оказывалась недостаточной. Несмотря на это лишь у 0,5 % пациентов были выявлены признаки рецидива инфекции.

Источник: Agdestein B., Lindbaek M., Gjelstad S. *Do general practitioners follow the national guidelines for treating urinary tract infections with antibiotics?* Tidsskr Nor Lægeforen 2011 Sep 6;131(17):1641–4. PMID: 21901035

Растяжение почечной лоханки у пациентов с камнями в почках: сенсорный и биомеханический ответы

Патогенез симптомов мочекаменной болезни до сих пор плохо изучен. Традиционно увеличение внутрисосудного давления считается основным механизмом появления боли в верхних мочевых путях, но клинические данные весьма скудны. Цель настоящего исследования состояла в разработке новой модели, связанной с механочувствительностью, для описания геометрических и механических свойств почечной лоханки у пациентов с камнями почек.

Измерение давления в почечной лоханке было сделано во время КТ-пиелографии у 15 пациентов, перенесших перкутанную нефролитотомию. Сенсорная интенсивность была записана до появления порога болевых ощущений. Трехмерная деформация и растяжение были измерены у 5 пациентов. Деформация лоханки во время растяжения была неоднородной из-за ее сложной геометрии. Лоханка деформировалась на 113 ± 6 % и 115 ± 5 %

в продольном и круговом направлениях. Внутрисосудное давление в почечной лоханке соответствовало уровню чувствительности, но отраженная боль проецировалась диффузно и на различные по размерам области. Данное исследование предоставляет метод для описания свойств механочувствительности и трехмерной деформации сложной геометрии почечной лоханки. Хотя не было обнаружено связи между давлением и интенсивностью боли, неоднородное пространственное распределение деформации показывает, что трехмерные биомеханические свойства почечной лоханки не могут быть отражены простой оценкой напряженности на основе давления и объема.

Источник: Pedersen K.V., Liao D., Osther S.S., Drewes A.M., Gregersen H., Osther P.J. *Distension of the renal pelvis in kidney stone patients: sensory and biomechanical responses.* Urol Res 2011 Sep 10. PMID: 21909793

Новые технологии



Юрий Владимирович Толкач

Врач-уролог, аспирант кафедры урологии Военно-медицинской академии, Санкт-Петербург
yuri.tolkach@gmail.com

Резекция почки или энуклеация опухоли?

Ключевая мысль

Статья группы авторов из проекта SATURN, объединяющего представителей большинства крупных медицинских университетов Италии, является первым масштабным сравнительным исследованием. Его результаты показали, что у пациентов с диагнозом почечно-клеточный рак показатели выживаемости в отношении онкологических исходов после резекции почки (РП) и простой энуклеации (ПЭ) опухоли не отличаются, т. е. речь идет о выживаемости без прогрессии и раково-специфической выживаемости.

Описание исследования

Большая группа пациентов из 16 университетских центров Италии была прооперирована по поводу образований почки с использованием РП ($n = 982$) или ПЭ опухоли ($n = 537$). Продолжительность наблюдения за состоянием пациентов после операции составила соответственно $51 \pm 37,8$ и $54,4 \pm 36$ мес.

Предположительно можно говорить о следующих результатах: показатели выживаемости без прогрессии спустя 5 и 10 лет составили 88,9 % и 82 % для РП и 91,4 % и 90,8 % для ПЭ опухоли ($p = 0,09$); раково-специфическая выживаемость через 5 и 10 лет достигает 93,9 % и 91,6 % после РП и 94,3 % и 93,2 % после ПЭ ($p = 0,94$).

Статистически значимые различия отсутствовали и после коррекции (универсальный и мультивариантный анализ) по основным клиническим и патоморфологическим параметрам: возраст, соматический статус, симптоматическая классификация опухоли (Pataud), размер опухоли (по данным томографии и патоморфологического исследования), хирургический опыт, мультифокальный тип роста опухоли, индекс Фурмана, присутствие очагов некроза и саркоматоидной дифференциации, характеристика хирургического края, патоморфологическая стадия опухоли.

Интересно, что лишь 8 местных рецидивов опухоли было отмечено в обеих группах, и лишь 1 из них был выявлен в группе пациентов с ПЭ (0,2 %). Семь из 8 местных рецидивов были обнаружены у пациентов с отрицательным хирургическим краем, что соотносится с результатами других исследо-

ваний, подтверждающих факт того, что статус хирургического края в большинстве случаев не влияет на частоту развития местного рецидива и показатели выживаемости без прогрессии.

Тем не менее данное исследование имеет ряд недостатков.

Во-первых, оно носит ретроспективный характер, а медиана периода наблюдения в обеих группах пациентов не превышает 5 лет.

Во-вторых, между группами пациентов присутствуют статистически значимые различия по таким показателям, как возраст, соматический статус, клинический и патоморфологический размеры опухоли, состояние хирургического края, индекс Фурмана и даже опыт хирургов. Все это может послужить причиной значительной погрешности при оценке результатов.

В-третьих, отличия в операционной технике хирургов, наблюдаемые в течение всего периода исследования (1997–2007 гг.) в разных хирургических центрах (мультицентровое исследование), с одной стороны, и отсутствие стандартизированного алгоритма выбора операционной техники (РП или ПЭ) для каждого отдельно взятого пациента, с другой стороны, могли также привести к искажению результатов.

В-четвертых, некоторые хирурги во время операции могли предпочесть энуклеацию опухоли РП, что подтверждается результатами исследования, причем их выбор связан исключительно с анатомическими особенностями пациентов. Кроме того, простые энуклеации чаще выполнялись более опытными хирургами. Несмотря на то, что практический опыт хирурга, по данным проведенного анализа, не являлся предиктором онкологического исхода операции, это обстоятельство также следует принять во внимание.

Также следует учитывать, что средний размер опухоли почки у пациентов, принимавших участие в исследовании, был > 4 см, число пациентов с патоморфологической стадией pT1b и pT2 было небольшим, поэтому столь благоприятные результаты лечения пациентов со стадией pT1a (и небольшим размером опухоли) никоим образом нельзя экстраполировать на образования больших размеров.

Хотя в другом исследовании эта же группа авторов утверждала, что даже у опухолей размером < 10 см в процессе ПЭ опухоли всегда остается достаточный безопасный слой хронически воспаленных тканей (псевдокапсула), окружающих опухоль (в этом исследовании не было пациентов с индексом Фурмана 4; у 33 % пациентов были признаки инвазии в псевдокапсулу).

Еще одной важной особенностью, на которую обратили внимание специалисты в проведенном исследовании, является то, что ПЭ опухоли с индексом Фурмана 4 приводит к значительно худшим онкологическим результатам в отличие от РП, хотя его достаточно сложно определить на предоперационном этапе.

Подводя итог можно сказать, что исследование A. Minervini et al. является лишь первым шагом для включения ПЭ опухоли почки в международные рекомендации в качестве метода выбора оперативного лечения больных с небольшим размером опухоли, поэтому в масштабных контролируемых проспективных исследованиях с длительным периодом наблюдения необходимо с большой осторожностью относиться к ПЭ опухоли, так как требуются дополнительные подтверждения безопасности ее проведения у пациентов с диагнозом почечно-клеточный рак.

Источник: Minervini A. et al. *Simple enucleation is equivalent to traditional partial nephrectomy for renal cell carcinoma: results of a nonrandomized, retrospective, comparative study.* J Urol 2011 May;185:1604–10.

Как изменить ситуацию в урологических организациях? Рейтинг мнений

В прошлых номерах мы начали печатать результаты опросов, проведенных на сайте газеты **UroToday.ru**. Последний из них был посвящен ситуации, сложившейся в профессиональных урологических обществах, и в частности Российскому обществу урологов (РОУ). На сайте были опубликованы мнения ведущих урологов относительно этой проблемы*, по которым было проведено рейтинговое голосование. Каждое мнение предлагалось оценить по 5-балльной шкале, где 5 – наиболее близкая для участника опроса позиция, 1 – наименее близкая. С 15.12.2011 по 15.02.2012 в опросе приняли участие 679 человек.

Самый высокий рейтинг (4,3 балла) получило мнение директора НИИ урологии и нефрологии РостГМУ проф. М.И. Когана, который уверен, что медицинские общества должны создавать продукт, нужный власти, и стать настолько сильными, чтобы власть не могла не считаться с ними. Также М.И. Коган отметил, что центром политики РОУ являются интересы руководящего коллектива, а не отдельно взятого врача, и предложил тратить средства РОУ на профессиональное развитие урологов.

Вторым в рейтинге (4,1 балла) стало мнение зав. кафедрой урологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова проф. С.П. Даренкова, кото-

рый считает, что РОУ должно выступать в качестве эксперта для Минздравсоцразвития России. А для этого Общество нужно сделать более активным, реально работающим. «Нужен сильный и авторитетный лидер, – говорит профессор, – такой, которого уважают не за статус, а за реальные дела. В урологии, на мой взгляд, это Олег Борисович Лоран».

Третье место в рейтинге (3,9 балла) заняли сразу 3 мнения. Директор НИИ урологии проф. О.И. Аполихин высказался за передачу прав регуляции медицинской деятельности профессиональным общественным организациям. Зав. отделением урологии Медико-санитарной части № 60 проф. И.Г. Русаков полагает, что необходимо сузить пропасть между Минздравсоцразвития и практикующими врачами, и этим связующим звеном должна быть авторитетная профессиональная организация во главе с умным и понимающим лидером. Зав. кафедрой урологии МГМСУ проф. Д.Ю. Пушкарь считает, что залог изменения ситуации – изменение самих врачей, их стремление к повышению профессионального уровня, а урологические организации в свою очередь должны способствовать этому.

Президент ПААР проф. П.А. Щеплев (3,8 балла) предложил разработать новый Устав РОУ,

базирующийся на демократических принципах, таких как избрание и переизбрание председателя и членов президиума открытым голосованием; срок пребывания председателя общества на своем посту не более 2 лет с возможностью однократного переизбрания.

Главный врач Самарского онкологического клинического областного диспансера проф. Л.В. Шаплыгин (3,8 балла) предложил ряд практических шагов, которые позволят урологическим организациям стать более авторитетными: например, ввести страхование профессиональной деятельности врача через медицинские общественные организации; возможность Общества влиять на получение научных степеней и званий.

Зав. кафедрой урологии с курсом онкоурологии ФПКМР РУДН проф. А.Д. Каприн (3,6 балла) считает, что на очередном съезде РОУ необходимо обсудить базовые положения по созданию и развитию профессиональной организации, ее цели, задачи и функции на несколько лет вперед.

Рейтинговое голосование показало, что все высказанные мнения в той или иной степени близки урологическому сообществу. А для РОУ рейтинг по сути обозначил основные векторы изменений: усиление влияния во властных структурах, приоритет интересов

врачей – членов РОУ, а также новый лидер, способный к реальным делам.



Рейтинг мнений по 5-балльной шкале

Спасибо всем участникам опроса!

Материал подготовила
К. Печуринко, журналист

* Публикация доступна на сайте urotoday.ru, газета «Урология сегодня» № 5, 2011

Юбилей Ю.Г. Аляева

24 марта 2012 г. исполняется 70 лет со дня рождения выдающегося ученого и ведущего российского хирурга, заведующего кафедрой урологии Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, члена-корреспондента РАМН, заслуженного деятеля науки РФ, доктора медицинских наук, профессора **Юрия Геннадьевича Аляева**.

Юрий Геннадьевич родом из Пензенской области. В 1965 г. он с отличием окончил Башкирский медицинский институт и посвятил всю свою жизнь тяжелой профессии хирурга. В 1991 г. Ю.Г. Аляеву присвоено звание профессора кафедры

урологии ГОУ ВПО Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. В 1998 г. Ю.А. Пытель передает кафедру и клинику в надежные руки Ю.Г. Аляева, который и по сей день является заведующим кафедрой урологии Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова.

Ю.Г. Аляев – автор более 1200 научных работ: 28 монографий, 9 книг, 15 руководств для врачей, 19 учебно-методических пособий, а также учебник для вузов «Урология» и «Иллюстрированный практикум по урологии». Юрий Геннадьевич является автором 11 изобретений, рационализаторского предложения

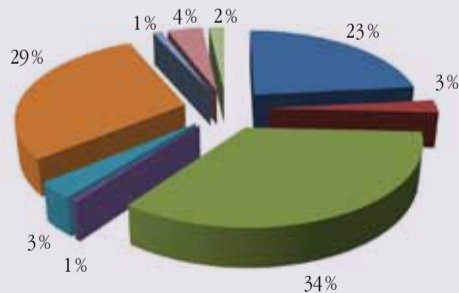
«Способ обезболивания при эмболизации почечной артерии». В 2012 г. ожидается выход в свет новый учебник по урологии для студентов медицинских вузов под редакцией Ю.Г. Аляева. Под его руководством защищены 45 кандидатских и 24 докторских диссертации.

Юрий Геннадьевич Аляев не только Человек с большой буквы, но и человек с Большим сердцем. В нем сочетается несочетаемое: сильный характер и доброта, начитанность и потрясающее чувство юмора.

В этот светлый праздник мы желаем нашему коллеге радостного настроения, крепкого здоровья и неиссякаемой энергии!



С Днем Рождения, дорогой Юрий Геннадьевич!



- Россия (члены Российского общества онкоурологов (РООУ) – 1862 адреса
- Россия (члены Общества трансплантологов) – 202 адреса
- Россия (государственные и частные медицинские центры, получившие лицензию в Росздраве по специальности «Урология») – 2746 адресов
- Россия (медицинские ВУЗы) – 45 адресов

- Россия (фармкомпании и производители мед. оборудования) – 259 адресов
- Специалисты-урологи России – 2342 адреса
- Россия (региональные органы управления здравоохранения) – 83 адреса
- Специалисты-урологи стран СНГ и дальнего зарубежья – 320 адресов
- Детские урологи – 139 адресов

В электронном виде газету получают подписчики сайтов www.netoncology.ru (8300 адресов), www.uroweb.ru (9850 адресов), www.urotoday.ru (4000 адресов).

По вопросам подписки обращайтесь к **ТИМОХИНОЙ ВАЛЕНТИНЕ** по тел.: +7 (499) 929-96-19 или по электронной почте: baza@abvpress.ru

Урология сегодня | № 1 (17) 2012

УЧРЕДИТЕЛЬ
ООО «Издательский дом «АБВ-пресс»
Руководитель проекта: Бердникова Татьяна
tatyana@abvpress.ru

РЕДАКЦИЯ
Главный редактор: Камолов Баходур
Шеф-редактор: Шадёркина Виктория
viktoria@urotoday.ru

ВЕРСТКА
Дизайнер-верстальщик: Степанова Елена

АДРЕС РЕДАКЦИИ И УЧРЕДИТЕЛЯ
115478, Москва, Каширское шоссе, д. 24, стр. 15
тел.: +7 (499) 929-96-19
e-mail: abv@abvpress.ru

ПЕЧАТЬ
ООО «Графика»
Заказ № 34
Тираж 8 000 экз.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ
По подписке. Бесплатно.
Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций, связи и охране культурного наследия.
Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-36927 от 21.07.2009

Категорически запрещается полная или частичная перепечатка материалов без официального согласия редакции.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Ответственность за достоверность рекламных объявлений несут рекламодатели.

Читайте в следующем номере:

- Соноэластография при ДГПЖ
- Острый кавернит
- Сексуальная функция после РПЭ
- Национальные рекомендации по уросепсису

О.А. Коровин

А.Г. Дзидзария

Л.Г. Раднаев