



VI конгресс  
Европейского  
общества  
онкоурологов (стр. 2)



Всеукраинская  
конференция урологов в  
Карпатах (стр. 3)



Клиника урологии ГУ  
РОНЦ им. Н.Н. Блохина  
РАМН (стр. 4)



Нейрогенная  
эректильная  
дисфункция (стр. 8)

## Актуально

### Варикоцеле – что нового?

Варикоцеле – одно из тех заболеваний, в отношении которых в медицинском сообществе то и дело вспыхивают дискуссии. Ничего удивительного в этом нет. Несмотря на более чем столетнюю историю изучения вопроса, в этиологии этого заболевания и сведениях о его влиянии на физиологические процессы, происходящие в организме, остается много белых пятен. Как с остроумным отчаянием выразился один профессор, чем больше погружаешься в эту проблему, тем меньше в ней понимаешь.

Варикоцеле обсуждают даже по телевидению, и там можно услышать, что связь варикоцеле с бесплодием опровергнута новейшими исследованиями, что в мире это заболевание оперируют очень редко и лишь в исключительных случаях, таких как выраженный болевой синдром или выраженная дистрофия яичка, наблюдаемая на протяжении по меньшей мере полутора лет. Мы признательны коллегам с телевидения за то, что они не боятся поднимать такие важные и сложные темы, однако полагаем некоторые их выводы излишне радикальными и не вполне соответствующими общепризнанной мировой практике. Поскольку вопросы эти представляют не академический, а практический интерес, хотелось бы рассмотреть их подробнее.

Одним из серьезнейших осложнений варикоцеле является бесплодие. В европейских и американских стандартах данное заболевание указывается в перечне основных причин бесплодия у мужчин. Операция по поводу лечения варикоцеле значительно и статистически значимо улучшает характеристики спермы прооперированных мужчин и дает им шанс стать отцами. В начале февраля 2009 года в Давосе состоялся 18-й европейский урологический форум, на котором эти данные в очередной раз были подтверждены докладом известного специалиста, венского профессора Вольфганга Аулицки (Wolfgang Aulitzky; с докладом на английском языке можно ознакомиться на сайте [www.urotoday.ru](http://www.urotoday.ru) – прим. ред.). В частности, профессор подтвердил, что варикоцеле считается одной из главных причин мужского бесплодия. Оно встречается в среднем у 15% мужчин в популяции, одна-

ко среди мужчин, имеющих проблемы с фертильностью, доля лиц с варикоцеле достигает 40%. Лечение значительно улучшает параметры спермы у бесплодных мужчин с варикоцеле. Частота беременностей достоверно возрастает в парах, где мужчина был прооперирован по поводу варикоцеле (36,4% vs 20%, P = 0,009).

Однако в последние годы появились единичные публикации о том, что хирургические методы лечения варикоцеле не всегда восстанавливают нормальный сперматогенез. Сами по себе эти данные не являются сенсацией. Сперматогенез – сложный процесс, и нарушение его может иметь не одну, а несколько независимых причин, которые нуждаются в дальнейшем изучении. Кроме того, некоторые из этих «сенсационных» работ при детальном анализе оказывались выполненными недостаточно корректно. Так, в уже упоминавшемся докладе профессора Аулицки был подвергнут критике один из таких обзоров и были наглядно продемонстрированы допущенные при его выполнении грубые методологические ошибки (в выборку были включены пациенты, которые не соответствовали критериям излеченного варикоцеле AUA и ARSM). На подобных данных авторы делают глобальный вывод о неэффективности хирургического лечения варикоцеле вообще.

О соответствии российской практики лечения общемировым стандартам и современных хирургических методах лечения варикоцеле мы попросили высказаться Зиёратшо Абдуллоевича Кадырова, доктора медицинских наук, профессора, ведущего научного сотрудника отдела лапароскопии НИИ урологии, автора монографии «Варикоцеле».

«Оперирование подростков с варикоцеле является нормальной общемировой практикой. К примеру, в Америке список показаний к операции в последние годы даже расширили. Что касается утверждений, что в России больных оперируют слишком часто и без достаточных показаний, то это не так. В литературе описано четыре степени варикоцеле: субклиническая, первая, вторая и третья. Продолжение на стр. 5 >>>

## События

### I Российский съезд детских урологов-андрологов



Виктория  
Шадеркина

Редактор сайта  
[www.uroweb.ru](http://www.uroweb.ru)

[viktoriashade@uroweb.ru](mailto:viktoriashade@uroweb.ru)

В России произошло знаменательное событие в жизни урологии – состоялся Первый съезд детских урологов-андрологов. Мероприятие прошло в пансионате «Ликино» (Московская область) 12–13 декабря 2008 года. Организатором съезда выступила Межрегиональная общественная организация детских урологов-андрологов (МООДУА) под председательством профессора И.В. Казанской.

В съезде приняли участие 150 человек из 36 регионов России, Украины, Белорусии, Литвы.

Специалисты в области детской урологии-андрологии, которых в России насчитывается 524 человека, отметили высокий уровень распространенности аномалий развития мочеполовых органов у детей, высокую степень инвалидизации детей с данной группой заболеваний, нарушение их репродуктивной функции в последующем. Делегаты с сожалением отметили сохраняющиеся негативные тенденции в состоянии здоровья детей.

После широкого обсуждения урологических проблем детского здоровья, в котором приняли участие ведущие ученые России в области детской урологии-андрологии Файзулин А.К., Казанская И.В., Окулов А.Б., Дерюгина Л.А., Зоркин С.Н., Осипов И.Б., Павлов А.Ю., Писклаков А.В., Ростовская В.В., Рудин Ю.Э., Тарусин Д.И., Шарков С.М., Яцык С.П., урологи обсудили организационные вопросы по улучшению оказания уроандрологической помощи детям.

На съезде было предложено создать расширенную коллегию для обеспечения межведомственного и межрегионального взаимодействия по улучшению качества оказания урологической и андрологической помощи детям на принципах междисциплинарного взаимодействия (генетики, эндокринологи, гинекологи, психологи, урологи, детские хирурги). Рабочая группа коллегии должна будет подготавливать предложения по обеспечению непрерывной подготовки кадров детских урологов-андрологов для работы в амбулаторно-поликлиническом звене на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

Особое внимание было уделено вопросам систематического повышения квалификации детских урологов-андрологов, составлению ежегодного плана научно-практических мероприятий, проведению школ по актуальным вопросам детской урологии и андрологии.

В заключение съезд был признан состоявшимся и эффективным по количеству выработанных решений. Очередной съезд специалистов по детской урологии-андрологии решено провести в 2010 году.



### Отдаленные результаты лапароскопической ретроперитонеальной нефропексии

КОРОТКО

В последнее время стало появляться больше литературных данных о лапароскопии как о минимально инвазивном подходе для нефропексии. Немецкие урологи под руководством Gozen AS и коллеги из Department of Urology, SLK-Kliniken Heilbronn, Teaching Hospital of the University of Heidelberg изучили отдаленные результаты и качество жизни пациентов после выполнения лапароскопической ретроперитонеальной нефропексии.

В исследовании приняли участие 48 пациентов с клинически значимым нефроптозом, которым была выполнена лапаро-

скопическая ретроперитонеальная нефропексия. Средний возраст пациентов составил 36,2 лет. Перед операцией всем им выполнялась экскреторная урография и сканирование почек в положениях лежа и стоя. После операции эти исследования были пройдены повторно.

Через восемь лет пациентов попросили заполнить опросники о качестве жизни, наличии симптомов, желании снова подвергнуться оперативному лечению.

Результаты исследования показали отсутствие каких-либо серьезных осложнений после операции. Среднее время операции составило 95 минут (от 50 до 200 минут). Средняя кровопотеря составила 50 мл.

Согласно проведенному послеоперационному обследованию, у 94,1% пациентов было отмечено отсутствие птоза или птоза менее чем на один позвонок. Через восемь лет удалось связаться и получить заполненные опросники 41 из 48 пациентов (85,4%), из которых 95% пациентов сообщили об исчезновении симптомов после операции, а 91% сделали акцент на уменьшении болевого синдрома. Из опрошенных пациентов 70,7% пациентов сообщили об улучшении качества жизни, 87% пациентов выразили желание снова подвергнуться операции, если это будет необходимо.

Ученые, проводившие исследование, заключили, что лапароскопическая ретроперитонеальная нефропексия является малоинва-

зивным, приемлемым, признанным методом для лечения симптоматического нефроптоза. Этот метод имеет хорошие отдаленные результаты и характеризуется пациентами как метод, значительно повышающий качество их жизни.



## VI конгресс Европейского общества онкоурологов (ESOU)



**Александр Говоров**

Член президиума ESOU  
alexgovorov@newmail.ru

С 16 по 18 января 2009 года в Стамбуле (Турция) прошел VI конгресс ESOU, в котором участвовали более 600 делегатов из 44 стран. Тематика конгресса включала в себя различные аспекты диагностики и лечения рака предстательной железы (РПЖ), рака мочевого пузыря (РМП), рака почки и яичка.

### Рак простаты

F. Namdy (Великобритания) в докладе, посвященном активному наблюдению, отметил, что у значительного числа больных локализованным РПЖ, диагностированным при скрининге, целесообразно, по его мнению, откладывать начало лечения на длительный срок. Для минимизации гиперлечения урологи могут использовать длительное время для принятия решения о выборе вида терапии, ориентируясь на такие факторы, как желание самого пациента, кинетику ПСА и прогрессию степени дифференцировки опухоли при биопсии. Подобный подход может использо-

ваться наряду с традиционными видами терапии при условии, что пациент адекватно информирован обо всех преимуществах и недостатках выжидательной тактики.

В докладе E. Klein (США) была отражена противоположная точка зрения, согласно которой ни одна существующая номограмма и ни один из новых биомаркеров не имеют достаточно прогностического значения при решении, кому из пациентов показано активное наблюдение. По мнению докладчика, в настоящее время не существует объективной возможности прогнозировать медленный рост или быстрое развитие опухоли простаты, поэтому активное наблюдение не может пока являться стандартным подходом к терапии РПЖ.

В дискуссии, посвященной фокальному лечению РПЖ, было отмечено, что основными препятствиями для широкого применения фокальной терапии являются склонность опухоли к мультифокальному росту и недостаточное развитие методов визуализации опухолевой ткани. Для эволюции концепции фокального лечения необходимо углубленное изучение клинических и иных факторов, указывающих на то, является ли опухоль монофокальной и/или односторонней. До настоящего времени нет достоверных данных, подтверждающих возможность использования любого значения ПСА, суммы Глисона или клинической стадии заболевания для оптимизации отбора больных для фокального лечения.

### Рак мочевого пузыря

T. de Reijke (Нидерланды) в докладе о мышечно-неинвазивном РМП отметил, что таблицы EORTC существенно помогают в оценке риска рецидива и прогрессии заболевания и позволяют урологу обоснованно рекомендовать пациенту адьювантную химио- и иммунотерапию или немедленное агрессивное хирургическое лечение. Продолжительность и режим дозирования внутривезикулярной химиотерапии продолжают определяться эмпирически. Установлено, что однократная инстилляционная химиотерапия в течение менее чем 24 часов после неосложненной трансуретральной резекции мочевого пузыря оказывает благоприятное действие во всех случаях. У пациентов из группы низкого риска достаточно одной инстилляции, у больных промежуточного риска для снижения риска рецидива рекомендуется проведение курса добавочных инстилляций.

В докладе G. Ludecke (Германия) обсуждался вопрос необходимости скрининга РМП у асимптоматических пациентов группы повышенного риска развития заболевания. По данным современных эпидемиологических исследований, известны факторы риска возникновения уротелиального рака, на основании чего был составлен опросник RisikoCheck®, оценивающий вероятность наличия опухоли мочевого пузыря (<http://www.riskcheck-bladder-cancer.info>).

По мнению докладчика, если по результатам опросника риск наличия рака у больного повышен, для раннего выявления опухоли, никак не проявляющей себя клинически, целесообразно проведение полного комплекса инвазивных диагностических манипуляций.

### Рак почки

В дебатах, посвященных роли активного наблюдения при небольших опухолях почки, H. Van Poppel (Бельгия) сделал заключение о том, что наблюдение возможно только в тех случаях, когда пациент и лечащий врач адекватно оценивают степень риска подобной тактики. Принимая во внимание эффективность и безопасность современных методов хирургического лечения почечно-клеточного рака, выжидательная тактика оправдана в исключительных ситуациях, в то время как резекция почки остается методом выбора.

M. Remzi (Австрия) добавил, что возможными критериями для проведения активного наблюдения в ряде случаев могут являться доброкачественный характер опухоли при биопсии, пожилой возраст и отягощенный соматический статус пациента, размер опухоли менее 3–4 см, хромобластный или смешанный тип строения опухоли при биопсии, а также готовность пациента к регулярному полноценному обследованию.

## 102-й ежегодный конгресс Французской ассоциации урологов

С 19 по 22 ноября 2008 года в парижском Дворце съездов (le Palais des Congres de Paris) проходил 102-й ежегодный конгресс Французской ассоциации урологов. За день до начала конгресса прошло заседание медсестер, на котором обсуждались вопросы ведения урологических больных.

Заседания проводились одновременно в двух больших конференц-залах и в шести залах поменьше, причем проходили они в разных форматах: лекционные выступления, семинары с интерактивным голосованием, эндоскопические и лапароскопические школы, обсуждение клинических случаев, а также школа Европейской ассоциации урологов по травме в урологии с интересными выступлениями по этой теме ведущих ученых из Испании, Италии и Франции.

В этом году работа конгресса началась с дня,

полностью посвященного молодежи, ведь воспитание нового поколения врачей – это одна из наиболее актуальных задач.

Группа интернов провела исследование, касающееся количества мест для обучения после интернатуры. Французская система получения сертификата уролога предполагает 6 лет обучения в медицинском университете, потом 5 лет интернатуры, после чего – 2 года работы в статусе Chef de Clinique. Оказалось, что в этом учебном году места для 56 интернов во всей Франции еще найдутся, а вот через два года около 15 окажутся не у дел. Понятное дело, подобная ситуация не устраивает ни интернов, проводивших 11 лет своей жизни в напряженной учебе, ни государство, потратившее колоссальные ресурсы на их обучение и интерны обратились к своим старшим товарищам из Французской ассо-

циации урологов, также присутствовавшим на заседании, для решения этой проблемы.

Оживление в зале вызвал доклад-отчет о стажировке французского интерна в Нью-Йорке, который, вне всякого сомнения, побудит интернов активнее принимать участие в программах обмена, позволяющих значительно повысить эффективность обучения.

Вдохновляющим событием стало награждение победителей лапароскопической олимпиады, прошедшей весной этого года. Два победителя, разделившие первое место, получили по небольшому личному лапароскопическому тренажеру, а занявшие вторые и третьи места – по фотоаппарату и mp3-плееру.

Лекции, посвященные актуальным вопросам современной урологии, таким как ней-

рогенные расстройства мочеиспускания, рак предстательной железы, доброкачественная гиперплазия простаты, преимущества и недостатки открытой и лапароскопической простатэктомии, причины врачебных ошибок в операционном блоке, особенности уродинамического обследования, пересадка почки, перемещались с другими сообщениями и потому всегда воспринимались с интересом. В конце заседания прошли закрытые выборы новых членов ассоциации резидентов, результаты которых были оглашены на ужине, организованном для интернов.

Наиболее посещаемыми оказались «круглые столы» и заседания комитетов по тематическим вопросам, где кратко сообщалось об основных изменениях в современных национальных руководствах по тактике ведения урологических больных.

КОРОТКО

### Безопасность и эффективность лапароскопических вмешательств при патологии почек у детей

Во взрослой популяции населения лапароскопия является главным методом лечения патологии почек. У детей, особенно младшего возраста и новорожденных, роль лапароскопии остается спорной. Бразильские ученые под руководством Denes FT проанализировали собственный опыт выполнения урологических лапароскопических операций в педиатрической практике и сравнили их результаты в трех возрастных группах. Особое внимание было уделено влиянию возраста на техническую выполнимость операций и хирургические результаты.

В период с 1995 по 2006 год в институте Uropediatric Unit, Division of Urology University of Sao Paulo Medical School (Бразилия) было выполнено 144 лапароскопические операции на почках у детей. Данные пациентов были стратифицированы по демографическим показателям, урологической патологии, виду хирургического вмешательства, периоперативным осложнениям и послеоперационным результатам. Пациенты были разделены на три возрастные группы: А – до года, В – от одного года до пяти лет, С – от шести до 18 лет.

Средний возраст пациентов составил 4,2 года (хотя диапазон был от 42 дней до 18 лет).

Пациентам этих трех групп было выполнено 54 нефрэктомии, 33 нефроуретерэктомии, 19 резекций верхнего полюса почки, 11 радикальных нефрэктомий, 22 пиелопластики. Случаи конверсии имели место: в группе А – 0%, В – 1,4%, С – 1,9% (Р равно 0,72). Случаи осложнений составили: в группе А – 5%, В – 8,2%, С – 17,8% (Р равно 0,88). Количество осложнений было признано минимальным во всех возрастных группах.

Ученые сделали вывод о том, что большинство лапароскопических вмешательств является безопасным во всех педиатрических

группах и имеет отличные эстетические и функциональные результаты.



# Всеукраинская конференция урологов в Карпатах



**Игорь Шадеркин**

Заведующий отделом телемедицины ФГУ «НИИ урологии Росмедтехнологий»

info@uroweb.ru

С 11 по 13 февраля 2009 года в Яремче (Карпаты, Украина) состоялась очередная всеукраинская конференция «Малоинвазивные технологии в урологии».

Организаторами конференции стали НИИ урологии АМН Украины (Киев), кафедра урологии Львовского государственного медицинского университета имени Данила Галицкого, Ивано-Франковский государственный медицинский университет, Главное управление здравоохранения Львовской области.

В гостеприимный гуцульский край съехалось более 200 участников со всей Украины, прибыли гости из России и Польши. Конференцию посетил главный уролог Украины С.П. Пасечников. Все эти дни урологи имели возможность сочетать активный отдых на горнолыжном курорте с научными заседаниями. Чистый горный воздух, изумительная зимняя погода, дружественная обстановка способствовали плодотворной работе, старым встречам и новым знакомствам.

Каждый день работы конференции начинался с утреннего «круглого стола». После обсуждения вопросов урологи могли активно отдохнуть в Карпатах и продолжить научную работу на вечерней сессии: все собирались в конференц-зале гостиницы «Карпаты» для прослушивания докладов коллег из Украины, России и Польши.

В первый день работы конференции польским урологом С. Вронски был представлен доклад на тему промежностной простатэктомии и лимфаденэктомии с описанием техники операции и комментариями из личного опыта врача. В докладе С. Вронски уделено большое внимание экономическим аспектам промежностной простатэктомии. По мнению автора, промежностная простатэктомия в лечении рака предстательной железы является одной из наиболее выгодных в экономическом плане операций по сравнению с открытой позадилоной простатэктомией, брахитерапией, лапароскопической простатэктомией, лучевой терапией и робот-ассистированной простатэктомией.

Специалисты из клиники урологии ФИПО ДонГМУ в докладе «Наш опыт применения

открытой и лапароскопической радикальной простатэктомии в лечении локального рака предстательной железы» поделились опытом выполнения лапароскопической радикальной простатэктомии в Донецке. Они отметили, что ежегодно в Украине отмечается 4000 новых случаев заболевания раком простаты, в 2008 году на учете состояло в общей сложности более 18 000 пациентов с этим диагнозом. В клинике с 2003 по 2006 год были обследованы 274 пациента с повышенным уровнем ПСА. Из них у 59 пациентов был диагностирован рак простаты, и они по критериям отбора подходили для выполнения радикальной простатэктомии. 18 пациентам была выполнена лапароскопическая радикальная простатэктомия. Онкологические и функциональные результаты были сопоставимы с таковыми при открытой простатэктомии.

Совместный доклад урологов России (Москва, Краснодар), Украины (Львов) и Белоруссии (Минск) «Профессиональный Интернет на постсоветском пространстве» был представлен И.А. Шадеркиным (НИИ урологии, Москва).

Своим опытом лапароскопического лечения варикоцеле поделился И.О. Пирожок. В период с мая 2007 по декабрь 2008 года на базе войскового госпиталя города Черновцы было выполнено 24 лапароскопические резекции вен семенного канатика. Все операции отличались высокой эффективностью,

малой травматичностью, безопасностью и хорошим косметическим эффектом.

В конце первого дня был проведен «круглый стол». Его темами были тактика лечения рака мочевого пузыря, кист почек, эндоскопического лечения стриктур ЛМС, представлены интересные клинические случаи.

Основная часть второго дня конференции была посвящена лечению мочекаменной болезни. Главный уролог Украины С.П. Пасечников рассказал о применении дистанционной литотрипсии при лечении камней мочеточников, осложненных острой почечной коликой и серозным пиелонефритом. В докладе были приведены результаты научной работы, в которой показана эффективность использования ДЛТ при камнях мочеточника и серозном пиелонефрите.

Специалисты из Львова поделились своим опытом лечения мочекаменной болезни методом нефролитолапаксии и дистанционной литотрипсии. О первом опыте применения лазера в лечении камней мочевыводящей системы рассказал профессор Ю.Б. Борис.

В совместном докладе коллег из России и Украины было рассказано о новом взгляде на использование телемедицинских технологий в урологии. Авторы отметили, что в связи с удешевлением компьютерных технологий, появлением доступного высоко-

скоростного Интернета и повсеместным распространением персональных компьютеров подход к проведению клинических телемедицинских консультаций изменился. В современных условиях нет необходимости использовать дорогостоящее оборудование, а желание пациентов получить независимое мнение специалистов делает повсеместным распространение отсроченных телеконсультаций. Автор доклада И.А. Шадеркин рассказал об опыте консультирования, который складывается из 100 ежедневных консультаций урологических пациентов.

О редком клиническом случае рассказал доцент А.И. Мысак из Тернополя в докладе «Альтернатива «Виагре», или Что не сделаешь ради женщин». Пациент поступил в отделение урологии с клиникой острой задержки мочи, перитонита и подозрением на инородное тело в уретре. Выяснилось, что пациент с целью возникновения эрекции ввел в половой член монтажную пену, которая по уретре проникла в мочевой пузырь и заполнила его. Доктора успешно выполнили операцию – лапаротомию, цистостомию, удаление инородного тела (застывшей пены) из мочевого пузыря и уретры. Пациент выписан с выздоровлением. В заключении своего сообщения автор сделал вывод, что монтажная пена не является альтернативой «Виагре» и не может использоваться в лечении нарушения эрекции. Такое заключение автора полностью одобрили все присутствовавшие на конференции урологи.

Научная работа последнего дня закончилась постерной сессией.

После распада Советского Союза возникло охлаждение взаимоотношений среди урологов России и Украины, совместные профессиональные встречи на паритетных началах не проводились. Благодаря совместным усилиям профессора А.В. Шуляка (Львов), И.А. Шадеркина (Москва, НИИ урологии) и многих коллег с кафедры урологии города Львова конференция в Яремче позволила собрать в Западной Украине не только представителей различных школ урологии Украины, но и специалистов из России. Это очень большой, важный и нужный шаг к сближению. У врачей-урологов России и Украины очень много общего, и будет гораздо проще решать схожие проблемы и развивать профессиональную урологию совместно. Очень хочется надеяться, что эта встреча станет хорошим примером для других специалистов и позволит растопить лед непонимания, превратить его в теплые дружеские и профессиональные отношения врачей Украины и России.



## Качество эякулята у активных пользователей компьютера

КОРОТКО

Китайские ученые под руководством He J и Liu HC из Institute of Clinical Medicine, PLA Technological Center for Healthy Birth & Child Care провели изучение возможной взаимосвязи между качеством спермы и работой за компьютером. При исследовании были рассмотрены данные 224 бесплодных мужчин, из которых 118 были программистами, 106 – не программистами. Контрольная группа состояла из 125 мужчин с нормальной фертильностью. Учеными были проанализированы время разжижения эякулята, концентрация сперматозоидов, процент живых и подвижность сперматозоидов,

а затем эти показатели были сравнены с критериями ВОЗ.

По сравнению с контрольной группой фертильных мужчин в группе бесплодных пациентов было отмечено значительное уменьшение объема спермы и концентрации сперматозоидов, снижение подвижности и процента живых сперматозоидов (P менее 0,05–0,01), увеличение времени разжижения (P менее 0,01). Объем эякулята, жизнеспособность и подвижность сперматозоидов были ниже в группе профессиональных программистов, чем в группе других бесплодных пациентов (P менее 0,05). Эти три параметра были значительно снижены в группе работаю-

щих за компьютером от нуля до пяти, от шести до десяти и более десяти часов в день. Снижение концентрации, жизнеспособности и подвижности сперматозоидов было сильнее выражено в группе проводящих за компьютером более десяти часов в день, чем у пациентов, работающих за ним от нуля до пяти и от шести до десяти часов в день. Значительной разницы между двумя последними группами выявлено не было (P более 0,05).

Авторы исследования сделали следующий вывод, касающийся низкого качества спермы: работа за компьютером более десяти часов в день может являться одним из факторов, проводящих к мужскому бесплодию.



## Клиника урологии ГУ Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина Российской академии медицинских наук

(заведующий клиникой – доктор медицинских наук, профессор В.Б. Матвеев)

Клиника урологии ГУ Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина Российской академии медицинских наук основана в 1980 году и в настоящее время является одним из крупнейших учреждений, в котором оказывается специализированная помощь больным, страдающим опухолями мочевыводящих путей и мужских половых органов.

Клиникой урологии руководит известный ученый и блестящий хирург Всеволод Борисович Матвеев. Руководитель клиники – доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества урологов, Европейской урологической ассоциации, вице-президент Российского общества онкоурологов. Профессор В.Б. Матвеев ежегодно выполняет более 500 операций различных категорий сложности и является автором около 150 научных трудов.

Коллектив врачей отделения составляют 15 высококвалифицированных специалистов. Среди них четыре доктора медицинских наук, имеющих ученое звание профессора, и 11 кандидатов медицинских наук. Сотрудники клиники владеют всеми навыками, необходимыми для оказания специализированной помощи больным опухолями мочеполовой системы, включая хирургические вмешательства, проведение лекарственного лечения (в том числе химиотерапии, таргетной терапии, иммунотерапии) и лучевой терапии.

Стационар оснащен современным медицинским оборудованием для проведения полноценного обследования больных опухолями мочеполовой системы, включающего лабораторную диагностику, инструментальную диагностику (ультразвуковое исследование, в том числе с доплерографией, рентгенографию, в том числе – различные варианты ангиографических исследований, компьютерную и магнитно-резонансную томографию на аппаратах последнего поколения, скintiграфические исследования), а также инвазивные диагностические манипуляции (эндоскопические исследования, трансабдоминальную, трансректальную и эндоскопическую биопсию новообразований различных локализаций и прочее).

Стационар располагает операционными, оборудованными для выполнения открытых операций, в том числе в условиях искусственного кровообращения, лапароскопических вмешательств и эндоскопических урологических манипуляций. Каждый год в клинике выполняется от 900 до 1000 операций.

Ежегодно около 350 эндоскопических онкоурологических операций производится под эпидуральной анестезией, что позволяет безопасно выполнять хирургические пособия пациентам с высоким операционным риском. Большинство открытых и лапароскопических оперативных вмешательств выполняется в условиях комбинированного наркоза.

В клинике имеется оборудование, необходимое для проведения как дистанционной (конвенционной, конформной), так и внутритканевой лучевой терапии. Персонал стационара обладает необходимыми навыками

и опытом проведения токсичного лекарственного лечения.

Многопрофильность центра позволяет выполнять мультиорганные хирургические вмешательства, а также проводить комбинированное и комплексное лечение пациентов, что определяет уникальный спектр медицинских услуг, оказываемых пациентам, страдающим различными онкоурологическими заболеваниями.

Рак почки является приоритетным направлением в работе клиники. Ежегодно хирургическое лечение на базе стационара проходит около 250 пациентов, страдающих данным заболеванием:

1. Клинически локализованный рак почки:
  - a. лапароскопическая резекция почки;
  - b. открытая резекция почки;
  - c. экстракорпоральная резекция почки (по строгим показаниям);
  - d. лапароскопическая нефрэктомия;
  - e. открытая нефрэктомия.
2. Местно-распространенный рак почки:
  - a. нефрэктомия, забрюшинная лимфаденэктомия при метастазах в забрюшинные лимфузлы;
  - b. нефрэктомия, резекция смежных органов, вовлеченных в опухолевый процесс (печени, ободочной кишки и прочего);
  - c. нефрэктомия, удаление опухолевого тромба любой протяженности из просвета нижней полой вены/экстирпация нижней полой вены (по показаниям – в условиях искусственного кровообращения).
3. Рак почки с отдаленными метастазами:
  - a. паллиативная нефрэктомия (в том числе лапароскопическая);
  - b. нефрэктомия, удаление солитарных/единичных метастазов из легких (в том числе торакоскопически), костей, печени, головного мозга и т.д.;
  - c. проведение таргетной терапии, иммунотерапии, экспериментальных методов лечения распространенного рака почки (в рамках клинических испытаний, после получения информированного согласия больного) – амбулаторно;
  - d. паллиативные операции при метастазах в позвоночник (декомпрессионная ламинэктомия, вертебропластика);
  - e. проведение паллиативной лучевой терапии при множественных или неоперабельных солитарных метастазах в головной мозг;
  - f. проведение паллиативной лучевой терапии при метастазах в кости.
4. Местные рецидивы рака почки:
  - a. удаление местных рецидивов рака почки;
  - b. проведение таргетной терапии, иммунотерапии, экспериментальных методов лечения распространенного рака почки (в рамках клинических испытаний, после получения информированного согласия больного) – амбулаторно.

Ежегодно в клинике проходит лечение 150 больных раком простаты. В стационаре проводится лечение пациентов, страдающих раком предстательной железы различных стадий:

1. Клинически локализованный рак простаты:
  - a. радикальная простатэктомия:
    - i. нервосберегающая;
    - ii. шейкосберегающая;

- b. брахитерапия;
- c. конформная дистанционная лучевая терапия.

2. Местно-распространенный рак простаты:
  - a. гормонолучевая терапия.
3. Рак простаты с метастазами:
  - a. гормонально чувствительная форма – гормонотерапия;
  - b. гормонально-рефрактерная форма – химиотерапия;
  - c. паллиативные операции при метастазах в позвоночник (декомпрессионная ламинэктомия, вертебропластика);
  - d. проведение паллиативной лучевой терапии при метастазах в кости.

Рак мочевого пузыря – одно из злокачественных новообразований, зачастую требующих комбинированного подхода, который может быть эффективно осуществлен только в специализированном многопрофильном центре. Ежегодно в клинике урологии лечение получают около 300 больных данным заболеванием.

1. Поверхностный рак мочевого пузыря:
  - a. трансуретральная резекция мочевого пузыря;
  - b. внутривезикулярная иммунотерапия, химиотерапия.
2. Инвазивный рак мочевого пузыря:
  - a. радикальная цистэктомия с ортотопическим замещением мочевого пузыря;
  - b. радикальная цистэктомия, формирование удерживающего резервуара;
  - c. радикальная цистэктомия с формированием резервуара с постоянным истечением мочи;
  - d. комбинированное лечение (трансуретральная резекция мочевого пузыря, дистанционная лучевая терапия с радиомодифицирующей химиотерапией).
3. Рак мочевого пузыря с метастазами:
  - a. химиотерапия;
  - b. паллиативная лучевая терапия.

Опухоли верхних мочевыводящих путей – редкое заболевание, и немногие клиники располагают опытом лечения данной категории больных. Ежегодно в клинике урологии проходят лечение около 20 подобных пациентов.

1. Поверхностный рак лоханки/мочеточника:
  - a. трансуретральная резекция лоханки/мочеточника.
2. Инвазивный рак лоханки/мочеточника:
  - a. нефруретерэктомия (открытая или лапароскопическая), резекция мочевого пузыря (трансуретральная или открытая);
  - b. резекция мочеточника.
3. Рак верхних мочевых путей с метастазами:
  - a. химиотерапия;
  - b. лучевая терапия с радиомодифицирующей химиотерапией.

Опухоли яичка – одно из приоритетных направлений в научно-практической деятельности ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. Эти новообразования относительно редки, что обуславливает недостаточный опыт лечения данной категории

больных в других стационарах, в то время как хирургическое лечение этих пациентов представляет собой существенные технические трудности и требует наличия специфических навыков.

1. Орхфуникулэктомия.
2. Риск-адаптированная химиотерапия.
3. Профилактическая забрюшинная лимфаденэктомия (лапароскопическая нервосберегающая).
4. Забрюшинная лимфаденэктомия после химиотерапии (при необходимости – с резекцией и протезированием аорты, нижней полой вены, резекцией органов, вовлеченных в опухоль).

При выборе тактических подходов к лечению рака полового члена клиника принимает во внимание не только онкологическую целесообразность того или иного решения, но и ожидаемое качество жизни. Специалисты отделения располагают колоссальным опытом проведения органосохраняющего лечения больших поверхностных опухолей данной локализации. Пациентам с распространенными формами заболевания выполняются операции в объеме ампутации/экстирпации полового члена, двухсторонней операции Дюкена.

В клинике урологии накоплен уникальный опыт лечения больных опухолями уретры. При этом, как правило, используется комбинированный подход.

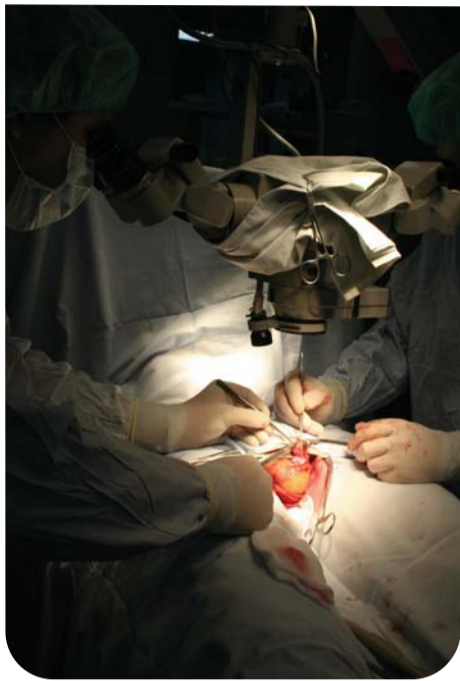
Проводимое лечение позволяет не только увеличить продолжительность, но и сохранить качество жизни и психологическое здоровье пациентов. В клинике разработана программа реабилитации больных, страдающих эректильной дисфункцией после радикальной цистэктомии, радикальной простатэктомии и других операций на органах таза, включающая медикаментозную терапию и эндопротезирование полового члена.

В клинике проводятся одобренные Этическим комитетом клинические испытания новых лекарственных препаратов в рамках российских и международных протоколов. Сотрудники клиники проводят отбор больных распространенным раком почки и диссеминированным раком предстательной железы для участия в клинических исследованиях II–III фаз.

Клиника проводит оригинальные клинические исследования, направленные на выявление оптимальной тактики лечения онкоурологических заболеваний. Специалисты отделения являются авторами множества актуальных статей и монографий, посвященных клинической онкоурологии. На базе клиники защищено большое количество докторских и кандидатских диссертаций. Чтобы перенять бесценный опыт, наработанный врачами отделения, ежегодно сюда приезжают более 30 онкоурологов из России, стран СНГ и ближнего зарубежья. На базе клиники проводятся ежегодные курсы повышения квалификации для врачей-онкологов из России и СНГ с богатым клиническим, теоретическим и демонстративным материалом.

**115478, Москва, Каширское шоссе, д. 23/2, РОНЦ им. Н.Н. Блохина, отделение урологии тел. +7 (495) 324-44-89 oncurolog@netoncology.ru**

## Варикоцеле – что нового?



Многие практикующие урологи выполняют операцию только на основании осмотра и пальпации органов мошонки, поэтому субклиническую первую степень диагностируют очень редко. Субклиническую и первую степень можно обнаружить с помощью ультразвуковой доплерографии, которую мальчикам-подросткам не всегда выполняют (ее, в основном, делают взрослым пациентам, обращающимся по поводу бесплодия при полном обследовании, и тогда часто обнаруживаются эти степени варикоцеле). Вторая степень диагностируется лучше, но встречается сравнительно редко (около 10% от общего числа больных). Основной контингент больных, которые обращаются к врачам в России, – это пациенты с третьей степенью варикоцеле. У взрослых пациентов в 70% случаев поводом для обращения становится болевая симптоматика (у подростков –

в 30% случаев), которая сама по себе является показанием к операции. И практически всегда третьей степени сопутствует гипотрофия яичка. Причем, как правило, она уже выражена на момент обращения к врачу.

Так что число неоправданных операций в России, если они вообще есть, очень невелико. С другой стороны, существует еще одна проблема. Как показывают наши исследования последних лет (с применением УЗИ и доплерографии), в 40% случаев варикоцеле является двусторонним (а по данным некоторых авторов – в 70% случаев). И нарушение сперматогенеза у таких больных намного больше, чем при одностороннем поражении. Между тем двустороннее варикоцеле диагностируется очень редко. Приходит больной с варикоцеле слева, его обследуют и оперируют, а что происходит с другой стороны – не принимают во внимание. А это обязательно надо делать и, если имеется выраженное нарушение сперматогенеза, таких больных надо оперировать с двух сторон.

Если же говорить о формах оперативного вмешательства, обязательно нужно сказать, что у нас врачи по-прежнему предпочитают операцию Иванисевича, потому что она проста и не требует специального технического оснащения. Но вероятность рецидивов для этого метода достаточно высока. В последние годы появились новые методы. На мой взгляд, на первом месте сейчас находятся микрохирургические операции и лапароскопия. Они дают меньше рецидивов и меньше осложнений. Многие врачи уверены, что операция Иванисевича самая дешевая, но на самом деле наш опыт и данные мировой литературы показали, что при расчете совокупных затрат (расходы на операцию, количество проведенных в стационаре дней, послеоперационный уход, наблюдение в поликлинике, сроки

возвращения к обычной жизни и т.д.) микрохирургические операции и лапароскопия не только эффективнее, но и дешевле! Конечно, остается еще стоимость дорогостоящего оборудования, но ведь оно рассчитано на использование в условиях многопрофильной больницы, многократное и разнообразное применение и в конечном счете окупается.

Представление о том, что у нас в России безоглядно оперируют всех больных с варикоцеле, а в остальном мире – лишь немногих, вероятно связано с несовершенством нашей системы диагностики. Лишь единицы мужчин в нашей стране хотя бы раз в жизни делали УЗИ мошонки. А без него диагностировать начальные стадии варикоцеле практически невозможно. Вот так и получается, что отношение числа прооперированных к общему числу диагностированных больных у нас в разы выше, чем в странах, где диагностируются все формы болезни, начиная от субклинических проявлений. В действительности, как отметил выше профессор Кадыров, по-настоящему острым для России является вопрос не столько количества операций по поводу варикоцеле, сколько их качества: недостаточное использование современных и щадящих методов хирургического вмешательства, таких как микрохирургия и лапароскопия. Общепризнанным методом хирургического лечения варикоцеле в урологии и детской хирургии продолжает оставаться операция Иванисевича – перевязка яичковой вены в забрюшинном отделе. Рецидивы варикоцеле при этой операции, особенно в детской практике, достигают 43%. При использовании же современных методов (лапароскопии, микрохирургии) вероятность рецидивов гораздо ниже, нормальная активность

пациента восстанавливается уже на второй-третий день. Кроме того, в большинстве случаев пациент не нуждается в обезболивающих лекарствах в послеоперационном периоде. Что особенно важно, когда речь идет о детях или подростках.

В заключение нам кажется важным напомнить коллегам, что реакции на обсуждение медицинских вопросов в СМИ часто бывают непредсказуемыми. Вот какие сообщения можно встретить порой на урологических форумах: «Здравствуйте, доктор. У меня есть сын, ему 18 лет. Поставили диагноз «варикозное расширение вен мошонки». Врач сказал, что нужна операция. Но тут я увидела передачу, в которой говорилось, что ни в коем случае операцию делать не надо! Кому верить – не знаю! Подскажите, как быть? Заранее спасибо!»

«Нам не дано предугадать, как наше слово отзовется», – утверждал поэт. Но мы – журналисты и врачи – можем и должны существенно сузить зону этой неопределенности, тщательно и компетентно подбирая материал и аккуратно донося его до слушателя и читателя. Медицинская журналистика – зона особой ответственности, ведь на кону здесь часто бывает здоровье пациентов, а иногда – и их жизнь. Пожалуйста, давайте помнить об этом.

P.S. В связи с актуальностью данной темы наша газета начинает на своих страницах открытую профессиональную дискуссию об оптимальных стратегиях диагностики и лечения варикоцеле и приглашает всех желающих принять участие в ней.

**Мария Кондратова**  
Специальный корреспондент газеты  
«Урология сегодня»

## Хирургическое лечение детей с опухолевыми заболеваниями мочеполовой системы



**Андрей Рябов**

К.м.н., заведующий отделением

ryabovdoc@mail.ru

В настоящее время НИИ Детской онкологии и гематологии Российского онкологического центра им. Н.Н. Блохина РАМН – флагман детской онкологии.

В институте разрабатываются и совершенствуются все виды комплексного лечения: химиотерапия (в том числе высокодозная), лучевые методы, а также различные по объему и сложности виды хирургического вмешательства. Отделения НИИ ДОГ ГУ РОНЦ РАМН включены в большое число международных программ. Более 15 лет РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН является базовой организацией Научного совета по злокачественным новообразованиям под председательством директора ГУ РОНЦ, академика РАН и РАМН М.И. Давыдова.

В хирургическом отделении опухолей торакоабдоминальной локализации НИИ ДОГ им. Н.Н. Блохина РАМН накоплен колоссальный опыт лечения и диагностики онкологических заболеваний. Ежегодно в отделении проходят лечение 400 детей с различной онкопатологией, в том числе с онкологическими заболеваниями мочеполовой системы. Среди них самой распространенной

является нефробластома (НБ), или опухоль Вилмса (6–7% в структуре злокачественных опухолей детского возраста). Билатеральная нефробластома составляет около 10% наблюдений злокачественных опухолей почек у детей.

Мы внимательно следим за мировыми тенденциями в лечении детей с НБ и широко используем программы комплексного лечения, основанные на протоколах крупных международных исследований. На первом этапе большинству наших пациентов мы проводим предоперационный курс полихимиотерапии, благодаря чему опухоль уменьшается в размерах и ее биологическая агрессивность снижается. Затем выполняем операцию.

Тесное сотрудничество с врачами онкоурологического отделения и наличие прекрасной рабочей базы позволяют нам заимствовать и внедрять у детей техники проведения оперативных вмешательств, сотни раз доказавших свою эффективность у взрослых пациентов. Например, открытое хирургическое вмешательство при нефробластоме у детей выполняется нами практически так же, как при раке почки у взрослых. Расширенная операция включает в себя удаление параортальных лимфатических узлов. Это делается не только для оценки возможного их поражения, но и для более точной визуализации сосудов почечной ножки с целью профилактики осложнений в ходе операции.

Сегодня хирургическое лечение НБ у детей при помощи резекции почки полностью себя оправдывает, поэтому ряду наших пациентов нам удается выполнять органосохраняющие вмешатель-

ства. Совершенствуя методику подобных операций, мы можем минимизировать вероятность возникновения рецидива заболевания.

Свои особенности имеют подходы в лечении детей с билатеральной нефробластомой. В большинстве случаев с целью профилактики почечной недостаточности после проведения предоперационной полихимиотерапии оперативное вмешательство выполняется в два этапа. Первый включает в себя резекцию наименее пораженного органа, а второй – резекцию или нефрэктомии наиболее пораженного. Таким образом мы даем возможность наименее пораженной почке адаптироваться и в полной мере восстановить свою функциональную деятельность к моменту проведения второй операции.

В отделении отрабатываются показания к проведению одномоментных операций на обеих почках. Выполнено 17 подобных оперативных вмешательств без значимых осложнений. Такой подход, безусловно, сокращает время до начала проведения послеоперационной полихимиотерапии.

Также в нашем отделении есть опыт лечения детей с рабдомиосаркомой мочевого пузыря и простаты. Эта опухоль чувствительна к химио-лучевой терапии, поэтому необходимость в оперативном вмешательстве при данном заболевании возникает лишь в случае локального поражения мочевого пузыря, когда возможно выполнить его резекцию.

Новаторским направлением в работе отделения являются эндоскопические хирургические вме-

шательства у детей. Подобные операции во всем мире выполняются крайне редко. Однако накопленный большой опыт открытой хирургии и эндохирurgical вмешательств во взрослой онкоурологии позволили нам шире использовать эндохирургию в педиатрической практике.

За последние два года в отделении было проведено 24 эндоскопических нефруретеректомий по поводу НБ, причем 11 вмешательств – у детей в возрасте до одного года. Мы считаем возможным выполнение у детей эндорезекции почек при доброкачественных опухолях и при молатеральной нефробластоме I стадии с локализацией опухоли в области одного из полюсов почки.

В перспективные планы развития хирургического отделения опухолей торакоабдоминальной локализации входит организация конгрессов по видеохирургии в детской онкологии. Наряду с этим мы надеемся применять видеохирургию как этап больших по объему оперативных вмешательств (удаление опухолей средостения с распространением в забрюшинное пространство, удаление опухолей крестца и т.д.), расширить показания к выполнению видеохирургических вмешательств детям в возрасте до одного года.

**115478, Каширское шоссе, 23/2**  
**НИИ детской онкологии и гематологии**  
**ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН**  
**Отделение опухолей**  
**торако-абдоминальной онкологии**  
**Тел. +7 (495) 324-43-01**

# «Урология сегодня» представляет

## «Диферелин» призван помочь больным с раком предстательной железы

Известно, что рак предстательной железы (РПЖ) в российской структуре онкологической заболеваемости занимает четвертое место (5,4%), пропустив впереди себя злокачественные новообразования бронхов, трахеи, легких, желудка и кожи.

Как в современной медицине лечат это тяжелое заболевание? Методов и подходов много, причем их число постоянно пополняется новыми предложениями. Но прежде, чем продолжить разговор на эту тему, надо четко понимать следующее. Есть радикальное лечение РПЖ – например хирургическое удаление опухоли, лучевая терапия – которое приемлемо только при локализованной форме патологии, а это, как показывает статистика не превышает 1/3 от общей численности заболевших. Что же делать с остальными пациентами, у которых злокачественный процесс запущен и принял генерализованный характер?

Прошло почти 70 лет с того момента, когда Чарльз Хаггинс обнаружил, что клетки предстательной железы в норме и при злокачественной трансформации являются гормонально зависимыми. С момента данного открытия в медицине утвердился эффективный метод консервативного лечения неоперабельной стадии заболевания, в основу которого был положен гормональный принцип. В наши дни он существует в разных модификациях. Так, в последнее десятилетие онкологи стали интенсивно внедрять в клиническую практику РПЖ новые фармацевтические препараты, среди которых особое место занимают синтетические аналоги гонадотропин-релизинг-гормона (ГнРГ). Причиной послужи-

ли работы нобелевского лауреата, профессора Эндрю Шали с коллегами, выявившего более 30 лет тому назад структуру ГнРГ. В результате возник фармакологический бум, связанный с поиском и синтезом активных фармацевтических молекул, способных играть роль аналогов естественного ГнРГ.

Итогом усилий разработчиков инновационных средств стало появление препаратов, поистине открывших новые возможности для эффективного лечения раковых опухолей, реагирующих на содержание половых гормонов. Особое место среди них занимают лекарственные средства пролонгированного действия, удобство применения которых по понятным причинам повышает качество жизни больных. Препараты назначают как непосредственно для лечения курсовыми дозами, так и для диагностики степени гормональной чувствительности опухоли на ранних периодах терапии.

По данным онкоурологов, среди группы синтетических препаратов – аналогов ГнРГ наиболее активно в практике лечения РПЖ проявил себя «Диферелин®» 3,75 мг (трипторелин). Вот что сказал по этому поводу профессор И. Г. Русаков: «После многолетнего опыта применения «Диферелина®» 3,75 мг в отделении онкоурологии ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий» препарат подтвердил свою эффективность и безопасность у пациентов с поздними стадиями рака простаты. Качество медикаментозной кастрации, достигаемой при назначении «Диферелина» в форме пролонгированного высвобождения, обуславливает значительное уменьше-

ние клинической симптоматики, метастазов, улучшает состояние работоспособности».

Как и всякое онкологическое заболевание, рак предстательной железы требует долгосрочного введения лекарственных препаратов, в нашем случае – аналогов ГнРГ. **Применяемый для этих целей «Диферелин®» 3,75 мг замедленного высвобождения включен в стандарты лечения РПЖ и в список по социальной программе ОНЛС.** Его лекарственная форма обеспечивает введение один раз в месяц, что уже представляет бесспорное преимущество перед препаратами, которые следует принимать ежедневно.

Однако время не стоит на месте, и разработчики препарата совместно с клиницистами предложили новую лекарственную форму, теперь уже с 3-месячным пролонгированным действием – «Диферелин®» 11,25 мг. Это, несомненно, шаг вперед с точки зрения комплаентности лечения. По мнению проф. И.Г. Русакова, «результат проведенного обзорного европейского клинического исследования фармакодинамической эффективности «Диферелина®» 11,25 мг подтверждает снижение секреции тестостерона до уровня ниже порога кастрации (1,73 нмоль/л), что является основной терапевтической целью при его использовании». Препарат прошел государственную регистрацию и применяется в клинической практике.

Настало время рассказать о том, кто выпускает «Диферелин» и импортирует его на территорию Российской Федерации. Это – «Ипсен Фарма Биотек», входящая в состав транснациональной фармацевтической группы «Ипсен».

Работая под девизом «Инновации во имя здоровья», «Ипсен» представляет на рынке свыше 20 лекарственных препаратов, продаваемых более чем в 100 странах мира. Главной целью компании является внедрение в медицину инноваций, повышающих эффективность лечения и уровень качества жизни пациентов, что мы видим на примере «Диферелина®». Свою стратегию развития «Ипсен» строит на продвижении высокотехнологичных препаратов, в частности – в онкологии.

Компания имеет четыре научно-исследовательских центра в Париже, Бостоне, Барселоне и Лондоне. Географическое расположение центров представляет «Ипсен» неоспоримые конкурентные преимущества по привлечению к сотрудничеству высококвалифицированных исследователей из крупнейших университетов мира.

В России компания «Ипсен» работает с 1993 года. В ее портфеле представлены препараты, используемые в общей терапевтической практике, а также инновационные препараты. Имея 15-летний опыт работы на российском рынке лекарств, компания подтвердила свою репутацию надежного производителя и импортера высококачественной фармацевтической продукции.



## «Байер Шеринг Фарма»: на пике достижений фармакологии XXI века

В последние годы фармакология преподносит практически каждому врачу поистине революционные препараты и расширяет возможности помощи больным. Так, по данным ВОЗ, смертность от онкопатологий в цивилизованных странах планеты, таких как США, Германия, Франция, Нидерланды снизилась за последние десять лет на 30% (!), несмотря на то, что заболеваемость неуклонно растет. Увеличивается продолжительность жизни пациентов, улучшается ее качество. Все это стало возможным благодаря разработке новых классов лекарственных средств, в частности, таргетных препаратов для лечения раковых заболеваний.

Всего год назад таргетный препарат «Нексавар®» (сорафениб) был зарегистрирован в России для лечения метастазированного рака почки. Являясь мультикиназным ингибитором, «Нексавар®» оказывает воздействие на представителей двух классов киназ: (C-Raf (Raf-1) и D-Raf1), известных своим

участием в пролиферации клеток, и (VEGFR-1-3, PDGFR-b, FLT-3, RET и c-KIT), отвечающих за кровоснабжение опухоли. Кроме того, на доклинических моделях было продемонстрировано, что, поскольку сигнальный путь Raf/MEK/ERK также играет некоторую роль в образовании гепатоцеллюлярной карциномы; блокирование передачи сигналов через Raf-1, возможно, оказывает дополнительное терапевтическое действие при данном заболевании.

Многоцентровые международные исследования, в которых принимали участие и российские центры, в частности, клиника онкоурологии Московского научно-исследовательского онкологического института им. П. А. Герцена, показали, что «Нексавар®» (сорафениб) превосходит эффективность иммунотерапевтических препаратов при лечении метастазированного рака почки, обладая при этом таким несомненным преимуществом, как меньшая токсич-

ность, а следовательно – лучшая переносимость. Препарат предназначен для перорального применения, следовательно, терапия «Нексаваром®» не требует госпитализации больного. В ходе клинических исследований общая выживаемость в группе пациентов, получавших «Нексавар®», увеличилась на 39% по сравнению с группой плацебо. Риск прогрессирования опухоли снизился на 56%.

Разработки в области урологии компания ведет сразу в нескольких направлениях, уделяя особое внимание теме мужского здоровья. Так, для коррекции эректильной дисфункции (ЭД) компанией был разработан и выведен в клиническую практику препарат «Левитра®» (варденафил). Среди всех препаратов, являющихся селективными (избирательными) ингибиторами активности фосфодиэстеразы 5-го типа, «Левитра®» – самый новый. При его разработке были учтены возможные побочные эффекты. Нема-

ловажно, что «Левитра®» – самый быстродействующий препарат из класса ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа, действие которого наступает уже через 10 минут после приема.

Угасание жизненных функций мужчины (одной из которых является ЭД) обусловлено снижением уровня мужского полового гормона – тестостерона. В всем мире признанным препаратом выбора для проведения длительной заместительной гормональной терапии гипогонадизма любого генеза и в том числе возрастного андрогенного дефицита является тестостерона ундеканат («Небидо®») в виде масляного раствора. «Небидо®» производства компании «Байер Шеринг Фарма», единственный инъекционный препарат длительного действия в виде всего четырех инъекций в год, который не допускает нефизиологических колебаний тестостерона в период между инъекциями, что обеспечивает удобство для пациентов и их приверженность к лечению.

### Информация о компании Bayer Health Care

Bayer Health Care, входящая в состав концерна Bayer AG, является одной из ведущих инновационных компаний мира в сфере разработки и производства лекарственных средств и товаров для здравоохранения. Штаб-квартира компании находится в Леверкузене (Leverkusen) и Берлине (Berlin), Германия. Деятельность субконцерна сосредоточена в таких областях, как фармацевтика, препараты безрецептурного отпуска, лечение и экспресс-диагностика диабета и здоровье животных.

Фармацевтическое подразделение субконцерна – компания Bayer Schering Pharma AG состоит из следующих бизнес-единиц: «Онкология» (Oncology), «Гематология/кардиология» (Hematology&Cardiology), «Женское здоровье» (Women's HealthCare), «Специализированная терапия» (Specialized therapy), «Общая терапия» (Primary Care) и «Диагностическая визуализация» (Diagnostic imaging).

Цель Bayer Health Care – создание и производство препаратов, улучшающих состояние здоровья людей и животных во всем мире. Продукты Bayer Health Care улучшают самочувствие и повышают качество жизни путем диагностики, профилактики и лечения различных заболеваний.

### Подними мужской вопрос!



**ЛЕВИТРА®**  
(ВАРДЕНАФИЛ)  
Левитра® – быстрое решение проблемы эректильной дисфункции у пациентов с сопутствующими заболеваниями

Подробная информация содержится в инструкции по применению препарата  
Телефон доверия по вопросам мужского здоровья: **8-800-200-10-15** Дополнительная информация на [www.mensland.ru](http://www.mensland.ru)

Москва	(495) 231 12 00	Казань	(843) 267 61 27	Хабаровск	(4212) 75 56 96
Санкт-Петербург	(812) 331 36 07	Екатеринбург	(343) 378 41 26	Отдел оптовых продаж	(495) 231 12 10
Ростов-на-Дону	(863) 268 86 47	Новосибирск	(383) 222 18 97	Алтайский склад	(495) 231 49 56

### При выявлении эректильной дисфункции – проверьте тестостерон!



**НЕБИДО®**  
Для восстановления физиологического уровня тестостерона  
4 инъекции в год\*  
\*раз в 10-14 недель

Распорядок для внутримышечного введения 250 мг/мл (в ампуле содержится 1000 мг тестостерона ундеканата)

Москва	(495) 231 12 00	Казань	(843) 267 61 27	Хабаровск	(4212) 75 56 96
Санкт-Петербург	(812) 331 36 07	Екатеринбург	(343) 378 41 26	Отдел оптовых продаж	(495) 231 12 10
Ростов-на-Дону	(863) 268 86 47	Новосибирск	(383) 222 18 97	Алтайский склад	(495) 231 49 56

## Кафедра урологии и нефрологии АГМУ



**Александр  
Неймарк**

Заведующий кафедрой урологии и нефрологии АГМУ, д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ.

neimark@barnaul.ru

История урологии на Алтае начинается в 1947 году, когда сюда приехала врач-хирург Борисова Валентина Михайловна. На тот момент урологией, в основном неотложной, в Алтайском крае занимались спорадически: ни коек, ни тем более урологического отделения не было.

Впервые семь урологических коек было открыто при I хирургическом отделении городской больницы № 1 (больница скорой медицинской помощи) в 1949 году. К 1950 году их количество увеличилось до 15. Всех урологических больных обследовала и оперировала врач Борисова – единственный уролог в крае на тот момент. Пластика уретры, пластики при гипоспадии, эписпадии и т.д. – вот те первые урологические операции, которые были тогда сделаны ею. 1954 год был ознаменован открытием Ал-

тайского государственного медицинского института в Барнауле, и в 1957 году Валентина Михайловна, пройдя по конкурсу ассистентом на кафедру факультетской хирургии, начала преподавать урологию студентам. В 1957 году открылось первое урологическое отделение барнаульской городской больницы № 1 (заведующая отделением – В.М. Борисова), затем было открыто урологическое отделение в краевой больнице (40 коек), а с 1961 года оно было расширено до 60 коек.

В 1966 году Железнодорожная больница (на тот момент в ней было развернуто 30 урологических коек) стала первой клинической базой для студентов АГМИ. В 1971 году был выделен самостоятельный курс урологии при медицинском институте. Заведующей курсом стала В.М. Борисова. С 1985 года курсом урологии стал заведовать доцент А.И. Неймарк, ученик В.М. Борисовой, защитивший в 1986 году докторскую диссертацию. По его непосредственной инициативе в 1991 году была открыта кафедра урологии и нефрологии. Она долгое время являлась единственной кафедрой урологии и нефрологии на территории от Урала до Дальнего Востока. С приходом на должность заведующего кафедрой профессора А.И. Неймарка активизировалась научная работа клиники.

В ходе активной работы были разработаны и активно внедряются в практику такие научные направления, как использование эффективных методов лечения воспалительных заболеваний у урологических больных, вопросы андрологии, урогинекологии и применение курортных факторов Алтайского края в лечении урологических больных. По этим направлениям защищено 6 докторских и 46 кандидатских диссертаций, опубликовано 16 монографий. Кафедра активно внедряет полученные результаты в лечебный и учебный процесс. По разработанным методикам лечения получено 12 патентов на изобретение. Кафедра активно занимается подготовкой и переподготовкой кадров. Действует аспирантура, ординатура и докторантура, а также проводятся переподготовка и курсы повышения квалификации врачей. С момента создания в 1996 году факультета усовершенствования врачей (а теперь – ФПК и ППС) на кафедре прошли повышение квалификации свыше 150 врачей Алтайского края, Новосибирска, Омска, Тюмени, Якутии, Казахстана, Монголии.

За годы работы кафедра удостоена следующих наград: премия Алтайского края в области научных исследований (2001, 2005 годы), премия академика Н.А. Лопаткина «За вклад в развитие отечественной урологии» (2005 год).

Российская академия естествознания присвоила кафедре звание «Золотая кафедра России».

Сегодня кафедра продолжает активно расти и развиваться. Расширяется сотрудничество с врачами различных смежных специальностей: сосудистыми хирургами, врачами функциональной и ультразвуковой диагностики, неврологами, психиатрами и т.д. Все это позволяет, в свою очередь, привносить в понятие общей урологии много различных новых методов лечения больных, таких как тиббиальная стимуляция при ГАМП, рентгенэндоваскулярная чрескатетерная эмболизация артерий предстательной железы при ДППЖ, вопросы медикаментозной коррекции пациенток с интерстициальными циститами и т.д. Помимо этого, продолжается активное освоение эндо- и лапароскопических методов лечения урологических пациентов.

На сегодня кафедра урологии и нефрологии АГМУ уже далеко не единственная учебно-клиническая структурная единица. Общность взглядов, принципы дружеского диалога с коллегами из Новосибирска, Томска, Кемерово, Красноярска позволяют говорить о создании единой Сибирской урологической школы.

## Вести из регионов

### В Нижневартовске специальность «детский уролог-андролог» – одна из самых востребованных на рынке труда

В Ханты-Мансийском округе в Нижневартовске проведен социологический опрос о специальностях, которые будут востребованы в ближайшем будущем. На основании полученных данных выяснилось, что приоритетными считаются специальности режиссера (звукорежиссера, режиссера-постановщика), геолога, инженера-проектировщика, детского уролога-андролога, эндокринолога и хирурга, офтальмолога, отоларинголога, невролога, акушера-гинеколога, врача ультразвуковой диагностики.

В соответствии с этим результатом в Нижневартовске будет сформирован список кандидатов на регионально-целевую подготовку специалистов, сообщает пресс-служба администрации города. Кандидатами на обучение могут стать выпускники школ, имеющие медаль, выпускники-отличники средних специальных учебных заведений либо обладатели призовых мест финалов всероссийских и окружных олимпиад по учебным предметам, соответствующим профилю выбранной специальности, а также обладатели первых мест в конференции молодых исследователей программы «Шаг в будущее».

### Создан российский многофункциональный лазер для урологии

Российскими физиками создан уникальный медицинский прибор. Это многофункциональный лазер, который можно применять в урологии. Один из лазеров в корпусе может оперировать рак почки и одновременно заваривать сосуды, а второй – дробить камни в почках и мочевом пузыре вообще без разрезов.

Директор Института общей физики РАН, член-корреспондент РАН Иван Щербаков рассказал, что история разработки прибора началась в советские времена. В то время российские физики открыли новое явление: при взаимодействии лазерного импульса с твердым веще-

ством на поверхности последнего образуется лазерная искра. Расширение плазмы в искре приводит к образованию пузыря в жидкости. После достижения максимального размера он начинает «схлопываться» под действием атмосферного давления. Ударная волна (фактически – звук, образующийся при коллапсе пузыря в жидкости) и приводит к разрушению камня.

В СССР планировали применить такое явление в военной технике для борьбы с подводными лодками, но в итоге получился более благородный прибор – лазер-литотриптор для дробления камней в почках и мочевом пузыре. С его помощью можно дробить крупные камни без оперативного вмешательства, подходя к ним через естественные мочеполовые пути.

Литотриптор испускает импульсы раз в микросекунду сразу на двух длинах волн. Эти длины подобраны так, что мягкими тканями организма практически не поглощаются, а значит – не повреждаются. Таким образом, лазер «прокалывает» хирурга: если попасть импульсом не в камень, а в слизистую оболочку, повреждения тканей не произойдет.

Не менее интересен и второй прибор. Мощный Nd-YAG лазер работает на длине волны в 1,064 микрометра, с выходной мощностью до 120 ватт и выступает еще и в качестве коагулятора. Это означает, что лазер не просто делает разрез, но и «заваривает» разрезанные сосуды толщиной до двух миллиметров. Такое свойство позволяет выполнять операции на паренхиматозных органах с обильным кровоснабжением – например, почках и селезенке.

Два ярчайших примера использования нового лазера привел руководитель урологического центра ЦКБ РЖД доктор медицинских наук Олег Теодорович.

В первом случае к урологам поступил больной с раком обеих почек. Одну почку полностью поразила опухоль, так что ее просто удалили. Во второй находилось два злокачественных очага. Один из них – в верхней трети – также удалили, а второй располагался прямо посередине почки.

Точно рассчитав мощность лазера, хирурги смогли коагулировать опухоль, оставив нетронутыми окружающие ткани. В результате у больного осталась одна работающая почка. Без уникального прибора он оказался бы без обеих почек, и всю оставшуюся и – улы – в таком случае короткую жизнь ему пришлось бы провести на гемодиализе.

Второй случай оказался еще более редким. В ЦКБ РЖД поступила пациентка с крупным камнем в мочевом пузыре. Однако уже во время операции обнаружилась доброкачественная опухоль, выросшая в мочеточнике и перекрывающая его просвет. При помощи хирургического лазера эту опухоль легко удалили практически без последствий. Без нового лазера, возможно, пришлось бы удалять опухоль с помощью открытой операции.

В 2008 году были завершены клинические испытания, прибор получил все необходимые медицинские сертификаты и был запущен в мелкую серию. В декабре 2008 года состоялась презентация лазера в комитете по науке правительства Москвы.

### В отделение урологии городской больницы Черкесска поступило новое оборудование

В городской больнице Черкесска – столицы Карачаево-Черкесии – состоялась презентация нового дорогостоящего современного оборудования для проведения эндоскопических урологических операций и контактной литотрипсии. Стоимость нового оборудования составила почти 1,7 млн рублей. Как отметил главный врач городской больницы Черкесска Замир Шевхужев, «преимущества нового оборудования состоят в коротком послеоперационном периоде и периоде послеоперационной реабилитации, а также положительном косметическом эффекте». Оборудование установлено и прошло необходимую апробацию.

### В Казахстане закрывают единственное на всю страну андрологическое отделение

Единственное андрологическое отделение Казахстана закрывается. Причина парадок-

сальна: в пору всеобщей борьбы за государственный заказ больничное начальство не хочет, чтобы стационар содержали за счет бюджета. Это удивляет не только врачей, но даже министра здравоохранения Жаксылыка Доскалиева, который уверяет, что не в курсе этой проблемы, и обещает разобраться.

Между тем андрология – не просто направление в медицине, которое занимается мужским здоровьем, это еще и решение проблемы демографии, о которой так любят говорить в своих выступлениях высокопоставленные лица. Сегодня очередь в клинику превышает план в два раза. Возможно, именно этим и объясняется такой интерес к отделению: кому-то выгодно, чтобы услуги здесь оказывались только на платной основе.

### Концепция оказания урологической помощи в Красноярском крае

В Красноярском крае ведется работа по разработке концепции оказания урологической помощи гражданам. Об этом 24 декабря на встрече с журналистами рассказал министр здравоохранения региона Вадим Янин.

По его словам, в настоящее время урологическую помощь в регионе оказывают краевая больница № 1, городские больницы № 4 и № 6, краевой госпиталь ветеранов войн. «В идеале все лечебные учреждения нужно оснастить необходимым для оказания урологической помощи оборудованием, но, учитывая высокую стоимость техники и некоторые связывающие нас ограничения, мы предполагаем, что техника и кадры должны быть сконцентрированы в одном месте. То есть мы думаем о централизации услуг в этой области медицины», – пояснил Янин.

Он добавил, что на сегодняшний день дискуссия по поводу разработки концепции урологической помощи жителям Красноярского края продолжается: «Как только концепция будет определена, мы сможем говорить о ней более подробно».

## Нейрогенная эректильная дисфункция: подходы к лечению



**Яна Гриднева**

К.м.н., врач-хирург  
отделения урологии РОНЦ  
им. Н.Н. Блохина РАМН  
gridnevayana@mail.ru

Эректильная дисфункция (ЭД) – весьма распространенная форма сексуальной дисфункции, заметно снижающая качество жизни по меньшей мере 152 млн мужчин во всем мире. Наиболее серьезные проявления имеет ЭД, обусловленная органическими причинами, например повреждением нервных стволов и артерий после травмы или радикальных хирургических вмешательств на органах малого таза, среди которых первое место по частоте занимает радикальная простатэктомия (РП). При нарушении иннервации и/или кровоснабжения ткань полового члена быстро подвергается ремоделированию (повышается количество коллагена, снижается число гладкомышечных клеток – ГМК), что еще больше усугубляет проявления ЭД, поэтому своевременная реабилитация, направленная на восстановление эректильной функции, так необходима.

К сожалению, на сегодняшний день не существует стандартного протокола лечения нейрогенной ЭД вследствие недостатка проспективных рандомизированных плацебо-контролируемых клинических исследований данной тематики. В современной практике широко используются следующие группы

препаратов: пероральные ингибиторы фосфодиэстеразы пятого типа (ФДЭ-5), препараты для интракавернозного введения – алпростадил (синтетический простагландин E1) и другие вазодилататоры, а также алпростадил для интрауретрального введения. При неэффективности консервативного лечения показано протезирование полового члена. Иногда наряду с медикаментозной терапией для лечения ЭД применяют вакуум-эректоры, однако целесообразность их использования находится под вопросом, поскольку вызываемая этими устройствами ишемия ткани кавернозных тел, а также отсутствие расслабления ГМК во время эрекции могут теоретически оказывать негативное влияние на конечный результат реабилитации.

Как правило, терапию ЭД начинают с назначения ингибиторов ФДЭ-5 per os: «Левитры» (варденафила) и других. Эти препараты («Левитра» (варденафил) и другие) оказывают сосудорасширяющее действие за счет угнетения функции ФДЭ-5 – фермента, разрушающего внутриклеточный цГМФ, опосредующий расслабление ГМК кавернозных тел. Заметим, что цГМФ образуется в ГМК под воздействием на них оксида азота, высвобождаемого из нервных окончаний, поэтому эффективность ингибиторов ФДЭ-5 («Левитры» (варденафила) и других) зависит от наличия интактных кавернозных нервов. Считается, что у пациентов после РП эти препараты демонстрируют наибольший эффект в 18-й – 24-й месяцы послеоперационного периода, когда начинает восстанавливаться иннервация кавернозных тел. В ряде исследований, однако, сообщается о том, что применение ингибиторов ФДЭ-5

(«Левитры» (варденафила) и других) в течение одного года после операции способствует скорейшей нормализации эрекции, а также сохранению проэректильной ультраструктуры гладкомышечной ткани кавернозных тел (препятствует развитию фиброза), поэтому лечение ингибиторами ФДЭ-5 целесообразно начинать как можно раньше.

Пациентам, резистентным к лечению ингибиторами ФДЭ-5 или перенесшим радикальную простатэктомию без сохранения сосудисто-нервного пучка, показана терапия алпростадилем, эффект которого не зависит от сохранности иннервации кавернозных тел. Предполагается, что алпростадил оказывает не только сосудорасширяющее действие, но и стимулирует регенерацию кавернозных нервов. Интрауретральное введение алпростадилы менее инвазивно, однако обладает меньшей эффективностью по сравнению с интракавернозным введением. Установлено, что чем раньше начато лечение, тем лучший достигается результат. Помимо алпростадилы интракавернозно применяются и другие вазоактивные препараты: папаверин, фентоламин, другие препараты и их комбинации.

Протезирование полового члена остается наиболее эффективным способом лечения ЭД, вызванной повреждением сосудисто-нервного пучка. Протезы, вживляемые в кавернозные тела, бывают двух видов: полужесткие стержневые или надувные. Полужесткие протезы легче устанавливаются, имеют наименьшую стоимость и не требуют никакой сноровки в обращении. Трехкомпонентные надувные протезы наиболее сложны, дорогостоящи и наиболее физиологично имитируют эрекцию и ее окончание. Они состоят из эластичных цилиндров, находящихся в кавернозных телах и связанных с жидкостными резервуарами, расположенными в нижней части живота, а также с помпой, помещенной в мошонку. При сжатии помпы жидкость поступает из резервуара в цилиндры, что и обеспечивает эрекцию. Недостатком таких протезов является наибольший риск механических неполадок, в связи с которыми может потребоваться повторная операция для их устранения. Выбор модификации протеза должен проводиться индивидуально, с учетом особенностей и предпочтений пациента, а также стоимости лечения.

Сегодня новейшие методы протезирования полового члена, включая имплантацию трехкомпонентных протезов, стали доступны и для российских пациентов. В нашей стране высокоэффективное хирургическое лечение эректильной дисфункции, резистентной к фармакотерапии, проводится при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований в Российском онкологическом научном центре им. Н.Н. Блохина.

Хотите стать подписчиком и бесплатно получать ежемесячно нашу газету? Для этого вам нужно заполнить анкету подписчика (см. ниже) и переслать ее любым удобным для вас способом: 109443, г. Москва, а/я 35, ООО «АБВ-пресс» | e-mail: info@urotoday.ru | Факс (499) 929-96-19 С четвертого номера газета будет распространяться только по подписке.

ФИО\* \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Почтовый адрес с индексом\* \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Научное звание \_\_\_\_\_

Специальность \_\_\_\_\_

\*Красным цветом выделены поля для обязательного заполнения

Сайт [www.urotoday.ru](http://www.urotoday.ru) – это электронное представительство газеты «Урология сегодня».

- На сайте [www.urotoday.ru](http://www.urotoday.ru) можно оформить подписку на печатную версию газеты.
- На этом сайте также можно получить электронную версию газеты в pdf-формате, прочесть статьи и принять участие в обсуждении опубликованного: обсудить с коллегами материалы газеты на форуме, оставить свои комментарии к статьям.
- Благодаря сайту [www.urotoday.ru](http://www.urotoday.ru) вы можете стать активным участником газеты: предложить тему для следующего номера, прислать своей материал для публикации, принять участие в голосовании.
- На сайте есть возможность связаться с создателями газеты «Урология сегодня» и задать им ваши вопросы.

### Урология сегодня

Ежемесячное издание для урологов

Главное меню	Текущий номер газеты "Урология сегодня"
Текущий выпуск	Урология сегодня, 2009, №1
О газете	Первый выпуск газеты для урологов "Урология сегодня"
Форум	Урология сегодня
Наши опросы	От редактора
Обратная связь	Иванов Иван Иванович
Опрос	Нужна ли газета "Урология сегодня" для урологов?
Нужна	100%
Не нужна	0%
Несвоевременна	0%
Всего голосов:	458
Старые опросы	1-2009
Вложение	Размер
Скачать газету "Урология сегодня", 2009, №1 в pdf формате	3.24 Мб

### Урология сегодня №2/2009

УЧРЕДИТЕЛЬ: ООО «АБВ-пресс»  
Руководитель проекта: Весланд Виктория

РЕДАКЦИЯ:  
Главный редактор: Камолов Баходур  
Шеф-редактор: Шадеркина Виктория

ВЕРСТКА: ВНИМАНИЕ-ДИЗАЙН! Тел. (495) 646-85-14

АДРЕС РЕДАКЦИИ И УЧРЕДИТЕЛЯ:  
115478, Москва, Каширское шоссе, д. 24, стр. 15  
тел. (499) 929-96-19 | e-mail: info@urotoday.ru

ПЕЧАТЬ:  
ОАО «Чеховский полиграфический комбинат»  
142300, Московская обл., г. Чехов, ул. Полиграфистов, д. 1

Заказ № 8521  
Тираж 18 000 экз.  
Выход в свет: ежемесячно.

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 № ФС77-31608 от 28.03.2008.

Категорически запрещается полностью или частично воспроизводить статьи, фотографии, рисунки без официального согласия редакции. Мнение редакции может не совпадать с мнением автора. Ответственность за достоверность рекламных объявлений несут рекламодатели.