

27-й Конгресс
Европейской
ассоциации
урологов

стр.

6

Малоинвазивные
технологии –
шаг вперед

стр.

10

Новое в гайдлайнах
ЕАУ 2012

стр.

12

Обратная связь: письмо
Председателя РОУУ
в редакцию

стр.

20

От редактора



**Баходур
Камолов**

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

kamolov@roou.ru

Уважаемые коллеги!

Этот номер мы решили посвятить трансплантации почки, взглянув на клинические и организационные вопросы с позиции и трансплантолога, и уролога.

В настоящее время для развития донорства и трансплантации в России нет юридических или иных преград, а наличие развитой трансплантационной помощи – один из индикаторов высокого уровня местного здравоохранения.

Глазами уролога трансплантация почки – это стандартная операция, при которой помимо нескольких анастомозов необходимо типирование, подбор иммуносупрессии и пожизненное наблюдение у нефролога.

По данным Российского диализного общества, ежегодно в донорской почке нуждается около 3500 россиян, но получают необходимый орган не более 1000 человек. Стоит отметить, что в американском регистре потенциальных реципиентов почки числится более 90 000 человек. Это позволяет предположить, что и в нашей стране пациентов, нуждающихся в донорской почке, может быть пропорционально больше – до 45 000. То есть, в 15 раз больше, чем числится в официальном регистре.

Более половины населения нашей страны не имеет доступа к трансплантационной помощи – около 60 % россиян проживают в регионах, где не развиты программы трупного донорства. При этом около трети отделений и центров трансплантации существуют только на бумаге: ежегодно в них пересаживается не более 15 органов.

Безусловно, 15 органов – это не пустой звук, а 15 жизней. Тем не менее, такие цифры свидетельствуют об отсутствии полноценно организованной и управляемой системы, позволяющей достижениям медицинской науки стать общедоступными.

Поэтому мы решили обсудить проблемы, которые останавливают или затрудняют организацию региональной трансплантационной помощи по урологии.

Затрагивая вопросы трансплантационной помощи, мы не «лезем в чужую епархию». Во всем мире пересадка почки является самой частой операцией в трансплантации, а в ЕАУ многие годы работает Комитет по трансплантации в урологии. Члены комитета считают, что без участия уролога трансплантация почки не может быть выполнена оптимально. Комитет консолидирует работу урологов, нефрологов, трансплантационных координаторов. Он разрабатывает и обновляет гайдлайны по трансплантации, организует обучение для врачей-урологов по всем аспектам трансплантации почки; проводит клинические и научные исследования, выделяет гранты, в том числе на работы в области иммуносупрессии; сотрудничает с национальными и международными обществами трансплантологов и т. д.

Думаю, что наличие кадров и внимания со стороны урологов позволяет в рамках РОУ создать аналогичный комитет, который бы занимался вопросами развития трансплантации почки в России урологами совместно с трансплантологами, координаторами и нефрологами.

При этом в решении даже столь сложных и многогранных вопросов важную роль играет личность, в чем можно убедиться на примере двух регионов, построивших мощную трансплантационную службу.

Надеюсь, что рассматриваемый вопрос не оставит вас равнодушными и быть может мотивирует принять участие в развитии региональной трансплантационной помощи по урологии.

Тема номера

Почечная недостаточность как особенность российского здравоохранения

Трансплантация в урологии: взгляд трансплантолога

Развитию трансплантологии мешают надменность, глупость и лень отдельных чиновников



**Михаил
Михайлович
Каабак**

Д.м.н., проф.,
директор программы
трансплантации
органов РНЦХ
им. акад. Б.В. Петровского
РАМН
kaabak@pochka.org

Регионально-федеральные отношения

О том, что больным россиянам не хватает почек можно не говорить – эта проблема постоянно обсуждается в медицинском сообществе. Если кратко, то около 60 % граждан России проживают в регионах, где нет программ трупного донорства – соответственно им недоступна трансплантация. Ехать в другой регион, чтобы попасть на трансплантацию достаточно сложно: в силу плохих транспортных условий перемещение вызывает трудности даже у здоровых людей, не говоря уже о тех, кто находится на диализе.

Более того, поездка к месту трансплантации зачастую невозможна из-за несогласованности финансовых отношений между региональным и федеральным бюджетами. И это – исключительно российская особенность системы здравоохранения.

В 2006 г. Минздрав разделил всю медицинскую помощь на первичную медико-санитарную помощь, специализированную

помощь и высокотехнологичную медицинскую помощь. Это произошло вскоре после принятия закона о разделении полномочий между федеральным центром и субъектами РФ. Первичная и специализированная помощь получили региональное финансирование, а высокотехнологичная помощь – федеральное. При этом диализ был отнесен к специализированной помощи, а трансплантация – к высокотехнологичной, из-за чего появилась «дыра» в цепочке финансирования пациентов, которые обратились за трансплантологической помощью в федеральный центр. Эта проблема коснулась всех пациентов, которые проживают в регионах, где отсутствует данный вид помощи. Фактически, они даже не могут переехать поближе к федеральному центру (в Москву, например), потому как в таком случае будут лишены возможности проходить диализ.

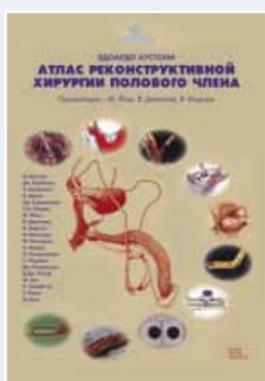
– Безусловно, такой проблемы быть не должно, так как система ОМС предполагает равную доступность помощи вне зависимости от юридического и фактического проживания, – считает Михаил Михайлович Каабак, директор программы трансплантации органов РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН. Если бы система работала без коррупции и откатов, то ОМС, равно как и бюджету региональному или федеральному, было бы все равно, где оплачивать диализ своему пациенту – в его регионе или в соседнем, вне зависи-

Продолжение на стр. 2 ▶

Коротко

Бесплатно подписаться на журнал «Андрология и генитальная хирургия» и получить его последний номер

смогут все, кто примет участие в работе VII Международного Конгресса по андрологии. Конгресс пройдет 23–26 мая 2012 г. по адресу: Краснодарский край, г. Сочи, Лазаревский р-н, п. Лоо, санаторно-курортный комплекс «АКВАЛЮ».



На Конгрессе будет презентован второй номер журнала с новым дизайном, который бесплатно получат все подписчики. Также каждый участник Конгресса сможет оформить бесплатную годовую подписку на журнал «Андрология и генитальная хирургия».

Участники и гости Конгресса смогут также приобрести уникальное издание «Атлас по реконструктивной хирургии полового члена» проф. Э. Аусти. Впервые Атлас издается на русском языке. На презентации издания будет присутствовать автор. У вас есть возможность получить книгу с автографом проф. Э. Аусти и задать ему вопросы! Также к Конгрессу будет издана книга проф. П.А. Щеплева «Болезнь Пейрони». Книги издаются ограниченным тира-

жом! Вы можете заранее заказать издания по тел.: +7 (499) 929-96-19. Предварительное бронирование – гарантия того, что вы приобретете книгу.

Конгресс проходит при информационной поддержке ИД «АБВ-пресс», специализированного издания для урологов «Урология сегодня» и урологического информационного портала www.urotoday.ru.

По вопросам участия в Конгрессе обращайтесь к организатору мероприятия – «Агентство «АБВ-экспо», тел./факс: +7 (495) 988-89-92, e-mail: info@abvexpo.ru.

Почечная недостаточность как особенность российского здравоохранения

◀ Продолжение, начало на стр. 1

мости от того, почему он туда переместился – для трансплантации, за женой или просто на отдых... Но этого не происходит, по всей вероятности, в силу мелкой коррупции на местах.

Ну и если уж совсем следовать букве закона, то по определению Минздравсоцразвития высокотехнологичной медицинской помощью (ВМП) называется та медицинская помощь, которая требует специальной подготовки врача и является дорогостоящей. В этом смысле диализ более чем соответствует критериям ВМП: и специальная подготовка необходима, и стоимость диализа достаточно высока – около 1 млн рублей в год.

Реаниматологи-оппоненты

Значительно тормозит развитие трансплантации отсутствие взаимопонимания и системы координации. Правда, Михаил Каабак считает, что трансплант-координационные проблемы играют не самую важную роль.

– По нашим данным, более 50 % реаниматологов – т. е. людей, которые непосредственно оценивают возможность эксплантации органов – являются активными оппонентами трансплантации. Причина такого отношения мне не известна, я могу только догадываться. Вероятнее всего, эти причины можно разделить на 2 группы. Первая – это отсутствие оплаты: дополнительная работа реаниматологов, которые могут выполнять роль трансплант-координаторов, никак не оплачивается. Понятно, что работать бесплатно никто не хочет, тем более что работа по ведению донора – это тяжелый и много-часовой труд. Поэтому реаниматологу проще оформить документы о смерти человека, а не поддерживать его органы в рабочем состоянии.

Михаил Каабак считает, что для решения этой проблемы должна разрабатываться система рефинансирования госпиталей по донорским программам.

Средняя продолжительность ожидания трупной почки среди тех, кому сделали пересадку, в 5 раз ниже, чем среди тех, кто продолжает ее ожидать.

– Этого не происходит и, пожалуй, понятны опасения, которые есть у властей: они боятся, что финансирование окажется стимулом для использования пациентов в качестве доноров.

Образно говоря, чиновники боятся, что стимулируя реаниматологов материально, они будут отправлять на тот свет пациентов, поступивших в больницу с синяком на голове.

– Эти страшилки всем известны, они активно муссируются не только в СМИ, поэтому система финансирования заготовки донорских органов не должна работать на оплату работы конкретного врача. Рефинансирование должно происходить на госпитальном уровне, а главный врач уже будет заниматься регулированием и стимулированием конкретных специалистов.

По мнению Михаила Каабак, большое значение имеет то, что активные оппоненты трансплантации не уверены в справедливости распределения органов и в том, что они не продаются за границу.

– Пожалуй, ключ к решению этой проблемы лежит в том, чтобы информация о порядке распределения трупных органов и результатах трансплантаций была открытой. В России это отсутствует в принципе: в регистрах можно найти данные о количестве проведенных трансплантаций, но невозможно найти информацию об их результатах. Практически нет данных о движении пациентов в листах ожидания, а те, что можно найти (не доступны широкой публике) демонстрируют крайнюю степень несправедливости – средняя продолжительность ожидания трупной почки среди тех, кому сделали пересадку, в 5 раз ниже, чем среди тех, кто продолжает ее ожидать. В какой-то степени отсутствие отчетности снимает ответственность с клиник, выполняющих трансплантацию, – они получили свою квоту, пересадили орган, а о дальнейших результатах можно не беспокоиться...

Парамедицинские проблемы

В исследовании, посвященном анализу причин дефицита доноров органов и основным направлениям его преодоления (Игорь Валентинович Логинов, диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, 2011 г.), авторы изучали отношение к посмертному донорству медицинского персонала городских стационаров Санкт-Петербурга, оказывающих экстренную круглосуточную помощь нейрохирургическим и неврологическому профилю. Исследователи также проанализировали знания специалистов по основным правовым и клиническим аспектам донорства органов.

Тенденции оказались противоречивыми. Так, среди петербургских неврологов каждый 5-й не знает о существовании Закона о трансплантации и Инструкции о диагностике смерти мозга. При этом 81 % неврологов знают основные критерии смерти мозга, а под наблюдением 63 % неврологов когда-либо находились пациенты с подозрением на смерть мозга.

Но, в это же время, 83 % неврологов никогда не приходилось работать с трансплантационными бригадами. Значительная часть неврологов (39 %) сообщает о своем неверии в юридическую обеспеченность работ по донорству. Вместе с тем 46 % неврологов могли бы считать эксплантацию органов обычной практикой, среди реаниматологов этот показатель составляет 82 %.

На основании этих данных исследователи заключают, что целесообразно проводить образовательные программы по разъяснению законности работы по констатации смерти мозга и донорству не только среди анестезиологов-реаниматологов, но и неврологов как специалистов, неизбежно участвующих в принятии решений об эксплантации органов.

– Этических и религиозных препятствий для развития донорства в нашей стране нет. Нет препятствий и на юридическом федеральном уровне. Но, к сожалению, на уровне регионов и конкретных больниц могут существовать и существуют такие проблемы. Федеральный закон и федеральные инструкции являются основой для создания детализированных документов на мест-

ном уровне, которые обычно оформляются в виде приказов руководителей здравоохранения. В этих документах федеральные правовые акты адаптируются к местным условиям с указанием ответственных лиц, порядка прохождения информации и взаимодействия различных служб и специалистов. В тех регионах, где подобные приказы существуют и регулярно обновляются, донорство развивается. Но я не исключаю, что, вероятно, имеет место быть и недостаточный уровень знаний некоторых врачей, хотя лично с подобными проблемами не сталкивался.

А вот непонимание со стороны чиновников и руководителей здравоохранения – явление вполне обычное.

– Все, что может мешать развитию трансплантологии, так это индивидуальные особенности отдельных чиновников на региональном уровне, точнее – их надменность, глупость и лень.

Более 50 % реаниматологов – т. е. людей, которые непосредственно оценивают возможность эксплантации органов, – являются активными оппонентами трансплантации.

Ведь федеральная власть ничего не запрещает, а вот в отдельных регионах есть преграды для развития трансплантации, исходят они исключительно от руководителей или их нежелания работать. Например, в Башкирии и Татарстане трансплантация начала развиваться сразу же после смены губернаторов, которые занимали свои кресла достаточно длительное время. И даже если в какой-то степени и существует проблема недостаточного медицинского образования, то ее тоже могут решить чиновники, создавая условия для повышения квалификации врачей – ведь их хлебом не корми, дай только поучиться... Это уже профессиональная особенность такая.

Впрочем, к федеральному законодательству все-таки есть вопросы. Например, о финансировании трансплантации и работе по заготовке органов.

– Вся деятельность по трансплантации органов мы осуществляем на основании стандартов о лечении человека при пересадке почки, вне зависимости от возраста и того, какой орган ему пересаживается – печень, почка, поджелудочная, сердце или легкие.

Около 60 % граждан России проживают в регионах, где нет программ трупного донорства – соответственно им недоступна трансплантация.

А стандарт – это и есть основа финансирования, в котором заложена и работа с донорами. Правда, нет порядка взаиморасчетов между «источниками» доноров (реанимационными отделениями) и отделениями трансплантации органов, из-за чего и появляются дополнительные сложности. Этот порядок должен быть регламентирован федеральным Минздравом, без министерских регламентов ни один бухгалтер не возьмет на себя ответственность оформлять подобные взаиморасчеты, тем более что существует статья закона, прямо запрещающая покупку-продажу органов. Фактически, для этого должен быть создан механизм рефинансирования истории болезни донора с момента констатации смерти мозга, но этого пока еще не произошло.

Ну и еще есть недоразумения в отношении квот, размер которых отличается в зависимости от того, кому они предназначены – региональным или федеральным центрам.

– Региональные квоты раза в 3 меньше по сравнению с федеральными, хотя операция абсолютно одинаковая. Возможно это попытка федеральных властей оценить усилия федеральных центров по разработке и внедрению новых технологий? Но если это так, то попытка выглядит достаточно убогой. Более того, квоты выдаются медучреждениям, что само по себе не совсем правильно: что делать, если в учреждение обратилось больше пациентов, если на всех не хватило квот? Если бы квоты выдавались непосредственно людям, то не было бы проблем с отказами – пациенты бы сами выбрали, куда идти и где оперироваться. Собственно именно так и было, когда система квот была только введена. Но впоследствии склонность государственного аппарата к увеличению своей регулирующей роли восторжествовала.

Живые доноры

Сделать трансплантацию более доступной можно за счет живых родственных доноров.

– Правда, форсировать развитие родственного донорства нельзя, иначе можно перейти грань и начать оказывать давление на потенциальных доноров. Родственное донорство должно быть добровольным, его развитие должно идти не по пути пропаганды, а по пути технологического расширения имеющихся возможностей. Например, несовместимость по группе крови можно и нужно преодолевать. Мы провели уже около 50 родственных АВ0-несовместимых трансплантаций, а результаты 5-летних наблюдений позволяют утверждать, что АВ0-несовместимая трансплантация от живого донора может рассматриваться как альтернатива трансплантации трупной.

По мнению Михаила Каабак, необходимо улучшать технику проведения операций, что позволяет использовать почки с пороками развития и анатомическими особенностями, которые зачастую затрудняют трансплантацию.

– Например, бывает такое, что почки срываются полосами (подковообразная почка), бывают множественные сосуды или множественные мочеточники, бывают кисты, стенозы почечных артерий, мочеточников и т. д. Но все эти проблемы – это не реальное показание для отказа от донорства, а повод, потому как достаточная квалификация хирурга позволяет не только использовать эти органы для трансплантации, но иногда и избавить донора от проблем со здоровьем, которые могут возникнуть в будущем. И, кстати, среди родственных доноров такие находки встречаются много чаще, чем в общей популяции – примерно 30 % родственных пациентов с патологиями почек имеют такие отклонения.

Продолжение на стр. 3 ▶

Почечная недостаточность как особенность российского здравоохранения

◀ Продолжение, начало на стр. 1

Трансплантация в урологии: взгляд уролога

По подсчетам Российского диализного общества ежегодно донорскую почку получает только треть потенциальных реципиентов. Россиянам не хватает донорских почек из-за финансовых и парамедицинских разногласий между отдельными чиновниками



Дмитрий Владиславович Перлин

Гл. врач Волгоградского областного уронефрологического центра, зав. кафедрой урологии ВГМУ
diperlin@mail.ru



Владимир Леонидович Медведев

Зам. гл. врача Краснодарской краевой клинической больницы № 1, зав. кафедрой урологии КубГМУ
medvedev_vl@mail.ru

о зарубежном опыте, то, как правило, трансплантациями почек там занимаются именно урологи. Тоже самое касается и врачей других специальностей: кто что лечит, тот то и пересаживает. В российской же практике трансплантология выделена в отдельное направление, но это не означает, что урологи не должны заниматься в том числе и пересадкой почки.

– Безусловно, для достижения хорошего результата необходимы усилия многих специалистов и наличие полноценной инфраструктуры, – продолжает Владимир Леонидович Медведев, заместитель главного врача Краснодарской краевой клинической больницы № 1, заведующий кафедрой урологии Кубанского государственного медицинского университета. – Дело хирурга – это непосредственно трансплантация органа, а дальнейшая забота – иммуносупрессия, мониторинг состояния пациента и трансплантата, наблюдение за иммунной реакцией, содержанием иммуносупрессантов в крови, изменением параметров крови и так далее – это терапевтическое дело.

Хирургические, анатомические и иммунологические барьеры – уже не преграда для трансплантации солидных органов; и даже АВО-несовместимость донора и реципиента – не причина для отказа от донорского органа.

Однако на большей территории России трансплантация все еще не доступна: 56 % россиян проживают в регионах, где нет программ трупного донорства.

Кому нужна трансплантация и как ее развивать, УС рассказали врачи, всего за несколько лет построившие мощные региональные системы, способные «утереть нос» даже некоторым федеральным трансплантационным центрам.

О трансплантациях как стандарте

– Трансплантация почки – это вид заместительной почечной терапии с наименьшей летальностью и наиболее высокой выживаемостью, – начинает Дмитрий Владиславович Перлин, главный врач Волгоградского областного уронефрологического центра, заведующий кафедрой урологии Волгоградского государственного медицинского университета. – Летальность пациентов с трансплантатом почки существенно ниже, чем среди больных, находящихся на диализе. Более того, качество жизни пациентов с трансплантатом почки выше, чем у пациентов, находящихся на диализе.

Трансплантация почки – это стандартная урологическая операция, один из рядовых методов лечения, который не только эффективней диализа, но и много дешевле. Дмитрий Перлин обращает внимание, что почечная недостаточность нередко развивается из-за какой-то банальной причины – гидронефроза, стриктуры уретры или мочекаменной болезни, которую долго не лечили. Поэтому хирурги-урологи не должны бояться трансплантации и считать ее чем-то фантастичным и неподвластным, уверены трансплантологи. И если говорить

История Волгоградской области очень похожа на Кубанскую. Последние 4 года в Волгоградском центре хирурги пересаживают около 40 почек в год, до этого операции были спорадическими и несистемными – по 5–6 почек в год; аналогичная динамика наблюдается и в трансплантации других органов и комплексов органов.

Врачи соглашаются, одному ничего невозможно сделать – необходима поддержка администрации. Да и строительство всего механизма затягивается ни на один месяц. Тем не менее, если в регионе развита диализная помощь, то это означает, что фундамент для построения трансплантационной системы уже есть.

О пациентах и трансплантатах

На 50 % успех трансплантации зависит от рук хирурга, остальные 50 % – это терапевтическое дело, что можно проследить и по истории развития трансплантологической помощи. Ведь сама идея трансплантировать солидные органы появилась еще в античные времена, а в первой половине XX века многие хирурги пытались пересаживать органы, но попытки были безуспешными.

Лишь в 1954 г. Джозеф Мюррей (Joseph E. Murray), получивший Нобелевскую премию в 1990 г., пересадила почку от одного однояйцового близнеца второму, доказав возможность трансплантации органов. В 1962 г. Мюррей пересадила первую трупную почку, используя для иммуносупрессии ионизирующее излучение и азатиотропин. С современным же уровнем иммуносупрессии проблема отторжения практически решена.

За прошедший год (2011) в Краснодаре выполнено 107 трансплантаций органов (почки, сердце, легкое, печень).

Организовывая трансплантологическую помощь в регионе (в Краснодарском крае и в Волгоградской области), пришлось позаботиться и об этой важнейшей составляющей и направить наших нефрологов на тематические курсы, единогласно соглашаются Владимир Медведев и Дмитрий Перлин. Ведь именно от этих специалистов зависят отдаленные результаты операции. Также пришлось организовать повышение квалификации врачей по диагностике смерти мозга, закупить некоторое оборудование, вести переговоры с правоохранительными органами и даже организовывать курсы юридического образования...

Владимир Медведев и Дмитрий Перлин в своих регионах за очень короткий срок увеличили количество трансплантаций с 0 до 100 и более. На Кубани в 1991 г. была выполнена первая трансплантация, а уже в 2004 г. трансплантационная помощь попросту «умерла», что было связано с «делом врачей 20-й больницы». Менее 3 лет назад Владимир Медведев, губернатор Краснодарского края Александр Николаевич Ткачев и главный врач Краснодарской краевой клинической больницы № 1 Владимир Алексеевич Порханов не просто «реанимировали», а заново построили всю систему трансплантологической помощи.

– В нашем регионе проживает около 5,5 млн человек; за прошедший год (2011) мы выполнили 107 трансплантаций органов (почки, сердце, легкое, печень), – продолжает Владимир Медведев. – Недавно мы успешно пересадили комплекс «почка – поджелудочная железа», планируем трансплантацию комплекса «сердце – легкое», и «печень – поджелудочная железа», «печень – почка» и т. д.

– В большинстве случаев отторжение успешно купируется, – рассказывает Дмитрий Перлин. – Сейчас основной критерий – это годовая и 5-летняя выживаемость, при современной иммуносупрессии эти показатели составляют порядка 90 % и 87 % соответственно. И если еще 10 лет назад мы выполняли около 30 % ретрансплантаций, то сейчас я могу по пальцам одной руки пересчитать ретрансплантации прошедшего года. Такие изменения связаны и с появлением хорошей иммуносупрессии, и с улучшением медикаментозного обеспечения.

По математическим расчетам период полужизни трансплантата составляет 15–19 лет, это означает, что через 15 лет половина пациентов будут иметь трансплантаты, пересаженные полтора 10-летия назад. Это с учетом современных достижений медицины, т. е. период полужизни трансплантата постоянно увеличивается, поэтому через 15 лет пациентов с функционирующим трансплантатом может быть и больше. Впрочем, не только от терапевтической помощи и достижений медицины зависят отдаленные успехи операции.

– Скажем так, продолжительность функции почки определяется по нескольким параметрам, – продолжает Дмитрий Перлин. – Наиболее важный фактор – это иммунологическая совместимость, второй – общее состояние здоровья пациента до трансплантации. Понятно, что продолжительность жизни трансплантата, а она часто соответствует продолжительности жизни

пациента, будет разной в зависимости от того, была ли почка пересажена молодому человеку без осложнений, который находится на диализе 1 год или тому, который находится на диализе 10 лет.

– Еще 1 важнейший фактор – это поведение самого больного, – говорит Владимир Медведев. – Наличие трансплантата предполагает некоторую дисциплинированность пациента, соблюдение режима приема препаратов и общих принципов здорового образа жизни.

В клинической практике встречаются реципиенты, которые могут уехать на дачу или отдых, забыв дома иммуносупрессивные препараты.

Некоторые примеры тотального наплевательского отношения пациента к своему здоровью вошли в анналы трансплантологии. Например, один из первых пациентов (швейцарец), получивший АВО-несовместимое сердце, прожил всего 5 лет и погиб из-за курения и злоупотребления алкоголем. В целом же пациенты с удачными трансплантатами живут долго, детей рожают и спортом занимаются.

– У нас есть пациентка, которой трансплантацию выполнял еще Борис Васильевич Петровский. Недавно она вернулась на диализ, но все-таки с трансплантатом она прожила 34 года, – продолжает Дмитрий Перлин. – То есть умер доктор, который ее оперировал, умер донор, а она жива и вот только недавно ее пришлось перевести на гемодиализ.

О координаторах и самолетах

Донорского материала везде не хватает. Правда, в России ситуация особенно печальна, наша страна находится на одном из последних мест среди цивилизованных стран: ежегодно в России проводится 7 пересадок на 1 млн жителей, в США этот показатель составляет – 44, в Испании и Хорватии – по 55.

В Норвегии на 1 млн жителей страны приходится около 600 человек, живущих с донорской почкой, в США – 562, в Польше – 242. В России же, по данным Российского диализного общества, этот показатель составляет всего 40 пациентов на 1 млн населения.

Во многих странах, даже менее развитых, чем Россия, пересадка органов много доступнее: на миллион жителей в Белоруссии – 18, в Сирии – 16, в Иране – 30, в Саудовской Аравии – 19, на Мальте – 35, в Шри-Ланке – 15, в Тунисе – 13, в Турции – 33, в Уругвае – 27, в Колумбии – 19, в Бразилии – 23, в Коста-Рике – 27, в Мексике – 20.

В каждой из стран своя история вопроса, свои законы и традиции. В Белоруссии «просто Батяка сказал», а вот в католических странах большую роль сыграла церковь, которая призвала не забирать свои органы на небо.

– Структура заготовки органов в каждом месте организована по-разному, – продолжает Дмитрий Перлин. – Безусловно, есть некоторые приблизительные наброски относительно того, как должна работать служба заготовки органов. Например, в Москве, как и в Санкт-Петербурге, есть Центр органного донорства, который работает на весь город. Да и в отдельных клиниках есть подразделения, куда стекается информация о пациентах,

Продолжение на стр. 4 ▶

Почечная недостаточность как особенность российского здравоохранения

◀ Продолжение, начало на стр. 1

поступивших в реанимацию с черепно-мозговыми травмами или острыми сосудистыми нарушениями головного мозга.

Тем не менее, единой системы, учитывающей всех доноров, в нашей стране нет. Хотя именно национальная модель Системы Донорства позволила Испании выйти на 1-е место в мире по количеству трансплантаций. Суть «испанской модели» заключается в том, что в каждой больнице страны есть врач, который выявляет доноров и координирует процесс ведения потенциальных доноров и забора органов. Основной «инструмент» врача-координатора – это кроссовки: врач постоянно бегает по реанимации и несколько раз на день навещает больных, выявляя среди них потенциальных доноров и, соответственно, координируя действия других специалистов для своевременного начала кондиционирования, своевременного проведения необходимых анализов и поиска идеального реципиента.

– Это крайне удобный и выгодный механизм, потому как он позволяет подобрать подходящую пару «донор – реципиент», – продолжает Владимир Медведев. – Такие организации есть в США, в Европе, в скандинавских странах и т. д. И эта система позволяет, скажем, орган, изъятый в Бельгии, через полтора-два часа доставить и пересадить наиболее подходящему реципиенту, например в Германии.

В Испании Национальная система трансплантационной координации начала развиваться в 1988–1989 гг., да и началось все с двух десятков трансплантационных координаторов. В 2005 г. координаторов было уже более 150, сейчас – около 250. Большая часть испанских координаторов – это врачи анестезиологи-реаниматологи, которые имеют частичную занятость в качестве трансплантационных координаторов на больничном уровне. Безусловно, есть и специалисты, занятые координацией на региональном и национальном уровнях.

Последние 4 года в Волгоградском центре хирурги пересаживают около 40 почек в год, до этого операции были спорадическими и несистемными.

По признанию мирового сообщества, именно такая служба (трансплантационная координация), а не иные механизмы, позволяет максимально сократить дефицит органов. Но в России система трансплантологической координации не развита ни на национальном, ни на больничном уровнях.

– Безусловно, есть предложение внедрить нечто подобное и в России, но я в этом смысле настроен пессимистически, – продолжает Дмитрий Перлин. – Ведь создать базу данных совершенно не сложно, но есть другие преграды, в основном на уровне транспорта. Не всегда возможно вылететь оперативно, да и приземлиться тоже. В одинаковых погодных условиях московские аэропорты принимают самолеты, а региональные – уже нет.

Очень часто расстояние между городами «по птичке» – по азимуту – совсем небольшое, но прямых рейсов нет.

– Представьте, что у доктора Медведева в Краснодаре появился орган, подходящий пациенту, который стоит в нашем (волгоградском) листе ожидания, –

приводит пример Дмитрий Перлин. – Он ведь не может отправить его мне в Волгоград сразу, сначала почка полетит в Москву, а из Москвы уже в Волгоград. Даже в оптимальном случае, если все происходит в одном аэропорту и погода летняя, обмен органами между нашими городами невозможен. Сложно даже рейсы состыковать так, чтобы уложиться в допустимый временной промежуток.

– А ведь очень важное значение имеет время холодовой ишемии, – соглашается Владимир Медведев. – Когда мы говорим о результатах, то время консервации – это один из важнейших факторов, определяющих срок функционирования трансплантата в организме реципиента. Оно должно быть минимальным, хотя допустимые сроки постоянно пересматриваются и уточняются. В некоторых странах допустимым сроком считаются 24 ч, есть данные о том, что допустима консервация в течении 48 ч. Но мы придерживаемся 20-часового периода ишемии.

Более того, если говорить о транспортировке донорских органов, то врачи сталкиваются и с законодательными проблемами.

– Нас могут остановить и арестовать груз, так как для перевозки органа авиатранспортом у человека должен быть целый набор документов, разрешающих транспортировку органа, – рассказывает Дмитрий Перлин. – Между учреждениями должны быть заключены соглашения о том, что, возможно, они будут переправлять друг другу органы для трансплантации.

Возвращаясь к координаторам, с которых-то и начался разговор: даже в наиболее благополучном регионе (в Москве и МО) есть над чем работать. В целом по доступности донорских почек Москва – наиболее благоприятный регион: в столице ежегодно трансплантируется около 200 почек.

Но если учесть, что в Москве работает примерно 200 больниц, которые по минимальным подсчетам могли бы поставлять по 5 эффективных доноров в год (по 10 почек), то трансплантаций должно быть около 2000 в год. Большинство потенциальных доноров не становятся эффективными из-за того, что клиники и отделения реанимации просто не участвуют в работе по органному донорству: у одних лицензий и кадров нет, у других – просто отсутствует желание (прим. Лицензия на изъятие органов должна быть только у отделений трансплантации).

О трансплантации родственной

Один из способов увеличения количества трансплантаций почек – это развитие родственной трансплантации. В нашей стране она возможна только в случае генетического родства донора с реципиентом (ст. 11, Закон РФ № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека»). Подобные ограничения есть и в других странах, они необходимы для того, чтобы органы не становились объектом свободной торговли.

– Россия пока не относит себя к странам развитым, где считается, что



Специальный контейнер для транспортировки донорской почки (Фото: LifePort/Getty Images)

в отношении донорского материала не может быть какой-то коррупции, – считает Дмитрий Перлин. – В России принято законодательство, разрешающее трансплантацию от живых доноров только родственников.

Впрочем, во многих странах все начиналось с генетических ограничений, но в последние 10–15 лет произошли изменения, позволившие расширить пул доноров за счет приживленной неродственной трансплантации. Возможно, вскоре и Россия дойдет до этого.

– В России жена и муж – не родственники. В новый закон поправка о родственном донорстве не прошла, но я не берусь говорить, правильно это или нет, – продолжает Дмитрий Перлин. – Так или иначе, в России разрешено трупное донорство и донорство родственное, и с этим можно и нужно работать...

Стоит отметить, что родственные трансплантации в России совсем не популярны. Например, на Кипре на миллион жителей приходится около 50 живых доноров, в России этот показатель всего 1,4. Многие пациенты предпочитают ждать трупный орган, даже если есть возможность использовать родственный. Это связано и с общим недоверием к медицине, и с опасениями реципиентов, что их родственник после эксплантации органа не сможет вести полноценную жизнь.

– Нужно объяснять пациентам, какие есть риски и что мы сделаем, чтобы их уменьшить, – говорит Дмитрий Перлин. – У нас был случай, когда благодаря донорству пациентка не просто не пострадала, а избавилась от гипертонии. Еще до операции мы обнаружили бляшку, вызывавшую 50 % стеноз почечной артерии. Мы забрали эту почку, бляшку естественно убрали. Результат: реципиент жив, у донора нормализовалось давление и он доволен.

Развитие родственной трансплантации во многом зависит от медицинского учреждения и даже от личных усилий врача. Например, в Волгоградском областном уронефрологическом центре до 30 % трансплантаций почек выполняется с привлечением живых доноров и это – достижение клиники.

– Мы развиваем лапароскопическую эксплантацию органов, избавляя тем самым пациентов не только от косметических дефектов, но и от физических ограничений, которые могут негативно сказаться на жизни молодых людей, – рассказывает Дмитрий Перлин. – Отдаленные результаты наблюдений показывают, что лапароскопическая эксплантация может быть альтернативой открытой нефрэктомии – «качество» донорского материала при этом не снижается. Безусловно, открытые операции выигрышны по времени,

однако они сопровождаются большими кровопотерями и негативными последствиями для донора, а это уже большой минус родственному донорству.

При лапароскопической нефрэктомии доноры выписываются из клиники на 3-й день после операции и практически сразу приступают к выполнению таких обыденных дел, как вождение автомобиля или домашняя работа. Еще одно существенное преимущество лапароскопического метода забора органа – это косметический эффект. Безусловно, это сказывается на популярности приживленной трансплантации, что подтвердили и американские исследователи, сообщившие о почти двукратном увеличении числа трансплантаций от живых доноров после внедрения лапароскопической донорской нефрэктомии.

Другой способ увеличить количество родственников доноров – это развитие АВО-несовместимой трансплантации. В России эта «опция» существует в виде эксперимента: несовместимой трансплантацией занимаются врачи Российского научного центра хирургии им. акад. Б.В. Петровского РАМН (М.М. Каабак) и Федерального научного центра транспантологии и искусственных органов им. акад. В.И. Шумакова (Я.Г. Мойсюк). В этих 2 центрах удачно пересажено около 60 АВО-несовместимых почек, в то время как в Европе и США по этой технологии сделаны уже тысячи операций.

По признанию специалистов, практикующих АВО-несовместимые трансплантации, протоколы ведения реципиентов с совместимыми и несовместимыми органами не имеют кардинальных отличий, а отдаленные результаты позволяют рассматривать несовместимую трансплантацию от живого донора в качестве альтернативы совместимой трансплантации от трупного донора.

О деньгах и администрации

Финансовая проблема была, есть и будет всегда. Она касается каждого этапа заготовки и трансплантации донорского органа. Можно начать с транспорта, например. Даже в оптимальных условиях – при безоблачной погоде, идеальном расписании авиарейсов – денежно-транспортный вопрос остается открытым.

– Человек должен долететь, доехать и вернуться, но это никак не оплачивается, т. е. это делается за деньги того медицинского учреждения, которое этим занимается, – рассказывает Дмитрий Перлин. – По большому счету клиника сама должна создавать механизмы, которые позволят ей сократить одну статью расходов и перенаправить деньги в другую сферу.

Безусловно, квота на трансплантацию есть (около 800 тыс. рублей). Но она не распространяется на транспортировку органов,

Окончание на стр. 5 ▶

Почечная недостаточность как особенность российского здравоохранения

◀ Окончание, начало на стр. 1

а рассчитана только на пересадку и нахождение пациента в стационаре после проведения операции (39 дней).

– Деньги, выделенные по квоте, могут быть израсходованы только на организацию процесса: операцию, расходный материал после операции, иммуносупрессивную и интенсивную терапию в послеоперационном периоде, – продолжает Владимир Медведев. – Но если поступает донор, то его необходимо кондиционировать, иначе органы станут непригодными для трансплантации. Потенциального донора необходимо интенсивно лечить – следует стабилизировать давление, кислотно-щелочное состояние, показатели красной крови и так далее – перечислять можно очень и очень долго. Резюме таково: просто лежать и умирать потенциальный донор не может...

– Определение смерти мозга иногда продолжается и день, и два, и три... например, мы готовимся забирать печень, а у потенциального донора хлориды высокие, – дополняет Дмитрий Перлин. – Это означает, что его необходимо кондиционировать медикаментами, которые требуют значительных затрат.

При этом потенциальный донор как пациент идет по ОМС, это означает, что выделяемых

на него средств недостаточно. По приблизительным подсчетам траты на поддержание потенциального донора достигают 100 тыс. рублей и более, а лечение пациента в отделении реанимации – около 20 тыс. рублей. Безу-

На 50 % успех трансплантации зависит от рук хирурга, остальные 50 % – это терапевтическое дело.

словно, не каждый главный врач соглашается на то, чтобы держать потенциальных доноров и выписывать дорогостоящие лекарства человеку с уже умершим мозгом.

Дмитрий Перлин рассказывает, что финансируется трансплантация из федерального или регионального бюджета, в зависимости от статуса клиники. Есть еще механизм дофинансирования по высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП): 30 % затрат берет на себя региональный бюджет, а оставшиеся 70 % – федеральный бюджет. Понятно, что у каждого региона свои возможности и мотивации. Есть и такие, которые не могут поднять и груз 30 % финансирования.

– В организации трансплантологической помощи крайне желательно наличие поддержки администрации. Но есть регионы, которые работают не благодаря, а вопреки. В нашем регионе, безусловно, важную роль сыграли администраторы, – продолжает

Дмитрий Перлин. – Но болезнь все-таки не на администрацию опирается, поэтому если в регионе развита диализная помощь, то и трансплантации будут появляться...

– В нашем регионе тоже большую роль сыграл руководитель региона, он сказал, что трансплантация должна развиваться и дело пошло, – соглашается Владимир Медведев.

Система все-таки поддерживает развитие трансплантации, хотя есть и некоторые казусы, и сложности.

– Деньги вроде выделяются, но экономисты диктуют нам, на что мы можем потратить деньги, а на что нет, – сетует Дмитрий Перлин. – Например, мы не можем тратить деньги на поддержание (ремонт) оборудования для лапароскопических операций, а оно для нас – основное в развитии родственной трансплантации.

Кстати, родственный донор обходится системе здравоохранения не дешевле, так как велик объем исследований. Но в отличие от трупного донорства, эти исследования можно провести

по системе ВМП. С 2010 г. эту статью расходов – «нефротомия у донора с последующей трансплантацией» – включили в ВМП по урологии.

– Единственное, эту статью могут получить только федеральные медицинские учреждения, поэтому наши центры снова пролетают, – смеется Дмитрий Перлин.

В общем-то наше государство не оставляет такое важное направление медицины как трансплантация. И, пожалуй, финансово-транспортные проблемы, как и координационные, постепенно решаются. Но чтобы поводов для отказа от трансплантации с каждым годом становилось все меньше и меньше, в работу должны включаться не только чиновники, но и хирурги, способные взять инициативу в свои руки.

P. S.

Проблемы были, есть и будут всегда. Пожалуй, наиболее созидательным способом работы в имеющихся условиях может быть совершенствование собственных знаний, навыков и хирургического мастерства. В конце концов, даже с тем, что есть, можно успешно работать и развиваться. По крайней мере, о двух «историях успеха» в этом номере мы рассказали. Надеемся, они вас вдохновят.

Интервью записала Алла Солодова, корреспондент отдела «Наука и технология» электронного журнала «Детали мира»

Новое в урологии

УРОРЕК® (силодозин) – новизна, эффективность и безопасность

Тема диагностики и лечения инфравезикальной обструкции при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) не сходит со страниц урологических изданий. На всех профессиональных мероприятиях звучат доклады о лекарственных средствах, которые облегчают нарушения мочеиспускания и являются квинтэссенцией научно-исследовательской работы фармкомпаний.

Кому же стоит назначить Урорек®:

- пациентам, которым диагноз ДГПЖ поставлен впервые;
- пациентам, у которых была неэффективной предшествующая терапия другими α-блокаторами;
- пациентам, у которых доминирующим симптомом ДГПЖ является никтурия;
- пациентам, которые принимают анти-

Силодозин соответствует всем критериям уроселективности для оптимального α-адреноблокатора (тканевому, фармакологическому, функциональному и клиническому критерию).

В октябре 2011 г. на российский рынок вышел Урорек® (силодозин) – новый оригинальный α-адреноблокатор с максимальной уроселективностью.

Эффективность Урорека® сопоставима с эффективностью тамсулозина. Силодозин имеет преимущество перед тамсулозином в од-

гипертензивные препараты или ингибиторы ФДЭ-5.

В феврале 2012 г. в рамках VI конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии 2012» состоялся научный симпозиум компании Рекордати (Италия) «Силодозин – новый альфа-адреноблокатор для идеального счета

Силодозин в дозе 8 мг 1 раз в день превосходит плацебо (статистически достоверно) и тамсулозин (только количественно) в отношении улучшения общей оценки по Международной шкале оценки простатических симптомов.

новременном улучшении трех из наиболее беспокоящих симптомов нижних мочевых путей (СНМП) – никтурии, учащенного мочеиспускания и ощущения неполного опорожнения мочевого пузыря.

Безопасность в отношении сердечно-сосудистой системы является важным преимуществом силодозина. Его можно назначать одновременно с антигипертензивными препаратами и ингибиторами фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5).

в матче против ДГПЖ». На симпозиуме опытом применения силодозина поделился профессор отделения урологии госпиталя Сан-Рафаэль Ф. Монторси (Италия).

Главный уролог Минздравсоцразвития РФ Д.Ю. Пушкарь отметил важность появления в арсенале российских урологов нового α-блокатора, который обладает выраженной уроселективностью, уменьшает СНМП и обеспечивает улучшение качества жизни пациентов с ДГПЖ.

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. Yokogaku Zasshi 2006; 126: 269-270.
 2. Solomon DA. Medscape J Clin 11/09/2008; 11: 191-196.
 3. Lopez M. Rev Urol 2009; 11: 38-51.
 4. Montorsi F. Eur Urol Suppl 2010; 9: 491-495.
 5. Stolkman Integrated Summary of Safety, September 2008, data on file.

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

Для медицинских работников и специалистов здравоохранения.



27-й Конгресс Европейской ассоциации урологов



**Дина
Бедретдинова**

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

dynein@narod.ru

Очередной ежегодный Конгресс EAU состоялся в Париже (Франция) с 24 по 28 февраля 2012 г. Его президентом стал профессор С-С. Abbo, который известен многим как человек, возглавлявший Европейскую урологическую стипендиальную программу (EUSP) с момента ее основания и до нынешнего года. Это мероприятие заняло 4 этажа огромного конгресс-центра, в программе было заявлено большое количество тематических сессий, видеоконференций. В течение 5 дней Конгресса одним только постерных сессий было проведено 93 (девятьсот три!), на них были представлены 1173 тезиса, принятые к презентации в Париже после жесткого отбора, проведенного экспертами в декабре.

Эта цифра немного выше, чем в прошлом году в Вене, где было проведено 92 постерных сессии, в которых участвовали 1111 тезисов. Как и в 2011 г., состоялось 8 видеосессий, где было представлено и обсуждено 51 видео.

В этом году большинство тезисов было посвящено ведению пациентов с нематастатическим раком предстательной железы, фундаментальным исследованиям уротелиальных новообразований и почечно-клеточной карциномы. В общей сложности было подано 3303 тезиса, включая 181 видеотезис. По сравнению с прошлогодним Конгрессом в Вене, где были приняты 34,1 % поданных тезисов, в этом году в Париже было одобрено 35,5 %.

Как и на предыдущих конгрессах, 12 призов вручили за лучшие тезисы в разных областях, отдельными призами особо отметили тезисы учащихся, а также наградили 3 лучших видеотезиса.

Естественно, посетить все было просто физически невозможно, поэтому это изложение базируется не только на личном опыте, но и на новостях Конгресса, чтобы вы получили возможность узнать о том, что же происходило в Париже.

Выборы новых членов совета EAU

Генеральная ассамблея EAU избрала новых членов в состав исполнительного совета. Так, новым генеральным адъюнкт-секретарем по образованию был выбран профессор Hein Van Poppel (Бельгия). Казначей профессор Manfred Wirth (Германия) был переизбран на второй срок. Также были утверждены новые члены некоторых советов. Профессор Didier Jacqmin (Франция) был назначен председателем офиса по планированию стратегии, профессор С.Р. Chapple (Великобритания) вступил в должность председателя Управления (Офиса) международных связей. Профессор А. Stenzl (Германия) возглавил комитет, занимающийся научной частью Конгресса, в то время как доктор А. Messas (Франция) проведет комитет по видео. Профессор В. Djavan (Австрия) был назначен председателем регионального офиса.

В сфере образования – профессор V. Migone (Италия) и Joan Palou Redorta (Испания) возглавили EUSP и Европейскую школу урологии (ESU) соответственно. Профессор J.M. Nijman (Нидерланды) принял председательство в офисе EU-ACME.

Генеральная ассамблея поблагодарила всех членов совета, уходящих в отставку: профессора F. Hamdy (Великобритания), профессора С-С. Abbo (Франция), профессора Р. Abrams

(Великобритания) и профессора Н. Madersbacher (Австрия), высоко оценив их самоотверженность и преданность делу.

Между тем, в EAU также поприветствовали 970 новых членов со всего мира, ведь в организации на февраль 2012 г. в общей сложности состоит 15 729 человек по сравнению с 14 759 членами, зарегистрированными на март 2011 г.

Сессия EAU-ICUD: старение населения является ключевым фактором, который влияет на распространенность недержания мочи

Старение населения не только в западных и развитых странах, но и в других регионах, как ожидается, окажет в будущем основное влияние на рост случаев недержания мочи (НМ) и сопутствующих заболеваний, по мнению экспертов, обнародованного в течение отчетного заседания комитетов EAU-ICUD доклада Международной консультации по недержанию мочи (ICI). Результатом работы этой международной консультации в ближайшем будущем станет выпуск книги, содержащей информацию, на которой не успели подробно остановиться в течение всего дня, посвященного этой теме.

Во время данной сессии были раскрыты проблемы НМ у взрослых и детей, мужчин и женщин, начиная от эпидемиологических и генетических исследований, заканчивая вопросами медикаментозного и оперативного лечения. Также была обсуждена проблема недержания кала и пролапса тазовых органов.

Подробно разобранная статья Irwin (2011) показала значительное увеличение распространенности НМ к 2018 г. К сожалению, в связи с тем, что большинство исследований не продольные, а поперечные, то данных о заболеваемости (новых случаях НМ) очень мало. По распространенности заболевания были представлены новые международные данные (Tikkenen, 2012). Результаты генетической эпидемиологии подтвердили семейные случаи НМ, в связи с чем стали рассматриваться гены, которые могут оказаться в начале цепи, приводящей к НМ. Одними из кандидатов на рассмотрение являются, разумеется, гены, имеющие отношение к коллагенам. Так, сейчас активно изучается полиморфизм генов, кодирующих компоненты коллагена первого типа.

В работе комитета по проблемам нервной системы в теме НМ были обсуждены возможности инстиляции липосом.

Комитет по патофизиологии НМ подтвердил, что до сих пор нет достоверных доказательств, что кесарево сечение в дальнейшем может оказывать профилактическое действие на развитие НМ. Эпизиотомия же оказывает негативное действие, что было подтверждено в нескольких исследованиях.

Относительно пролапса тазовых органов продолжается дискуссия о взаимосвязях генетических факторов и факторов окружающей среды, однако было показано, что профилактика констипации действительно уменьшает количество выявленных пролапсов. Под вопросом остаются такие предлагаемые методы профилактики, как выборочное кесарево сечение и отказ от подъема тяжестей на работе.

Продолжаются протеомные исследования, выявление групп риска, попытки объяснения рецидивов после проведенного лечения.

Относительно диагностической проблематики обсуждался вопрос использования эндоскопических методов у данной группы пациентов, и было рекомендовано не использовать эндоскопию в случае первичного НМ. Хорошие резуль-

таты получены при диагностических исследованиях по нервной системе. При необходимости визуализации органов таза рекомендовано применение методов биологической обратной связи, так как 8–15 % женщин не могут правильно выполнить команды по скатии определенных групп мышц.

Интересный доклад был сделан комитетом по первоначальной оценке НМ. До сих пор самым правильным вопросом для его диагностики является один простой вопрос: «Есть ли у вас НМ?». Это подтверждено во многих исследованиях, уровень его достоверности чрезвычайно высок.

Большой доклад был посвящен НМ у пожилых людей, так как у молодых пациентов в его развитии можно выделить 1–2 фактора риска, у пожилых же этих факторов довольно много и некоторые из них оказывают модулирующие влияние друг на друга!

Вторая половина дня была посвящена различным методам лечения НМ. Основная проблема в публикациях – это различие результатов лечения, вызванное разными методами определения и измерения эффективности лечения.

«Этот день – синтез всех доказательств об удержании, существующих на сегодня, от эпидемиологии через экспериментальное исследование к ведению этих пациентов», – сказал профессор Р. Abrams, один из председателей этой встречи.

По результатам были предложены алгоритмы ведения различных групп пациентов, таких как дети, пожилые люди, женщины, мужчины и нейрорегенные пациенты, а также рассмотрены недержание кала и пролапс тазовых органов.

ESUT – хирургия онлайн

Традиции демонстрации урологических операций онлайн во время конференций уже более 10 лет, поэтому научный комитет EAU по уротехнологиям (ESUT) подготовил обширную амбициозную программу, включающую в себя самые новейшие перкутанные, эндоурологические, лапароскопические и роботизированные методики. Во время Конгресса была отпразднована 15-летняя годовщина лапароскопической простатэктомии и, что показательно, произошло это в Париже, где урологи начали активно продвигать этот метод, после чего он и завоевал мировую популярность. Помимо этого, часть заседаний была посвящена новым флуоресцентным методам, улучшающим визуализацию, например, фотодинамической диагностике с использованием зеленого изоцианина или 5-аминолевулиновой кислоты.

Новые технологии всегда вызывают дискуссии: оправданно ли с клинической и экономической точек зрения их внедрение, какие существуют преимущества одних методов по сравнению с другими. Так, изобретатели стремятся к минимальной инвазивности оперативных доступов, но возникает вопрос, не лучше ли и для пациента, и для хирурга иметь больший доступ с меньшей длительностью операции и с лучшим обзором, большей свободой действий в случае осложнений, например, кровотечений, либо сделать 1 небольшой доступ с хорошими косметическими результатами, но с усложняющими операционными аспектами? Как всегда, на этот вопрос нет однозначного ответа, в каждом индивидуальном случае решение необходимо принимать, взвешивая все за и против. Тем более, что рандомизированных контролируемых исследований новых оперативных техник пока еще немного. Так, подробно сравнивались такие методы доступа, как LESS versus NOTES, а также новые приборы и устройства (3D-изображения, ETHOS), улучшающие эргономику лапароскопической процедуры. Хирургические процедуры с использованием этих новинок транслировалось из 3 клиник (Paris-Creteil, Mannheim и Aalst) в высоком разрешении с возможностью их комментирования,

как оперирующим хирургом, так и модераторами сессии. Традиционно, такой формат позволил всем делегатам напрямую общаться с хирургами, задавать вопросы и обсуждать все аспекты процедуры. Кроме того, эти сессии были записаны на видео и сейчас доступны на сайте ассоциации.

Очень хотелось бы поделиться своим личным впечатлением от лекции С-С. Abbo, президента 27-го Конгресса, который являлся одним из первых французских урологов, использовавших роботизированную простатэктомию. Как мне казалось несколько лет назад, этот метод просто затмил все остальные, и, когда я посетила отделение, которым заведовал Abbo, основным этапом экскурсии оказалась, конечно же, роботизированная простатэктомия, которой профессор чрезвычайно гордился. Но в последнее время наступила эра критического отношения к «новым игрушкам», произошла переоценка результатов лечения. Во время пленарного заседания профессор Abbo представил обзор развития малоинвазивной хирургии за последние два 10-летия, а в своем заключительном слове сказал, что надо «создать проекты для проверки новых технологий, чтобы не быть рабом любых современных или новейших роботов». Он подчеркнул, что при внедрении лапароскопических и роботизированных методов принципы доказательной медицины использовались недостаточно. Только такой опытный профессор мог позволить себе с высокой трибуны заявить, что спрос на роботизированные операции у пациентов создан искусственно, путем назойливой рекламы и массовой раскрутки. В условиях быстрого внедрения робота в медицинскую практику правила для проверки этих технологий были гораздо мягче, по сравнению с очень жестким процессом проверки и одобрения новых лекарств. Он также призвал урологов к осторожности и соблюдению нейтрального тона в описании роботизированных методик, так как многие больные сейчас имеют завышенные ожидания в отношении результатов лечения. Несоответствие рекламы с реальностью как проблема возникает уже на местах, поэтому важно сохранять нейтральную позицию и описать процедуры своим пациентам максимально объективно, чтобы не оказывать давления на их выбор. На мой взгляд, необходимо иметь определенное мужество, чтобы высказать сомнения в так расхваливаемых на всех конгрессах методах.

Запуск базы знаний EAU

Во время Конгресса было объявлено о запуске базы знаний EAU – интерактивном инструменте, содержащем широкий спектр информации, которая будет регулярно обновляться и содержит все необходимые материалы о современном состоянии знаний по различным областям медицины. Основой для базы послужили тексты Рекомендаций EAU, добавление соответствующих образовательных и учебных материалов происходит выборочно по определенными критериями, чтобы заполнить пробелы, которые не были освещены в рекомендациях. Текст базы знаний EAU будет автоматически пополняться вместе с Рекомендациями, которые сейчас обновляются каждые 2 года. Научное обоснование и тот факт, что текст составляется на основе принципов доказательной медицины, сделают базу знаний EAU уникальным источником информации. Инструмент поиска делает базу знаний EAU простым в использовании ресурсом и позволит предоставить конкретную информацию вместе с прямыми ссылками на полнотекстовые статьи, курсы ESU, онлайн-курсы, трансляции EAU, а также на слайды и видео. Основная цель – предложить эту возможность всем членам EAU бесплатно (в том числе доступ ко всему связанному материалу).

Каждая тема будет связана с учебной программой национального и Европейского совета урологии (EBU), так что ординаторы, которые готовятся к национальным или экзаменам EBU, точно

Продолжение на стр. 7 ►

Сексуальная функция после радикальной простатэктомии



Лев Георгиевич Раднаев

Кмн, науч. сотр. организационно-методического отдела ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России
lev-radnaev@yandex.ru

Впервые вопрос о сексуальной функции (СФ) после радикальной простатэктомии (РПЭ) возникает при обсуждении вариантов лечения рака простаты, когда некоторые пациенты интересуются, будут ли изменения в ее состоянии.

Согласно статистике доля пациентов, восстановивших уровень эректильной функции достаточный для полового акта после нервосберегающей РПЭ (НСРПЭ), колеблется, по данным разных авторов, от 18 до 100%. Но в большинстве случаев это около 50%, причем, как правило, эрекция поддерживается ингибиторами фосфодиэстеразы 5-го типа (иФДЭ-5). Важно учесть, что эрекция восстанавливается медленно – до 2 лет, и относительно приемлемое ее качество обычно достигается к концу первого года после операции.

Уровень либидо сохраняется на прежнем уровне, что в сочетании с тяжелой эректильной дисфункцией (ЭД) может вызвать серьезный дистресс. Целесообразно заранее сообщить пациенту, что применяемые методы лечения: иФДЭ-5, интракавернозные инъекции (ИКИ), протезирование полового члена – достаточно

дорогие и обычно не предоставляются по полису ОМС.

Необходимо отметить, что способность достижения оргазма сохраняется после РПЭ достаточно хорошо, даже в отсутствии эрекции. Для мужчин это кажется странным, так как эрекция, эякуляция и оргазм всегда представляются единым процессом и возможность достижения оргазма в «изолированном» виде кажется невероятной. Но современная теория оргазма предполагает, что оргазм – это процесс на уровне коры головного мозга, возникающий в ответ на сексуальную стимуляцию, и природа его возникновения – общая для мужчин и женщин. Поскольку чувствительные нервы от полового члена проходят в промежности и не повреждаются при РПЭ, то чувствительная импульсация сохраняется, как и сексуальная стимуляция на ментальном уровне. В данном случае РПЭ явилась своего рода экспериментальной моделью для подтверждения теории возникновения оргазма. Таким образом, мужчина может получать сексуальную разрядку после РПЭ, например, при мастурбации, другой стимуляции, причем эрекция для этого не обязательна. Для некоторых пациентов это очень важно. Естественно, эякуляции при этом не происходит.

Подготовка к операции

Основной проблемой на этом этапе является получение стандартизированных данных об уровне СФ до операции. Обычно пациентам до вмешательства предлагают заполнить опросник ПЕФ, но поскольку он оценивает СФ за последние 4 недели, то общий балл часто получается крайне низким и не соответствующим действи-

тельности, так как пациенты в этот период времени заняты подготовкой к операции, испытывают неприятные ощущения после биопсии простаты и т. д. Поэтому мы рекомендуем ретроспективное использование опросника ПЕФ, т. е. опросник должен быть заполнен в соответствии с периодом, предшествовавшим началу обследования по поводу рака простаты. Ретроспективное применение ПЕФ признано валидным, и полученные данные могут быть использованы в научных целях.

После радикальной простатэктомии

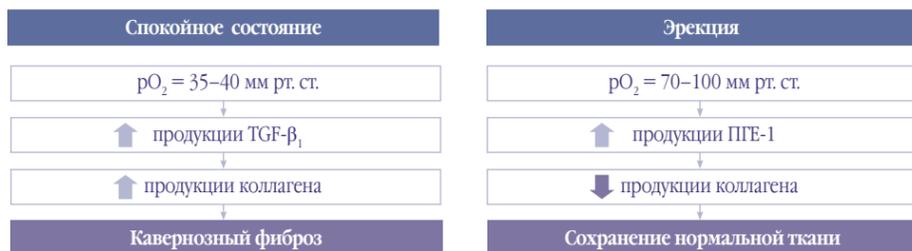
Механизм развития ЭД после РПЭ следующий. Во время операции повреждаются вегетативные нервы, расположенные латерально от простаты и ответственные за эрекцию. Эти нервы являются проводниками эфферентных импульсов от центральных отделов нервной системы к кавернозным телам и вызывают эрекцию путем высвобождения NO из своих окончаний. Поэтому после РПЭ, если даже пациент испытывает сильное возбуждение и имеет хорошее состояние кавернозных тел, эрекции не возникает, так

как импульсы просто не передаются. По этой же причине относительно малоэффективны иФДЭ-5, поскольку нет точки приложения для их действия – NO не выделяется даже в малых количествах.

В результате полного отсутствия вегетативной иннервации кровотоков в половом члене резко снижается и наступает постоянная гипоксия, которая через выработку TGF-β₁ приводит к повышенному отложению коллагена, т. е. к кавернозному фиброзу (см. рис.).

Таким образом, к изначально нейрогенной этиологии ЭД присоединяется вено-окклюзивная недостаточность. Также есть данные, что в развитие кавернозного фиброза вносят вклад выделение факторов апоптоза из окончаний поврежденных нервов и интраоперационное повреждение добавочных артерий.

Почему после НСРПЭ эрекция исчезает и восстанавливается только спустя длительное время? Дело в том, что при НСРПЭ тонкие кавернозные нервы также повреждаются, но на микроскопи-



Влияние кровотока в половом члене на развитие кавернозного фиброза

Окончание на стр. 9 ▶

Есть только одна

ВИАГРА®

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

◆ **94% мужчин отметили, что обеспечение твердости эрекции важнее, чем длительность действия препарата⁴**

Торговое название лекарственного средства: ВИАГРА®. Состав: силденафила цитрат (эквивалентно 25 мг, 50 мг или 100 мг силденафила). Имеются противопоказания, необходимо ознакомиться с инструкцией препарата.

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.
⁴ Claes H. et al. Characteristics and expectations of patients with erectile dysfunction: Results of the SCORED study. *Int J Impot Res*, 2008; 20: 418-424.



© Зарегистрированная торговая марка «Пфайзер Инк.», США.
Представительство Корпорации «Пфайзер Эйч. Си. Пи. Корпорэйшн»: 123100, г. Москва, Пресненская наб., 10.
Тел.: (495) 287-50-00

Твердая уверенность
в успехе



ВИАГРА®
(силденафила цитрат) таблетки

www.get-hard.ru

VIA-12-02

Сексуальная функция после радикальной простатэктомии

◀ Окончание, начало на стр. 8

ческом уровне за счет неизбежной микротравматизации. И все последующие месяцы происходит их регенерация с восстановлением эрекции, подобно тому, как восстанавливается иннервация конечностей после сшивания соответствующих нервов. Таким образом, главная задача врача по восстановлению эректильной функции после НСПЭ состоит в том, чтобы не дать развиться кавернозному фиброзу до восстановления функции кавернозных нервов, т. е. нужна постоянная поддержка в виде медикаментозно вызванных эрекций до тех пор, пока не восстановятся естественные. Другая задача – дать возможность для сексуальной активности «по требованию».

Длительный курс иФДЭ-5 назначается через 3–4 недели после операции для профилактики кавернозного фиброза. Заметной эрекции при этом ожидать не приходится, но считается, что даже небольшой тумесценции достаточно для профилактики кавернозного фиброза. Наиболее обособлено применение тадалафила через сутки. Существуют различные мнения о дозировках, но на наш взгляд предпочтительны средние и большие дозы. Препараты принимаются постоянно вплоть до восстановления естественных эрекций. К сожалению, длительный режим приема доступен только для материально обеспеченных пациентов.

Если нет ответа на иФДЭ-5, пациент переводится на ИКИ, но с ежемесячным тестированием иФДЭ-5 в максимальных дозах, и при появлении ответа на них пациент переводится на длительный курс иФДЭ-5. Для ИКИ применяют алпро-

стадил – синтетический аналог естественного простагландина E1 (ПГЕ1) с частотой 2–3 раза в неделю. ПГЕ1 вызывает эрекцию прямым стимулированием выработки циклического аденозинмонофосфата, т. е. высвобождения NO из кавернозных нервов не требуется. ИКИ алпростадил являются наиболее действенным методом профилактики кавернозного фиброза, другим их достоинством служит то, что удается быстро получить эрекцию очень хорошего качества «по требованию», иногда даже лучшего качества, чем до РПЭ. К сожалению, широкое применение метода ограничивается болью, неудобством и высокой стоимостью (500–700 руб. за 1 инъекцию).

Алпростадил в России доступен в виде препарата Каверджект, который поставляется в специально разработанном для самостоятельных ИКИ комплекте и содержит препарат, шприц и т. д. Другой препарат алпростадил – Вазапростан – менее удобен. Методика ИКИ подробно описана в инструкции к препарату, упомянем лишь, что наиболее частые ошибки – это введение под кожу и в уретру. При этом эффект незначительный и может быть сделан неправильный вывод о неэффективности препарата. Индикатором правильности введения может быть ощущение тепла, разливающегося по проекции кавернозных тел, через 2–5 мин после ИКИ. Сам укол в половой член относительно безболезнен, боли возникают спустя 10–30 мин и длятся до 1 ч. Считается, что боли при ИКИ обусловлены индивидуальной чувствительностью, связаны с прямым действием алпростадил на болевые рецепторы и не являются признаком каких-либо повреждений в кавернозных телах. Именно интенсивность болей у конкретного пациента определяет возможность применения ИКИ в будущем. Ин-

трауретральная форма – MUSE – также вызывает сильную боль у чувствительных людей и не может быть альтернативой.

Возможно ли применять для ИКИ дешевый и безболезненный папаверин? Как известно, папаверин часто вызывает фиброз, а мы как раз боремся с фиброзом. Поэтому ИКИ папаверина должны применяться по очень строгим показаниям. Возможность использования менее болезненных смесей Тримикс и Бемикс также ограничена трудностями получения компонентов, заготовки и хранения.

Важным преимуществом ИКИ является психологический компонент. Часто одно только осознание того факта, что при помощи ИКИ можно достичь качественной эрекции и совершить половой акт, снимает дистресс от ЭД у ряда пациентов, хотя они пользуются этим методом крайне редко. Возможно в этом случае может быть уместно применение папаверина.

Вакуум-эректильные устройства (ВЭУ) для профилактики кавернозного фиброза значительно менее эффективны, чем иФДЭ-5 и ИКИ. Лучше использовать индивидуальные вакуумные помпы, имеющие или предохранительный клапан, или манометр. Проводится ежедневный вакуумный массаж по 15–20 мин в виде циклов разрежения – сброс разрежения. При этом создается отрицательное давление 100–200 мм. рт. ст. в течение 40–60 с с последующим сбросом разрежения.

Для совершения полового акта ВЭУ использовать не совсем желательно с патогенетической точки зрения, так как нарушение оттока констриктив-

ным кольцом усугубляет гипоксию, но многие пациенты предпочитают этот метод из-за удобства и доступной цены. В этом случае вначале в течение 10–15 мин проводится вакуумный массаж полового члена, а кольцо одевается не более чем на 15 мин.

Удачным сочетанием можно считать комбинацию иФДЭ-5 с ВЭУ, при этом частичный эффект 2 методов дополняет друг друга, позволяя достичь эрекции достаточной для полового акта. Чередование этой комбинации с ИКИ позволяет повысить приемлемость терапии и удешевить ее. Другие методы терапии ЭД после РПЭ малоэффективны или находятся в стадии разработки.

Оргазм, как правило, хорошо сохраняется после РПЭ, встречаются даже пациенты, которые отмечают усиление его интенсивности. Но важно помнить, что до 20 % пациентов после РПЭ теряют мочу во время оргазма. Поэтому целесообразно заранее предупреждать пациентов об этом и рекомендовать достижение первого после РПЭ оргазма без участия партнера, так как выделение мочи в кульминационный момент может осложнить отношения. В случае потери мочи при дальнейшей сексуальной активности нужно использовать такие методы, как предварительное опорожнение мочевого пузыря, использование презерватива или констриктивного кольца. Около 1–2 % пациентов могут испытывать боли при оргазме, в этом случае показано применение тамсулозина по 0,4 мг в сутки в течение 4 недель.

Если через 2 года достаточной для полового акта эрекции на фоне иФДЭ-5 достичь не удастся, можно ставить вопрос о протезировании.

ЛАЗЕРНЫЙ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС «Матрикс-Уролог»

Регистрационное удостоверение: ФСР 2010/09814 (срок действия не ограничен)

Сертификат соответствия: РОСС RU.ИМ25.В04346

ДЛЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ШИРОКОГО КРУГА ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- бесплодие;
- болезнь Пейрони;
- гломерулонефрит;
- диабетическая нефропатия;
- нейрогенная дисфункция мочевого пузыря;
- пиелонефрит;
- послеоперационные осложнения;
- простатиты;
- сексуальные расстройства у мужчин (эректильная дисфункция);
- цистит;
- энурез;
- эпидидимоорхит и др.



В БАЗОВЫЙ СОСТАВ КОМПЛЕКСА ВХОДЯТ:

- специальный базовый блок «Матрикс-Уролог» (3 канала);
- лазерные излучающие головки красного и ИК спектров для различных методик лазерной терапии (5 шт.);
- специальная головка ВМЛГ-10 для вибромагнитолазерного массажа предстательной железы;
- комплект оптических и магнитных насадок (10 шт.);
- аппарат для вакуумного массажа «Матрикс-ВМ»;
- лазерная излучающая головка ЛО-ЛЛОД;
- колбы для методики ЛЛОД.

Дополнительно: стойка аппаратная ЛАЗМИК-СФ, аппараты: для внутривенного лазерного облучения крови «Матрикс-ВЛОК», цветоритмотерапии, электротерапии и др.



Разработчик и производитель: Научно-исследовательский центр «Матрикс»

Адрес почтовый: 125367, Москва, а/я 33
 Адрес головного офиса: 123056, Москва, ул. Грузинский Вал, д. 26, стр. 2
 Тел./факс: (499) 250-5544, 251-8947, 250-5150, 401-9128
 Заказ оборудования: 2505544@mail.ru или 7652612@mail.ru
 Подробнее: <http://www.matrix-uro.ru/>

Малоинвазивные технологии – шаг вперед



**Виктория
Анатольевна
Шадёркина**

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

Вторая ежегодная конференция, посвященная малоинвазивным технологиям в лечении рака предстательной железы и рака почки, состоялась на базе ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России 29–30 марта текущего года. В работе конференции, помимо отечественных специалистов по малоинвазивным методам, участвовали приглашенные эксперты из Европы и США: Трулс Эрик Бьерклунд Йохансен (Дания), Хашим Ахмед (Великобритания), Джанкарло Бертрамо (Италия), Георг Саломон (Германия), Виктор Гриффин (Великобритания), Дитер Климке (Нидерланды).

Форум вызвал острый интерес у специалистов, что было подтверждено участием 232 урологов, онкологов и врачей смежных специальностей из России, Украины, Белоруссии, Казахстана. И еще 370 специалистов из 25 городов России и стран СНГ смотрели онлайн-трансляцию докладов и высокотехнологичных операций в Интернете. Помимо этого, все желающие прошли тренинг по выполнению HIFU-терапии рака предстательной железы на симуляторе, который проводил Виктор Гриффин (Великобритания).

Открыли конференцию директор НИИ урологии профессор О.И. Аполихин и главный онколог Минздрава России, академик В.И. Чиссов.

Участники единодушно отметили новизну поднятых тем и высочайший научный уровень прозвучавших на конференции докладов.

В докладе академика В.И. Чиссова прозвучала поразительная статистика о том, что в мире ежегодно выявляется более 900 000 больных раком предстательной железы (РПЖ). В России в 2011 г. было впервые выявлено 19 657 случаев РПЖ. Прирост заболеваемости в 2000–2010 гг. составил 136,86 % и рак простаты занял 1-е место в структуре онкозаболеваемости мужского населения. По стадиям пациенты распределились следующим образом: I–II стадия – 44,9 %, III стадия – 35,3 %, IV стадия – 17,8 %, а у 2,0 % больных стадия не была установлена. Летальность пациентов в течение года после установки диагноза составила 12,2 %. Наиболее высокая заболеваемость РПЖ в России наблюдается в Центральном, Уральском и Сибирском федеральных округах.

Оптимизация финансовых затрат в онкоурологии была освещена в докладе директора НИИ урологии О.И. Аполихина (Москва).

Фундаментальным исследованиям актуальной проблемы урологии были посвящены доклады «Современные методы молекулярной диагностики РПЖ» С.Е. Северина (Москва) и «Использование геномных и постгеномных технологий для диагностики РПЖ» М.Н. Пешкова (Москва).

В настоящее время найдено более сотни различных генов и белков, способных считаться в той или иной степени маркерами опухолевых заболеваний предстательной железы, так как любые изменения в ткани в процессе малигнизации затрагивают все основные клеточные функции – изменения в цитоморфологии клетки, изменения в экспрессии генов и белков, эпигенетические маркеры и другие. Внимание ученых сконцентрировано на активном изучении биомаркеров, которые могут использоваться не только для ранней диагностики РПЖ, но и для определения риска его развития у конкретного пациента, прогнозирования риска прогрессии и метастазирования (TGF-1), выживаемости (E-cadherin).

Эта тема представляется наиболее важной в диагностике РПЖ, так как 20–40 % всех злокачественных новообразований предстательной железы сопровождаются нормальной концентрацией ПСА в сыворотке крови. Особое внимание привлек показатель активности теломеразы), повышение которого у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) и простатической интраэпителиальной неоплазией (ПИН) говорит о высоком риске развития РПЖ. Отсутствие активности этого фермента свидетельствует о низкой вероятности развития рака простаты. Маркеры можно определять не только в образцах биопсии, но и в моче, и крови. Сейчас идет активное изучение комбинаций маркеров и разработка тест-систем для применения в рутинной практике.

Доклад гостя конференции Г. Саломона (Германия) был посвящен вопросам визуализации РПЖ, которая, по мнению профессора, является не просто урологической, а междисциплинарной манипуляцией. Современные требования к методам визуализации очень высоки – это прежде всего необходимость четкого определения очага для возможной прицельной биопсии простаты, что дает возможность использования в последующем фокальных методов лечения РПЖ. Каждый новый метод визуализации предоставляет свою информацию, и в то же время некоторые комбинации методов, на которые прежде возлагались определенные надежды, не оправдали последних. Так, например, из доклада профессора урологи узнали, что нет никакой разницы между применением сочетания магнитно-резонансная терапия (МРТ) + спектроскопия и нативной МРТ при диагностике РПЖ. Подробно были освещены возможности гистосканинга, эластографии, C-ANNA и других методов. Основные моменты, на ко-

торых был сделан акцент, – большая перспектива новых методов, необходимость мультицентровых исследований по анализу их чувствительности и специфичности, и, конечно же, разработка стандартов применения методов визуализации в диагностике РПЖ.

Тему новых методов визуализации продолжил О.Б. Жуков (ФГБУ «НИИ урологии», Москва). Исключительное значение доклада – в представлении уникального опыта НИИ урологии по применению гистосканинга и соноэластографии в диагностике РПЖ у пациентов с предшествующими негативными биопсиями.

Европейские онкоурологи считают, что в настоящее время существуют значительная гипердиагностика и «гиперлечение» РПЖ – отметил в своем докладе Хашим Ахмед (Великобритания). Нынешняя стратегия привела к таким ошибкам, как выявление клинически незначимого РПЖ случайно, а клинически значимые поражения часто пропускаются. Значимый рак может быть классифицирован как незначимый, и наоборот. В результате мужчины подвергаются воздействию на всю железу, что сопровождается серьезными осложнениями. В то же время не все опухоли имеют потенциал к прогрессированию до инвазивного или метастатического рака. Новые методы визуализации и высокоточная биопсия позволяют выявить те поражения, которые будут прогрессировать, т. е. наиболее агрессивные. Селективное лечение этих агрессивных, клинически значимых поражений будет настолько же эффективным, по мнению Х. Амеда, как и лечение всей железы, но нанесет меньший вред организму в целом. Селективное лечение могут обеспечить такие малоинвазивные технологии, как криотерапия, HIFU, интерстициальный фотодинамический лазер, необратимая электропорация, фотодинамическая терапия, радиочастотная абляция.

С результатами I фазы клинического исследования – фокальной абляции РПЖ высокоинтенсивным сфокусированным ультразвуком под МРТ-контролем – поделились урологи из ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» (Санкт-Петербург). А.К. Носов представил перспективное несравнительное мультицентровое исследование РСА 001, в котором участвовали 4 центра из России, Сингапура, Индии и Италии. Так, HIFU-терапия под МРТ-наведением была выполнена 21 пациенту с гистологически верифицированным РПЖ на стадии cT1c-2aN0M0, с ПСА < 10 нг/мл, по показателю Глисона < 6 и размером простаты до 70 мл. Ни у одного из этих пациентов не наблюдалось недержания мочи, болей в промежности и гастроинтестинальных осложнений. Эректильная функция у подавляющего большинства больных оставалась на базовом уровне. Контрольная биопсия через 6 месяцев была выполнена у 14 пациентов, и у всех – отрицательный результат. Авторы исследования подчеркнули, что фокальная терапия РПЖ

под МРТ-контролем на сегодняшний день представляется достаточно безопасным методом лечения с низким уровнем послеоперационных осложнений, а при выявлении новых очагов РПЖ это лечебное вмешательство может быть выполнено повторно, что является неоспоримым преимуществом. Актуальной проблемой для развития фокальной терапии остается возможность визуализации опухолевых очагов неинвазивными методами. Выступление А.К. Носова сопровождалось видеопрезентацией данной методики.

Десятилетнему опыту применения HIFU-терапии РПЖ были посвящены доклады Г.Е. Крупинова (Москва) и кафедры урологии МОНКИ им. Владимирского (Москва). По мнению докладчиков, идеальными пациентами для проведения HIFU-терапии являются мужчины с локализованным раком простаты с онкологическим риском низкой и средней степени, имеющие малый объем предстательной железы (до 20 см³), а также пациенты пожилого и старческого возраста, с наличием выраженной сопутствующей патологии и с отказом от радикальной простатэктомии и лучевой терапии.

О результатах брахитерапии в группе пациентов высокого риска рассказал участникам Школы профессор А.В. Зырянов (Екатеринбург). В эту группу входят большие с распространением опухоли за капсулу, инвазией в семенные пузырьки, субклиническим метастазированием в лимфатические узлы. В подобных клинических ситуациях профессор рекомендовал сочетание брахитерапии (110 Gy) с наружной лучевой терапией (44–46 Gy), которое дает 79 % 5-летнюю выживаемость без повышения ПСА, комбинацию брахитерапии с максимальной андрогенной блокадой – выживаемость 79 %, и параректальную брахитерапию (145 Gy) с 85 % выживаемостью.

Тему брахитерапии продолжил доклад К.Н. Миленни (Москва) «Высокоинтенсивная (I¹²⁵) брахитерапия и сочетанная лучевая терапия в лечении больших РПЖ». Особый интерес вызвала уникальная информация о финансовой составляющей брахитерапии – затраты на приобретение оборудования для брахитерапии и ремонт операционной. Так, например, оборудование для брахитерапии источниками I-125 обойдется в 5 млн рублей, стоимость источников и расходных материалов на 1 пациента – 450 тыс. рублей. Брахитерапия источниками I¹²⁵: стоимость оборудования – 45 млн рублей, стоимость источника и расходных материалов на 1 пациента – 10 тыс. рублей, стоимость ремонта операционной – 3 млн рублей. Для дистанционной лучевой терапии (ДЛТ): оборудование – 40 млн. рублей, расходные материалы на 1 пациента – 1 тыс. рублей, ремонт операционной – 3 млн рублей. Радикальная

Окончание на стр. 11 ▶



Видеосессия во время доклада



Участники конференции

Малоинвазивные технологии – шаг вперед

◀ Окончание, начало на стр. 10

простатэктомия потребует оборудования стоимостью 10 млн рублей, расходные материалы на 1 пациента – 60 тыс. рублей и ремонт операционной – 10 млн рублей. Для сравнения автор доклада привел цифры стоимости различных вариантов лечения РПЖ за рубежом.

Радикальная простатэктомия – 19 019 \$
ДЛТ – 15 937 \$
Брахитерапия I-125 – 15 301 \$
Брахитерапия Iг-192 – 12 376 \$
Брахитерапия Iг-192 + ДЛТ – 24 407 \$
Радикальная простатэктомия + ДЛТ – 31 329 \$

Квинтэссенцией доклада стали данные 5-летней безрецидивной выживаемости при различных вариантах радикального лечения РПЖ. Наиболее высокий процент выживаемости наблюдается у пациентов T1-2N0M0 при радикальной простатэктомии (95 %) и брахитерапии источниками Iг-192 (96 %).

Большая часть доклада А.А. Костина (Москва) была посвящена профилактике и ликвидации осложнений, возникающих в результате применения радикальных методов лечения РПЖ. Известно, что при комбинировании методов число осложнений возрастает, что существенно ухудшает прогноз. Методы сопровождения в виде стентирования верхних мочевых путей, уретры, внутренней опической уретротомии, паллиативных трансуретральных ре-

зекций простаты, коагуляции сосудов при кровотечении, перкутанных нефротомий – призваны снизить количество осложнений.

Стереотаксическая лучевая терапия (СЛТ) простаты была описана в докладе Джанкарло Бертрамо (Италия) как метод, позволяющий доставить излучение точно в опухоль путем внедрения специальных маркеров в ткани до лечения. СЛТ осуществляется с помощью кибер-ножа, который позволяет не только определить реальные цели, но и дает возможность регулировать роботизированную руку в случае, если меняется расположение цели во время лучевой терапии, более того, он биологически подходит для всех типов опухоли простаты и для всех групп риска.

Своим уникальным опытом внедрения фокальной криоабляции предстательной железы поделился К.Б. Колонтарев (Москва). Сложность внедрения этой методики авторы доклада видят в адекватной подготовке врачей и медсестер, отборе пациентов (отсутствие в анамнезе операций на простате и лучевой терапии) и точнейшей диагностике фокусов РПЖ (путем сатурационной биопсии).

Фотодинамическая терапия у больных РПЖ была подробно освещена в докладе Б.Я. Алексеева как метод, позволяющий снизить ПСА за 3 месяца более чем на 50 % от исходного уровня почти у половины пациентов и через 6 месяцев достичь уровня ПСА 0,1–6,8 нг/мл. Эти многообещающие данные получены в МНИОИ им. П.А. Герцена (Москва).

Георг Саломон (Германия) впервые в России представил результаты II фазы клинического исследования и дизайн европейского исследования III фазы TOOKAD Soluble в лечении локализованного РПЖ.

В перерывах между докладами ведущих урологов России и мира участникам Школы были продемонстрированы видеоролики по гистосканингу, трансперинеальной template-биопсии простаты, брахитерапии, HIFU-терапии, криоабляции РПЖ и рака почки, фотодинамической терапии РПЖ, селективной эмболизации сосудов при опухолях почки.

Второй день Школы продолжил дискуссии экспертов – лидеров онкоурологии – по теме малоинвазивные методы в лечении рака почки.

Большой интерес вызвал доклад К.М. Ньюско (Москва) по чрескожной радиочастотной абляции опухолей почек. В отделении онкоурологии МНИОИ им. П.А. Герцена, где работает автор доклада, с 2006 по 2012 г. выполнено 49 подобных процедур 44 больным с опухолью почки. Двухлетние показатели выживаемости составили: общая выживаемость – 89,3 %, опухолево-специфическая – 94 %, безрецидивная – 77,7 %. Практически все пациенты были соматически тяжелыми, поэтому радиочастотная абляция послужила единственным оптимальным выходом из ситуации.

Эндоскопическому лечению папиллярных опухолей верхних мочевых путей был посвящен

доклад А.Г. Мартова, который представил четкий алгоритм лечения с учетом наличия у пациента здоровой контралатеральной почки.

Основные показания для проведения эндоваскулярной эмболизации почечной артерии и артерий простаты в онкологии были представлены в докладе сотрудников ФГБУ «НИИ онкологии им. П.А. Герцена». Сочетание эмболизации ветвей почечной артерии и радиочастотной абляции повышает эффективность и безопасность лечения. Суперселективная эмболизация уменьшает кровопотерю при органосохраняющих операциях. Поэтому эндоваскулярная хирургия занимает определенную нишу в онкоурологии, которая может быть расширена в случае разработки новых методик.

Несмотря на крайнюю насыщенность научной программы, обилие докладов, видеосессий, видеопрезентаций, в рамках одной конференции сложно осветить все вопросы малоинвазивных аблативных технологий в лечении злокачественных заболеваний предстательной железы и почки.

Организаторы Школы благодарны участникам конференции и коллегам, смотревшим онлайн-трансляцию, за проявленное терпение, стремление к новым знаниям и интерес к мероприятию.

Все доклады, видеоролики, веб-касты выступлений будут доступны на сайте НИИ онкологии (www.Uro.ru).



Президиум Школы по малоинвазивной онкоурологии



Виктор Гриффин (Великобритания) проводит тренинг по HIFU-терапии

Коротко

Джевтана® – за гранью возможного!¹⁻⁵

Увеличение общей выживаемости больных метастатическим гормонорезистентным раком предстательной железы после химиотерапии доцетакселом¹⁻⁵

Джевтана® (кабазитаксел) зарегистрирован в России

Это первый и единственный таксан, обеспечивающий увеличение общей выживаемости больных во 2-й линии химиотерапии метастатического гормонорезистентного рака предстательной железы после химиотерапии доцетакселом¹⁻⁴.

13 февраля 2012 г. Министерство здравоохранения и социального развития РФ зарегистрировало препарат Джевтана® (кабазитаксел) для инъекций (номер регистрационного

удостоверения: ЛП-001500) в комбинации с преднизолоном для лечения пациентов с метастатическим гормонорезистентным раком предстательной железы, ранее получавших терапию на основе доцетаксела. Джевтана®, ингибитор микротрубочек, в комбинации с преднизолоном был одобрен на основании результатов клинического исследования III фазы TROPIC.

13 апреля 2012 г. состоялось официальное представление препарата Джевтана® российским

специалистам. При поддержке Российского общества онкологов совместно с компанией Санофи в Москве прошел симпозиум «Новые возможности лечения метастатического гормонорезистентного рака предстательной железы» с участием ведущих специалистов онкологов и международного специалиста, директора клиники и главы отдела исследований гематологического и онкологического центра университетской клиники г. Бристоль, Великобритания – доктора Амит Бала.

Теперь еще один высокотехнологичный препарат, входящий в международные стандарты, будет доступен и российским врачам. «Появление препарата Джевтана® в России является знаковым событием. Мы рады тому, что теперь наши пациенты получают доступ к самому современному лечению рака предстательной железы», – заявила Анастасия Ухова, медицинский директор компании Санофи Россия. В России препарат Джевтана® будет доступен с середины июня.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Джевтана® (кабазитаксел), Российская Федерация. Номер регистрационного удостоверения: ЛП-001500. 2. Garmey E.G., Sartor O., Halabi S., Vogelzang N.J. Second-line chemotherapy

for advanced hormone-refractory prostate cancer. Clin Adv Hematol Oncol 2008;6(2):118–22, 127–32. 3. Rosenberg J.E., Weinberg V.K., Kelly W.K. et al. Activity of second-line chemotherapy in docetaxel-refractory hormone-refractory prostate cancer patients: randomized phase 2 study of ixabepilone or mitoxantrone and prednisone. Cancer

2007;110(3):556–63. 4. Sternberg C.N., Petrylak D.P., Sartor O. et al. Multinational, double-blind, phase III study of prednisone and either satraplatin or placebo in patients with castrate-refractory prostate cancer progressing after prior chemotherapy: the SPARC trial. J Clin Oncol 2009;27(32):5431–8.

5. de Bono J.S., Oudard S., Ozguroglu M. et al; for the TROPIC investigators. Prednisone plus cabazitaxel or mitoxantrone for metastatic castration-resistant prostate cancer progressing after docetaxel treatment: a randomized open-label trial. Lancet 2010;376(9747):1147–54.

Данные предоставлены представительством компании «Санофи». Представительство АО «Санофи-авентис груп» (Франция): 125009, Москва, ул. Тверская, д. 22. Тел.: (495) 721 14 00, факс: (495) 721 14 11.

ru.cab.12.04.06

Новое в гайдлайнах ЕАУ 2012



Дина Бедретдинова

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

dyncin@narod.ru

Ежегодный конгресс ЕАУ всегда знаменуется изданием последнего обновления расширенных и карманных Руководств ЕАУ, так называемых гайдлайнов. К этому времени члены разных комитетов изучают все новейшие разработки в своих областях знаний, а также обсуждают самые современные клинические рекомендации. Эксперты также стараются отразить в Руководствах результаты новых исследований, которые только будут представлены на Конгрессе в Париже, и выделить основные моменты из присланных тезисов. Во время Конгресса одна из сессий полностью посвящена работе этого офиса ЕАУ, где представители различных комитетов презентуют последние обновления в Руководствах. Темы, выбранные для представления на Конгрессе, оказались настолько популярны, что в зале не было свободного места и опоздавшим пришлось стоять, но никто не ушел вплоть до окончания сессии. Эксперты, разрабатывающие Руководства, признали, что нет ничего более ободряющего, чем такой интерес со стороны участников мероприятия.

Эта сессия проходила в середине 4-го дня Конгресса, но слушателей в зале не заинтересовала прекрасная погода в Париже. Они пришли узнать о новых достижениях в лечении мочекаменной болезни, о профилактическом применении антибиотиков в хирургической урологии и поучаствовать в дебатах по раку предстательной железы (РПЖ).

Председатель этого офиса доктор К.Е. Parsons (Ливерпуль, Великобритания) выступил с небольшим вступлением, рассказав о трудной, но благодарной работе экспертов по анализу всех публикаций. Многие из учащих урологов, присутствовавших в зале, уже были знакомы с этим оратором, так как двумя днями ранее он выступил на Дне Резидента с очень интересным рассказом о новой автоматизированной системе рецензирования статей. Не буду углубляться в более подробное описание, упомяну лишь о возможности совместной работы нескольких экспертов над определенной темой удаленно, удобной схеме оценки статей, описания кратких результатов, которые затем сводятся в единую таблицу, и с ее помощью можно увидеть, что собой представляют последние публикации по теме. Естественно, при использовании подобных методик работа эксперта по написанию Руководств значительно облегчается. Молодых урологов очень заинтересовала эта система и возможность в будущем принять участие в работе этого офиса. Но вернемся к сессии об обновлениях в Руководствах.

Первым открыл дебаты доктор С. Türk (Вена, Австрия). Его тема – ведение пациентов с мочекаменной болезнью. Лектор начал с проблематики диагностики этих больных, упомянув, что к пациентам с камнями почек и камнями мочеточников должен быть разный подход, так как необходима различная информация. При камнях почки нужны знания об анатомической структуре мочевыводящих путей, поэтому в случае подозрения на камни мочеточника рекомендуется компьютерная томография (КТ), при подозрении же на камни почки необходимо проведение исследования с контрастом (КТ с контрастным усилением или экскреторная урография). Причем эксперт предполагает, что экскре-

торная урография может иметь определенные преимущества по сравнению с КТ, так как при меньшей дозе облучения результат сопоставим с результатом КТ, а в некоторых случаях может давать и более детальную информацию о положении камней (например, при тубулярной эктазии) и их рентгеноконтрастности.

Далее лектор с удовольствием стал рассказывать о новых методах лечения мочекаменной болезни. Технический прогресс в этой области идет такими темпами, что результаты клинических исследований эффективности и безопасности новых методов с трудом успевают опубликоваться в срок до их морального устаревания. Это парадоксально, но факт. Улучшенные эндоскопы, новые модные техники для дробления камней, включая лазеры и различные комбинации, нитиноловые приспособления для удаления камней, а также использование лапароскопической и роботизированной техники для этих пациентов – такое разнообразие представляет серьезную проблему выбора метода для уролога. Поэтому в Руководствах появились таблицы, суммирующие осложнения, вызываемые одним или другим методом, что должно несколько облегчить задачу выбора подходящей техники. Эндоурологические методы – методы выбора у пациентов с камнями почек в большинстве случаев, с точки зрения эксперта, за исключением камней диаметром менее 1 см, где, по данным публикаций, дистанционная литотрипсия остается методом выбора.

Технический прогресс в этой области идет такими темпами, что результаты клинических исследований эффективности и безопасности новых методов с трудом успевают опубликоваться в срок до их морального устаревания. Это парадоксально, но факт.

При камнях мочеточника появляется все больше и больше публикаций из крупных многоцентровых исследований, свидетельствующих о хороших результатах лапароскопических методов в сложных случаях, когда стоит вопрос об открытой операции, поэтому в Руководства ЕАУ были добавлены рекомендации о возможности использования лапароскопии, прежде чем врач перейдет к этапу открытой хирургии.

Большую часть своей речи лектор посвятил профилактике мочекаменной болезни, которую, в свою очередь, можно назвать «симптомом» метаболических нарушений в организме. Австрийский уролог призвал своих коллег не только удалять камни, но обязательно лечить болезнь, как бы банально это ни звучало, к тому же подробные рекомендации представлены в Руководствах с таблицами по факторам риска, что облегчает работу уролога. С его точки зрения, нет необходимости в проведении специальных сложных методов обследования при отсутствии факторов риска, достаточно химического анализа камня и общего обследования пациента.

В конце своей интересной лекции оратор еще раз обратился к аудитории с благодарностью за проведение исследований и публикацию результатов, так как Руководства пишутся именно по результатам тех самых исследований, которые проводятся всеми урологами.

В середине сессии прошло выступление М. Grabe (Мальме, Швеция) относительно профилактического применения антибиотиков в хирургической урологии. Основная дилемма в урологии заключается в том, что инфекция присутствует при лечении большинства урологических заболеваний, что связано со строением мочевыводящего тракта, но при этом в современных условиях антибиотика должны использоваться очень грамотно и аккуратно для сохранения их эффективности. Проблема анти-

биотикорезистентности является одной из самых обсуждаемых во всех областях медицины в наше время.

Существуют серьезные доказательства того, что профилактическая антибиотикотерапия снижает количество осложнений при биопсии и трансуретральной резекции простаты. Относительно применения антибиотиков при цистоскопии, во время уродинамических исследований, дистанционной литотрипсии результаты на данном этапе противоречивы, а преимущества применения антибиотиков до конца не выяснены. По словам автора, не хватает достоверных доказательств о пользе применения антибиотиков в эндоскопических, лапароскопических, роботизированных и открытых техниках, так как не проводятся рандомизированные контролируемые исследования по этим методам.

Для объяснения этих проблем докладчик напомнил о традиционной классификации хирургической раны, применяемой в общей хирургии, которую эксперты использовали при подготовке последних рекомендаций. Так, риск инфекции при проведении хирургических процедур в урогенитальном тракте может составлять до 35 %, а при одновременном открытии желудочно-кишечного тракта – под вопросом практически все 100 %, но достоверных данных, по словам автора, нет. Если же хирургические процедуры проводились без внедрения в урогенитальный тракт, то риск инфекции составляет меньше 9 %.

Вышесказанное относилось к проведению процедур у пациента без признаков инфекции. В случае же наличия инфекции, риск ее распространения увеличивается многократно.

Также эксперты попытались классифицировать по этому методу и наиболее популярные диагностические методы, с чем можно ознакомиться в Руководствах, где подробно для разных процедур указано, надо ли применять антибиотикопрофилактику или нет, использовать однократную дозу или курс лечения, разумеется, с указанием уровня доказательности и рекомендаций. Во время презентации докладчик использовал удобную цветовую схему, поэтому приглашаю вас с ней ознакомиться на сайте <http://www.eauresourcecentre.org/>.

Относительно антибиотикорезистентности и доз в Руководствах также можно найти интересную информацию. Так, в случае «чистых» процедур лектор рекомендовал воздержаться от использования антибиотикопрофилактики, при условно-чистых достаточно однократной дозы, при более сложных случаях необходимо рассмотреть возможность курсового лечения. Кроме того, он призвал к всесторонней оценке пациента для выявления факторов риска развития инфекции, при которых также надо учитывать необходимость курсового лечения. Однако, по его мнению, основным методом в большинстве урологических случаев должна оставаться однократная антибиотикопрофилактика, хотя в Руководствах представлена стратегия для действия в различных сложных случаях. В конце своей речи лектор призвал к соблюдению рекомендаций, что должно привести к снижению использования антибиотиков в лечении урологических пациентов, что позволит избежать ситуации, в которой антибиотики поте-

ряют свою эффективность и «врачи останутся без оружия».

В заключительной части сессии прошли интереснейшие интерактивные дебаты по РПЖ с презентацией клинических случаев. Особенно хотелось бы отметить, что среди зарубежных коллег для выступления был приглашен и наш соотечественник – профессор В.Б. Матвеев. Были представлены клинические случаи РПЖ различных стадий, сидящим в зале предлагалось проголосовать за выбираемый ими метод, после чего кратко рассказывалось о последних доказательствах эффективности того или иного варианта лечения. Удивило, что появляется все больше и больше врачей-урологов, которые могут выбрать возможность активного наблюдения в случае РПЖ низкого риска. Еще пару лет назад все поголовно голосовали за радикальную простатэктомию при малейшем подозрении на РПЖ в одном биопсийном столбике, а теперь за нож не спешит браться практически треть, если не больше специалистов.

Обновление состава офиса

Деятельность офиса по созданию Руководств ЕАУ продолжается в течение всего года, а ежегодный Конгресс предоставляет помимо возможности презентации нового издания удобную возможность для создания новых групп экспертов, передачи задач преемникам, обсуждения и переориентации деятельности на ближайшие годы.

Два члена офиса ушли в отставку на Конгрессе в Париже. Доктор Pia Bader (Карлсруэ, Германия), возглавлявший Комитет по боли в течение 7 лет, передал эту ответственность своему заместителю – вице-председателю Комитета доктору Alvaro Paez Borda (Мадрид, Испания). Под чутким руководством Бадера группа смогла представлять регулярные обновления этой сложной, но важной темы.

Профессор Arnulf Stenzl (Тюбинген, Германия) оставил пост председателя также своему вице-председателю профессору Fred Witjes (Неймеген, Нидерланды). Arnulf Stenzl возглавлял Комитет по инвазивному и метастатическому раку мочевого пузыря с 2005 г., когда тема рака мочевого пузыря была разделена на инвазивный и неинвазивный рак. Под его мудрым руководством этот комитет был одним из наиболее эффективных, опубликовал внушительное количество документов, в том числе ряд научных публикаций в журнале "European Urology", которые были одними из самых цитируемых научных публикаций. Профессор Stenzl вел работу своего комитета с чувством юмора, которое, безусловно, должно сослужить ему хорошую службу на его новой должности председателя научного офиса ЕАУ.

Члены Исполнительного комитета ЕАУ также обязаны брать на себя руководство определенными направлениями. Профессор Christopher Chapple как член Исполнительного комитета в области образования оказывал помощь работе форума по подготовке Руководств ЕАУ на протяжении последних 8 лет. Он возглавлял все работы, а также представлял и продвигал интересы и проекты ЕАУ, как внутри, так и вне организации. В Париже он сменил должность и взял на себя председательство в офисе международных отношений ЕАУ.

Все участники составления Руководств ЕАУ выразили свою благодарность и признательность этим замечательным людям, делавшим свою работу в редкое свободное время, благодаря чему и появились настолько авторитетные рекомендации, на которые ориентируются в своей работе практически все европейские урологи.

Новые возможности лечения кастрационно-резистентного рака предстательной железы



Анна Сергеевна Маркова

Врач-онколог отделения урологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН
Mark-An1@yandex.ru

Последнее время на различных научных конференциях и форумах все чаще можно слышать о проблеме кастрационно-резистентного рака предстательной железы (КРРПЖ), и это неслучайно, так как совсем недавно были открыты новые возможности лекарственного лечения этой непростой категории пациентов. Ранее, если наблюдалось прогрессирование рака предстательной железы (РПЖ) на фоне применения различных комбинаций гормональных препаратов, опухоль расценивалась как рефрактерная к гормональному лечению. И единственным способом затормозить рост опухоли было назначение химиотерапии. В настоящее время считается, что опухоль не теряет зависимость от андрогенов даже при кастрационном уровне тестостерона. Все дело в появившихся приспособительных механизмах, позволяющих опухоли развиваться даже при минимальных концентрациях тестостерона в крови.

О современных тенденциях в лекарственном лечении этой поздней стадии рака простаты говорили профессор Аксель Хайденрайх (Германия) и Ян Бэнкс (президент European Men's Health Forum) на пресс-конференции, проходившей в рамках 27-го ежегодного Конгресса EAU в Париже и посвященной проблеме КРРПЖ. Профессор А. Хайденрайх подчеркнул, что опухоль становится резистентной к кастрационной терапии, но рост опухоли продолжает потенцироваться андрогенами, так как андрогенные рецепторы сохраня-

ют свою активность даже при кастрационном уровне тестостерона. Это достигается за счет амплификации или мутации самих андрогенных рецепторов, их лиганднезависимой активности, синтеза андрогенов самой опухолью и ряда других механизмов.

Так, у 10–20 % больных РПЖ в течение 5 лет развивается КРРПЖ. Медиана выживаемости после установления диагноза КРРПЖ составляет 14 месяцев. Большинство пациентов на момент перехода в кастрационно-резистентную форму заболевания уже имеют метастазы. Представленные цифры подчеркивают актуальность данной проблемы и необходимость внедрения в клиническую практику новых лекарственных средств, позволивших бы улучшить результаты лечения больных КРРПЖ.

До 2010 г. единственным методом лечения КРРПЖ оставалась химиотерапия доцетакселом в сочетании с преднизолоном, так как только это лечение, по данным известного исследования TAX 327, позволяло получить преимущество в общей выживаемости при КРРПЖ. И на сегодняшний день доцетакселосодержащая химиотерапия пока остается стандартом лечения в качестве первой линии. Однако появились новые препараты и некоторые из них уже доступны во 2-й линии терапии: кабазитаксел (зарегистрирован в ЕС и США под торговым названием Jevtana), абиратерона ацетат (зарегистрирован в ЕС и США под торговым названием Zytiga), MDV3100 и альфарадин (находятся на стадии клинических испытаний). Кабазитаксел – новый химиопрепарат из группы таксанов, который может проникать через гематоэнцефалический барьер, что делает его препаратом выбора при метастазах рака простаты в головной мозг. Подтверждает чувствительность КРРПЖ к андрогенам и абиратерона ацетат, подавляющий синтез андрогенов в различных тканях организма, включая яички и над-

почечники, а также непосредственно в опухолевых клетках, воздействуя на *CYP17*.

MDV3100, разработанный фирмой Astellas Pharma Inc. и Medivation, Inc., является новым пероральным препаратом, который в настоящее время проходит клинические испытания для лечения больных распространенным РПЖ. Особенность механизма действия и уникальность MDV3100 заключается в блокировании 3 ключевых звеньев сигнального пути андрогенов: препятствует связыванию тестостерона с андрогенным рецептором, нарушает транслокацию последнего в ядро клетки предстательной железы и ингибирует связывание с ДНК. Результатом тройного механизма действия MDV3100 служит гибель опухолевых клеток (апоптоз) и торможение роста опухоли.

На 27-м ежегодном Конгрессе EAU в Париже были впервые представлены результаты III фазы клинического исследования AFFIRM, в котором MDV3100 продемонстрировал статистически значимое увеличение общей выживаемости ($p < 0,0001$) на 4,8 месяца по сравнению с плацебо. Также в задачи исследования входило определение времени до прогрессирования по данным рентгенографических методов исследования (8,3 месяца против 2,9 месяца в группе плацебо) и времени до ПСА-прогрессирования (8,3 месяца против 3,0 месяцев). В группе MDV3100 были получены более выраженные ПСА-ответы по сравнению с плацебо. Так, снижение уровня ПСА > 50 % наблюдалось у 54 % испытуемых (против 1,5 % в группе плацебо), а снижение ПСА > 90 % – у 24 % против 0,9 %.

По результатам клинических испытаний MDV3100 характеризуется низким профилем токсичности и хорошей переносимостью: большинство побочных эффектов сравнимы с группой плацебо. Наиболее частыми побочными эффектами были слабость (6,3 % – в группе MDV3100 против 7,3 % – в группе плацебо), диарея и приливы. «Продление жиз-

ни пациентов на поздней стадии их заболевания – это наша главная цель, но очень важно чтобы наблюдался баланс между продолжительностью жизни и влиянием лечения на качество жизни пациента», – говорит профессор А. Хайденрайх. – «Эти результаты обнадеживают и показывают, что увеличение времени до прогрессирования и обеспечение достоверного преимущества в выживаемости достигнуто без значимого влияния на пациента, т. е. без выраженных побочных эффектов».

О необходимости улучшения качества жизни больных РПЖ неоднократно говорил президент European Men's Health Forum, Ян Бэнкс: «Да, мужчины на этой стадии заболевания хотят получить лечение, которое позволит им прожить дольше, но также они хотят прожить остаток жизни максимально полно, насколько это возможно». Нередко мнения врача и пациента различаются, так как основной целью врача является борьба со злокачественной опухолью, а пациент всегда рассматривает влияние лечения на свое здоровье и качество жизни. Ян Бэнкс подчеркнул необходимость плотного взаимодействия врача и пациента и понимания общего курса лечения.

Была отмечена необходимость использования мультидисциплинарного подхода при РПЖ, что особенно актуально при распространенной стадии заболевания. По статистике именно при наступлении кастрационно-резистентной формы РПЖ развивается около половины всех осложнений рака простаты, что требует тесной и слаженной работы различных специалистов.

Итак, перспективы, открывающиеся перед клиницистами с разработкой новых подходов к лечению КРРПЖ, обнадеживают. Мы станем свидетелями новой стратегии в истории лечения КРРПЖ, в которой каждый из представленных препаратов еще должен занять свое место.

События

27-й Конгресс Европейской ассоциации урологов

◀ Окончание, начало на стр. 6

сочла неудовлетворительной высокую частоту НМ при лечении пролапса тазовых органов, ведь по данным, озвученным на Конгрессе, от 1/2 до 2/3 женщин, имевших НМ до операции, не смогут удерживать мочу и после вмешательства. И у 1/3 женщин, удерживавших мочу до операции, выявляется стрессовое НМ после ее выполнения. Тем не менее, в опытных руках лапароскопический подход к хирургической коррекции пролапса тазовых органов показывает замечательные функциональные и анатомические результаты, однако отмечаются такие осложнения, как инфекция протеза и ректальная дисфункция. Обсуждались также и проблемы расстройств сна у пациентов с ноктурией при гиперактивном мочевом пузыре.

Во время Конгресса были проведены дебаты по преимуществам радикального лечения рака мочевого пузыря по сравнению с химио- и лучевой терапией, которые не так очевидны у определенных групп пациентов, особенно у пожилых. Под вопросом остается как функциональность мочевого пузыря, так и качество жизни этих больных, ведь при сохранении органа при химио- или лучевой терапии оно будет лучше.

Кроме того, технологии тоже не стоят на месте, и современная химиотерапия и лучевые методы отличаются от того, что было раньше, в связи с чем необходимы новые сравнительные методы для возможной переоценки того, что будет являться «золотым стандартом» лечения рака мочевого пузыря в ближайшее время.

На нескольких сессиях обсуждались последние результаты исследования PIVOT “Radical Prostatectomy Versus Observation for Men with Clinically Localized Prostate Cancer: A Randomized Trial”, которое в будущем поможет ответить на вопрос, когда уже пора оперировать, а когда лучше подождать, если выявлен незначительный рак предстательной железы. Первые данные не показали значимого преимущества хирургического метода по сравнению с динамическим наблюдением. Необходимо отметить, что эти данные выявлены сейчас, в нашу особую эру информирования пациентов о скрининге с помощью ПСА, что, разумеется, несколько меняет интерпретацию данных.

Онкологическая тематика также обсуждалась в контексте увеличения продолжительности жизни и улучшения результатов лечения с не-

ожиданной стороны. Теперь пациенты доживают до поздних побочных эффектов лечения, многие из которых ранее не были оценены, особенно в редких случаях тестикулярного рака и рака полового члена. Так, было показано, что сердечно-сосудистая заболеваемость у этих пациентов после проведенного курса лечения выше, чем в общей популяции, особенно у пациентов после химиотерапии, основанной на цисплатине, в чем может играть свою роль метаболический синдром. В результате исследований было показано, что курение служит значительным фактором риска развития вторичного онкологического или сердечно-сосудистого заболевания у этой группы пациентов, следовательно, необходимо предупреждать пациентов об этом уже на первой консультации. Следует их информировать и о возможных неврологических поздних осложнениях, особенно, связанных со слухом, так как это может оказать серьезное влияние на их профессиональную и личную жизнь и ухудшить ее качество. Консультирование о возможности этих поздних осложнений необходимо проводить с пациентами обязательно, чтобы объяснить им важность дальнейшего динамического наблюдения.

Конгресс был очень хорошо организован, во время приветственного коктейля все смогли насладиться изысканными французскими яствами, включая гребешков и фуа-гра, попробовать красные и белые вина, и самое главное – пообщаться в неформальной обстановке с коллегами. В принципе, учитывая, что наиболее важные лекции транслируются онлайн на сайте EAU, все выступления записываются и доступны позднее на сайте www.eauresourcecentre.org, можно сказать, что особой необходимости ехать на Конгресс и нет, все знания могут быть получены благодаря техническим возможностям Интернета. Но что может заменить саму возможность живого общения, шанс обсудить интересную тему, задать давно волновавший вопрос урологам с мировым именем? Пока этого сложно достичь дистанционными методами в настолько большой урологической общности, как европейская урология, где у каждого есть свои интересы, часть из них пересекается, часть – нет, и пока не встретишься на постерной сессии с коллегой – об этом можно и не узнавать. Естественно, после этого завязываются контакты, планируются совместные проекты, которые можно осуществлять уже дистанционно.

Урологи всех стран, соединяйтесь!



Татьяна Николаевна Гарманова

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

С 24 по 28 февраля в самом романтичном городе мира Париже прошел один из самых широкомасштабных конгрессов урологов – 27-й ежегодный Конгресс Европейской ассоциации урологов (EAU).

Мероприятие прошло на очень высоком научном и организационном уровне. Его посетило (по информации организаторов) более 12 000 человек из более чем 80 стран мира, в том числе из США, Японии, Китая.

Формат Конгресса представлял собой сочетание пленарных, тематических и постерных сессий, которые дополнялись ESU-курсами, сателлитными симпозиумами и трансляцией «живой хирургии».

В ходе постерных и пленарных сессий были освещены практически все вопросы современной урологии. На пленарных сессиях обсуждались следующие темы: уротелиальный рак, функциональная урология, традиционные и новые технологии в урологии и персонализированное лечение рака простаты низкого и промежуточного риска. Всего за время Конгресса было проведено 93 постерные сессии, 4 пленарные сессии, 15 тематических сессий, 50 ESU-курсов, 8 видеосессий.

В ходе Конгресса были продемонстрированы 15 операций из 6 больниц Парижа, Алста (Бельгия)

и Манхейма (Германия). Одной из новых технологий, представленных на мероприятии, было применение 3D-компьютерной томографии (ДупаСТ) для формирования доступа к почке.

Также в течение первого дня на генеральной ассамблее EAU было принято решение о приеме в правление организации ряда новых членов. Профессор С. Sharple сообщил о том, что в настоящий момент членами EAU являются 15 729 урологов, что почти на 1000 больше, чем в 2011 г. Проф Michael Marberger, который получил медаль Willy Gregoir – наивысший знак почета EAU, сказал в обращении к молодым урологам: «Участвуйте, читайте, учитесь и интересуйтесь. Не расслабляйтесь. Это самое важное для профессии».

Сложно выделить главные темы Конгресса, приведем лишь малую часть из них. В рамках секции «Андрология» профессор W. Weidner (Германия) рассказал о современных тенденциях в области мужского бесплодия. В рамках этой сессии профессор Bunker представил очень обильно иллюстрированную лекцию по дерматологическим заболеваниям полового члена. На съезде большое внимание уделялось функциональным расстройствам мочеиспускания, в том числе гиперактивности мочевого пузыря. В рамках сессии «Функциональная урология», прошедшей под председательством профессоров С. Sharple (Англия) и P. Radziszewski (Польша) были представлены доклады по гиперактивному мочевому пузырю у мужчин; применению онаботулинического токсина типа А; сакральной нейромодуляции и сексуальной дисфункции у женщин; недержанию мочи, связанному с пролапсом тазовых органов. Профессор N. Thiruchelvam из Кембриджа привел удивительные цифры: гиперактивностью мочевого пузыря страдают 13 % женщин и 11 % мужчин, при этом за медицинской помощью в США обращаются лишь 4 % мужчин, в Англии – 18 % и в Испании – 38 %. Именно

этой проблеме был посвящен симпозиум «Революция в лечении симптомов нижних мочевых путей у мужчин». Профессор A. De La Taille отметил изменения в подходах к лечению симптомов нижних мочевых путей (СНМП), в частности увеличение роли минимально инвазивных методов лечения и консервативной терапии. В отношении консервативной терапии СНМП доктор M. Oelke отметил доказанность большей эффективности комбинированной терапии α-адреноблокаторами и холинолитиками (исследование NEPTUNE) у пациентов с симптомами наполнения и опорожнения на фоне доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) (тамсулозин ОКАС 0,4 мг + солифенадин 6 мг vs тамсулозин ОКАС 0,4 мг).

Необходимости лечения ДГПЖ у пациентов была посвящена лекция профессора S. Madersbacher (Вена). Он обратил пристальное внимание на группу пациентов, которым не следует проводить оперативное лечение ДГПЖ. С другой стороны профессор F. Desgrandchamps (Париж) попробовал изменить общепринятое утверждение о том, что оперативное лечение ДГПЖ проводится только после неэффективности консервативного лечения.

Большое количество работ было посвящено проблеме рака простаты, в частности роли и целесообразности активного наблюдения при этой нозологии. Многие авторы представили различные варианты номограмм по раку предстательной железы, также обсуждались вопросы диагностики и стадирования этого заболевания. В рамках сессии «Новые технологии в урологии» профессор F. Porziglia (Италия) представил доклад о выполнении лапароскопической резекции почки с «нулевой» ишемией. Также в рамках этой сессии профессор P. Osther (Дания) ответил на вопрос – «Нужна ли нам в настоящее время дистанционная литотрипсия (ДЛТ)?». Автор заключил,

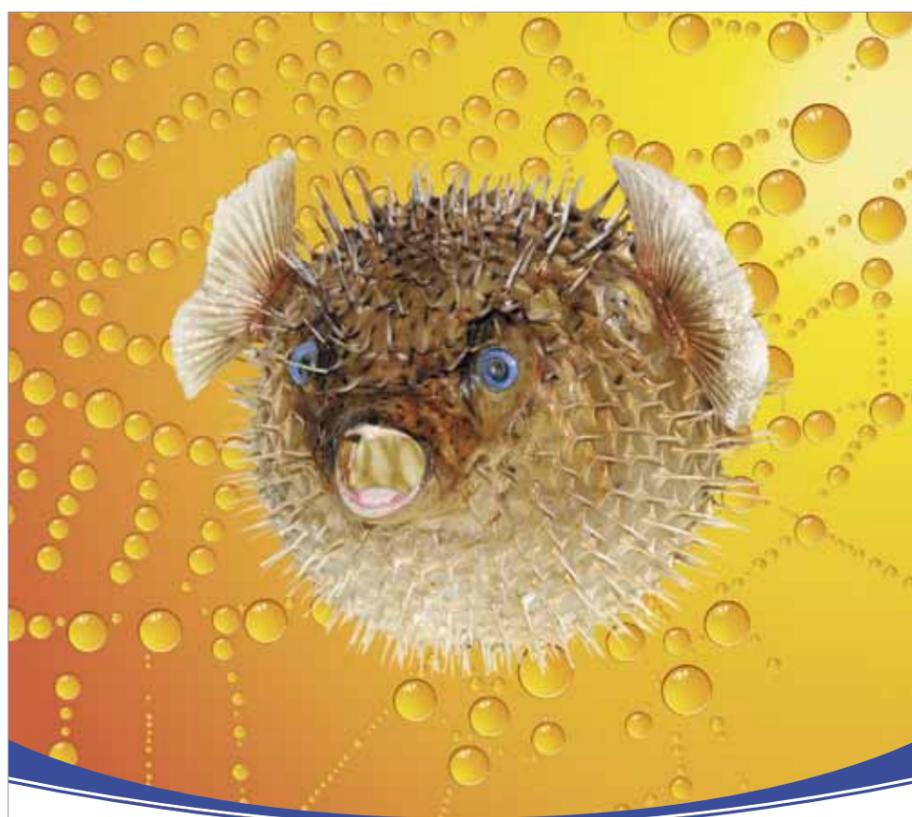
что к преимуществам современных аппаратов для ДЛТ относятся визуализация как при помощи рентгена, так и при помощи ультразвукового исследования, возможности двойного фокусирования, мультифункциональные столы, а также уровень комфорта пациента, который позволяет выполнять операцию без общей анестезии.

Радикальное лечение рака мочевого пузыря осталось предметом для обсуждения и в рамках пленарной сессии «Уротелиальный рак», где эксперты сравнили все плюсы радикального лечения рака мочевого пузыря и преимущества химио- и радиотерапии, особенно у пациентов осложненных соматически и больных старшей возрастной группы.

Большое внимание было уделено вопросам инфекций в урологии, в частности инфекционным осложнениям после урологических манипуляций, таких, как биопсия простаты, и терапии рецидивирующих инфекций мочевых путей. В представленных работах было дано подтверждение необходимости не только антибиотикопрофилактики инфекций мочевых путей, но и применения иммуноактивной профилактики. Так, использование лизата бактерии *Escherichia coli* (Уро-Ваксом) при рецидивирующих инфекциях мочевых путей имеет степень рекомендации В и уровень доказательности 1a в Руководстве EAU.

Каждый участник съезда получил полную и сокращенную версию Руководства EAU, диски со всеми ESU-курсами, абстрактами и постерами Конгресса. В видеобиблиотеке можно было выбрать, заказать и увезти с собой на диске 3 показательных операции по интересующей теме.

PS. Следующий Конгресс EAU будет проходить в самом модном городе Европы – Милане – 15–19 марта 2013 г.



Уро-Ваксом®
капсулы 6 мг

Иммунотерапия инфекций мочевыводящих путей

Представительство компании «Астеллас Фарма Юроп Б. В.» (Нидерланды) г. Москва
109147 Россия, Москва, ул. Марксистская, д. 16
Тел. 737-07-55 факс 737-07-53, 54, 57, 58.

Утвержденная инструкция по медицинскому применению препарата Уро-Ваксом®
Рег. уд.: П N011541/01



Омник Окас для лечения СНМП/ДГПЖ

Когда поход в туалет может стать ночным кошмаром

Омник Окас
тамсулозин
Заряд силы на следующий день



Представительство компании «Астеллас Фарма Юроп Б.В.»
109147, Москва, ул. Марксистская, д. 16
Тел.: (495) 737-07-55 Факс: (495) 737-07-57

Регистрационное удостоверение: № ЛС 000849 от 24.02.2011

Размышления о бездренажной (tubeless) чрескожной нефролитотрипсии



Николай Александрович Григорьев

Д.м.н., профессор кафедры урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

grigorievnikolay@gmail.com

Чрескожная нефролитотрипсия сегодня является хорошо известной методикой лечения крупных и коралловидных камней почек. Она существует уже около 40 лет и прекрасно зарекомендовала себя, как эффективный и малоинвазивный метод оперативного лечения мочекаменной болезни. Известно, что традиционная чрескожная нефролитотрипсия завершается дренированием чашечно-лоханочной системы оперированной почки нефростомической трубкой. Вместе с тем мы знаем, что существуют бездренажные варианты этой операции, которые в нашей стране не имеют должного распространения. Попробуем это обсудить.

Прежде всего, необходимо разобраться с терминами. В названиях бездренажных нефролитотрипсий может быть некоторая путаница, связанная с внедрением в нашу лексику англоязычных терминов. Если операция завершена дренированием мочевых путей катетером-стентом или катетером с наружным выведением, и при этом не установлена нефростома, то такая операция нашими зарубежными коллегами именуется tubeless – безтрубчатая в прямом переводе, а по-русски ее правильнее было бы назвать безнефростомной. Если после чрескожной нефролитотрипсии мочевые пути не дренируются совсем, то такая операция именуется totally tubeless – полностью безтрубчатая или tubeless-stentless, но эти вмешательства в настоящее время выполняются чрезвычайно редко из-за потенциальной опасности осложнений, и мы не будем рассматривать их в контексте будущих размышлений. Хотя появление бездренажной нефролитотрипсии касалось именно операции totally tubeless. Впервые она предложена одними из основоположников перкутанной хирургии нефролитотрипсии J. Wickham et al., которые в 1984 г. представили хорошие результаты 100 полностью бездренажных нефролитотрипсий. В то время никто не смог их повторить. Попытки предпринимались, но оказывались не вполне успешными, следствием чего явился целый ряд публикаций, демонстрирующих неудовлетворительные результаты бездренажной нефролитотрипсии. Вероятно у тех коллег, кто решился повторить успех J. Wickham не хватило опыта и мастерства в техническом исполнении операций. Не будем забывать, что события происходили на заре освоения перкутанной хирургии.

В зарубежной литературе можно найти довольно много работ, касающихся бездренажной чрескожной нефролитотрипсии. Ряд из них включает достаточно большое количество наблюдений успешных операций. В 2010 г. проведен анализ наиболее значимых исследований по безнефростомной чрескожной нефролитотрипсии (tubeless) за последнее 10-летие и было доказано, что это эффективная и безопасная операция.

Так почему же мы так редко прибегаем к этим вмешательствам? Подобный вопрос я неоднократно задавал коллегам, практикующим чрескожную нефролитотрипсию. Ответ почти всегда одинаковый – дренирование оперированной почки нефростомой является простым и надежным средством избежать осложнений, а преимущества бездренажной техники не очевидны. А есть ли они вообще? Энтузиасты бездренажной нефролитотрипсии среди преимуществ отсутствия нефростомы указывают на значитель-

но более комфортное состояние больного после операции, минимальную необходимость в применении анальгетиков и меньший койко-день, чем при традиционной технике завершения вмешательства. С одной стороны, эти преимущества действительно не столь очевидны. С другой же стороны, если существует возможность безопасного завершения операций без наружного дренирования, то нелогично от нее отказываться. Сегодня мы уже не спорим о том, какое дренирование в борьбе с обструкцией верхних мочевых путей лучше, – мочеточниковый катетер с наружным выведением или внутренний катетер-стент. Наша практика уверенно доказывает, что в подавляющем большинстве наблюдений урологи предпочитают внутреннее дренирование. Это объясняется многими факторами, среди которых не последнюю роль играют комфорт пациента и отсутствие контакта дренажа, а значит и внутренней среды мочевых путей с нозокомиальной инфекцией. Так нужно ли обсуждать целесообразность бездренажной нефролитотрипсии? Я убежден, что нужно.

В классических рекомендациях к проведению чрескожной нефролитотрипсии было записано, что завершаться эта операция должна установкой нефростомы, диаметр которой должен приближаться к диаметру созданного во время операции нефростомического хода. Предполагалось, что толстый дренаж способствует тампонаде нефростомического хода и борется с кровотечением. В последующем стали появляться работы, в которых отмечался хороший результат чрескожной нефролитотрипсии при использовании дренажей вдвое тоньше создаваемого нефростомического хода, а так же – неплохие результаты безнефростомных операций. Значит остановка кровотечения не зависит от диаметра нефростомы! А способует ли вообще нефростомическая трубка, являющаяся подвижным инородным телом в зоне свежей раны почки, остановке кровотечения? Думаю, мы все ответили одинаково, нет! Конечно, нефростома обеспечивает надежный дренаж, дает возможность отходить сгусткам крови из чашечно-лоханочной системы. А как часто Вы наблюдали усиление геморагии по дренажу, особенно по утрам, у пациента, которому уже планировали удалить нефростому? Так может быть нефростома мешает заживлению раны почки?

Что мы боимся в отсутствие нефростомы? Кровотечение завершается в результате образования свертков. Хорошо известен прием тампонады чашечно-лоханочной системы сгустками путем пережатия нефростомы при активном кровотечении. Такая же тампонада может происходить и без нефростомы. При наличии нефростомы часть сгустков отходит по дренажу, но часть лизируется. В отсутствие нефростомы лизируются и отходят самостоятельно все сгустки, а объем их не превышает объема чашечно-лоханочной системы – 5–7 см³. Мочеточниковый стент обеспечивает необходимое дренирование верхних мочевых путей.

Здесь следует сделать очень важную оговорку. Все вышеописанные рассуждения касаются неосложненной чрескожной нефролитотрипсии, доступ для которой выполнен правильно, т. е. через чашечку, и при этом во время операции нет кровотечения. Любое интраоперационное осложнение исключает возможность безнефростомного завершения операции, так же как и выраженные ретенционные изменения чашечно-лоханочной системы и явная опасность развития острого пиелонефрита.

Безнефростомное завершение операции никогда не должно быть самоцелью. Хирург всегда должен поступать осознанно. И конечно нельзя не отметить, что практиковать безнефростомную чрескожную нефролитотрипсию может только опытный эндоуролог. В результате ис-

следований D. Allen et al. (2005) и O. Tanriverdy et al. (2007) было показано, что для освоения чрескожной нефролитотрипсии необходимо выполнить не менее 60 операций, а очень хорошие навыки приобретаются после выполнения 115 вмешательств. Только такой опыт может позволить правильно оценить клиническую и интраоперационную ситуацию, что необходимо при выборе наиболее безопасного и наименее дискомфортного для больного метода дренирования верхних мочевых путей после чрескожной нефролитотрипсии.

В большинстве наблюдений решение вопроса о безнефростомном завершении операции принимается после того, как извлекаются основные инструменты (амплац-трубка или сам тубус нефроскопа) из нефростомического хода. Если кровотечение отсутствует или оно минимально, то антеградно устанавливается катетер-стент и операция завершается. Но так бывает чрезвычайно редко и, как правило, после повторных вмешательств, когда нефростомический ход уже был сформирован. В подавляющем большинстве наблюдений после удаления инструментов возникает кровотечение и часто весьма обильное, ведь почка кровоснабжается очень интенсивно. Видя активное кровотечение, хирург скорее предпочтет нефростомии, чем откажется от нее. Этим можно объяснить то, что безнефростомное завершение операции даже в крупных лечебных центрах едва ли достигает 10 % от общего количества нефролитотрипсий.

В урологической клинике Первого МГМУ им. И.М. Сеченова на сегодняшний день выполнено 24 безнефростомных чрескожных нефролитотрипсий. Следует отметить, что половина этих операций проведена в течение только последнего года, и мы предполагаем, что их количество будет расти. Связано это, как ни странно, с внедрением необычного, транслюмбального способа удаления стента после безнефростомной чрескожной нефролитотрипсии. В 2007 г. в журнале «Эндоурология» (J Endourology) группой урологов из Лос-Анджелеса во главе с доктором A. Shpall был описан этот способ удаления стента путем его выпячивания по ходу бывшего нефростомического свища за лигатуру, фиксированную во время нефролитотрипсии к проксимальному концу стента. Авторы идеи удаляли таким образом стенты без каких-либо осложнений в сроки от 3 до 12 дней после операции. Мы применили эту методику у 18 из 24 пациентов, кому осуществлена безнефростомная нефролитотрипсия. Она заслуживает подробного описания.

Следует особенно отметить то, что мы принимаем решение о безнефростомном завершении операции еще до этапа удаления инструментов. Так как мы всегда используем амплац-трубку, то еще до ее изъятия, при отсутствии значительного интраоперационного кровотечения и осложнений, резидуальных фрагментов, выраженной ретенции чашечно-лоханочной системы и отсутствии потенциальных опасностей ближайших послеоперационных осложнений, устанавливаем антеградно катетер-стент № 7. Можно использовать стенты с фабрично прикрепленной лигатурой или любые другие. Тогда лигатуру к проксимальному концу стента фиксируем путем прошивания одной его стенки, заводя иглу в торцевое отверстие на глубину 6–10 мм. Материал лигатуры существенного значения не имеет, но он должен быть прочным. Концы нити после отсечения иглы связываются между собой. Дистальный завиток стента формируем под рентгеновским контролем, а проксимальный – под визуальным, с помощью нефроскопа. Удаляется амплац-трубка и возникает кровотечение. Иногда его интенсивность может быть очень существенной, но плотное прижатие салфетки к нефростомическому ходу и его компрессия позволяют добиться остановки кровотечения в течение 3–5 минут. Из 18 пациентов, у которых мы

применили методику транслюмбального удаления стента, у 16 он был установлен до момента удаления амплац-трубки. Во всех этих наблюдениях кровотечение остановлено именно таким способом и не потребовалось дополнительных методов гемостаза. Если бы решение о безнефростомном завершении операции мы принимали после удаления амплац-трубки, то количество таких операций было бы единичным. Нельзя забывать, что почка – это один из самых богатых сосудами органов и ее рана кровоточит практически всегда, но если не повреждены крупные сосуды, то кровотечение прекратится, как только возникнет тампонада почечной раны сгустками крови. В случае раны крупного сосуда кровотечение будет значительным и интраоперационно, что исключит возможность безнефростомного завершения операции. При чрескожной нефролитотрипсии правильно выполненный доступ в чашечно-лоханочную систему минимизирует вероятность повреждения крупных сосудов и позволяет прибегать к безнефростомному завершению операции.

Очень важно то, что методика транслюмбального удаления стента позволяет смело прибегать к безнефростомному завершению операции и при этом не подвергать опасности здоровье пациента. Это обеспечивает фиксированная к стенке лигатура, которая постоянно поддерживает надежную связь с чашечно-лоханочной системой. В любой момент, в случае необходимости, может быть установлена нефростома. Пока мы не сталкивались с такой ситуацией ни в одном из 18 наших наблюдений, но потенциальная возможность легкого доступа в чашечно-лоханочную систему при этой методике делает ее для нас методом выбора при безнефростомном завершении операции.

Во всех наших наблюдениях при этой методике стенты были удалены в сроки от 3 до 6 дней после операции. Никаких осложнений, связанных с безнефростомным завершением операции и такой методикой удаления стента, не отмечено. Сам процесс удаления стента практически безболезненный, занимает несколько секунд и не требует специального помещения и расходов в отличие от традиционной методики удаления стента из мочевого пузыря. Кроме того, и это очень важно именно сегодня, при транслюмбальной методике удаления стента нет угрозы инфицирования.

В 2 наблюдениях потребовалось рестентирование верхних мочевых путей. В одном из них это было связано с необходимостью предотвращения развития острого пиелонефрита вследствие появления дилатации чашечно-лоханочной системы, что обусловлено окклюзией мочеточника сгустком из-за слишком раннего удаления стента (на 5-е сутки). Через 2 недели пациентка была здорова, стент удален.

В другом наблюдении, у пациентки, оперированной по поводу камня лоханки верхней половины двудольной почки, рестентирование потребовалось из-за возникновения затека мочи из раны почки после удаления стента на 6-е сутки. Через 2 месяца пациентка была здорова без следов мочевого затека, стент удален.

Безнефростомная чрескожная нефролитотрипсия безусловно заслуживает внимательного к себе отношения. Требуется большой опыт применения этой методики для того, чтобы точнее представлять все ее нюансы, определять необходимые для каждого пациента сроки удаления стента и т. д. Мы верим в то, что скоро количество безнефростомных нефролитотрипсий в нашей практике достигнет такого уровня, когда мы сможем сделать все необходимые аргументированные заключения на основе доказательной медицины.

Буду рад дискуссии и любому сотрудничеству.



ДЖЕВТАНА® – ЗА ГРАНЬЮ ВОЗМОЖНОГО!¹⁻⁵

*Увеличение общей выживаемости больных метастатическим гормонорезистентным раком предстательной железы после химиотерапии доцетакселом*¹⁻⁵



ДЖЕВТАНА®
(кабазитаксел)

Библиография: 1. Инструкция по медицинскому применению препарата Джевтана® (кабазитаксел), Российская Федерация. Номер регистрационного удостоверения: ЛП-001500. 2. Garmey EG, Sartor O, Halabi S, Vogelzang NJ. Second-line chemotherapy for advanced hormone-refractory prostate cancer. Clin Adv Hematol Oncol. 2008;6(2):118-122, 127-132. 3. Rosenberg JE, Weinberg VK, Kelly WK, et al. Activity of second-line chemotherapy in docetaxel-refractory hormone-refractory prostate cancer patients: randomized phase 2 study of ixabepilone or mitoxantrone and prednisone. Cancer. 2007;110(3):556-563. 4. Sternberg CN, Petrylak DP, Sartor O, et al. Multinational, double-blind, phase III study of prednisone and either satraplatin or placebo in patients with castrate-refractory prostate cancer progressing after prior chemotherapy: the SPARC trial. J Clin Oncol. 2009;27(32):5431-5438. 5. de Bono JS, Oudard S, Ozguroglu M, et al; for the TROPIC Investigators. Prednisone plus cabazitaxel or mitoxantrone for metastatic castration-resistant prostate cancer progressing after docetaxel treatment: a randomised open-label trial. Lancet. 2010;376(9747):1147-1154.

ru.doc.12.03.01

Задержка полового развития у мальчиков – что считать болезнью?



Татьяна Николаевна Гарманова

Врач детский уролог-андролог, м.н.с. отдела детской урологии ФГБУ НИИ Урологии Минздрава России

tatianagarmanova@gmail.com

Задержкой полового созревания (ЗПС) у мальчиков считается отсутствие признаков полового созревания после 14 лет, в частности размер яичек < 4 мл, или своевременное начало пубертатного периода, но с неправильным течением. До полного перехода во взрослое состояние у мальчиков после начала полового созревания должно пройти в среднем $3,2 \pm 1,8$ года. По данным многих авторов, частота ЗПС составляет от 2,5 до 9,8 %, причем за последние 10-летия отмечается ее увеличение.

Актуальность данной проблемы связана с важностью своевременной диагностики и соответственно последующим успешным лечением ЗПС. И хотя в большинстве случаев гипогонадизм, выявленный у взрослых мужчин и сопровождающийся снижением половой функции, бесплодием, различного рода нервно-психическими заболеваниями, свидетельствует о серьезных проблемах в детстве, рассчитывать на значительный успех в лечении ЗПС можно лишь в подростковом возрасте.

В диагностике ЗПС важно знать **нормативы** полового развития мальчиков (возраст указан средних):

- 11,5 лет – значимое увеличение яичек;
- 12 лет – оволосение лобка;
- 12,5 лет – начало роста полового члена, появление складчатости мошонки, увеличение ее объема, возникновение пигментации полового члена и мошонки;
- 13–14 лет – увеличение окружности тестикул на 3,5–4,5 см;
- 14 лет – появление поллюций (у подростков, имеющих объем яичек 12 см³ и более, должны быть регулярные поллюции);
- 13,5–15 лет – интенсивный рост гениталий, рост предстательной железы;
- 16 лет – окончание роста полового члена;
- к 17–18 годам – завершение увеличения яичек.

Клинические проявления

Клинические проявления ЗПС у детей варьируемы: телосложение инфантильное; конечности относительно длинные; талия завышена; бедра часто шире плеч; отложение подкожного жира на груди, талии, внизу живота; мышцы дряблые, слабые; голос высокий, детский. В психическом статусе обращает на себя внимание так называемый «евнухоидный характер» – робость, слабость воли, апатия, уход от коллектива, желание максимально оградить себя от общения со сверстниками, мелочность, эгоистичность, раздражительность, плаксивость, мстительность, жестокость. Наблюдаются признаки астенизации – постоянная настороженность, истощаемость внимания, быстрая утомляемость. Мальчики, страдающие ЗПС, как правило, избегают физических упражнений и контакта со сверстниками, они могут отказываться от занятий на уроках физкультуры, во время которых нужно раздеваться в присутствии одноклассников или принимать вместе с ними душ. В результате формируется психотравмирующая фиксация внимания на своих недостатках. У них наблюдается гипоплазия яичек, которые с возрастом не удлиняются, а остаются сферическими. Наиболее заметна инфантильность наружных половых органов: половой член > 5 см, объем яичек > 4 см³, нет складчатости и отвисания мошонки. Лобковое и подмышечное оволосение отсутствует или выражено слабо, нет ночных поллюций. Около 95 % подростков с ЗПС

имеют отклонения в функционировании различных органов и систем. Так, в 71 % случаев имеет место патология сердечно-сосудистой системы (нейроциркуляторная дистония, функциональная кардиопатия), в 48,2 % – патология органов пищеварения (хронические гастрит, дуоденит, холецистит), у 32,7 % подростков диагностировался хронический тонзиллит.

Этиология ЗПС

Простая ЗПС диагностируется путем исключения. Ее основными причинами являются:

1. Конституциональная задержка роста и полового развития.

2. Хронические системные заболевания

- анорексия;
- астма;
- коллагенозы;
- эндокринные заболевания (гипо- и гипертиреозидизм, гиперальдостеронизм, сахарный диабет);
- заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ);
- инфекционные заболевания;
- чрезмерная физическая нагрузка;
- плохое питание и стрессы.

3. Гипогонадотропный гипогонадизм

• врожденный:

- синдромы Каллмана, Прадера–Вилли, де Морсиера (ольфактогенитальная дисплазия);
- изолированный или сочетанный дефицит гонадотропинов;
- мальформации (синдромы Прадера–Вилли, Барде–Бидля, SHARGE);
- редкие генетические аномалии: рецепторов ГТ-РФ, гонадотропинов, лептина или его рецепторов, GPR54, DAX1 (в сочетании с надпочечниковой недостаточностью);

• приобретенный:

- опухоли (краниофарингиома; аденома, секретирующая пролактин);
- инфильтрации (саркоидоз, гистиоцитоз);
- облучение черепа (> 30 Гр);
- функциональные нарушения (хронические заболевания, гипотиреозидизм, анорексия, чрезмерная физическая нагрузка).

4. Гипергонадотропный гипогонадизм

• наследственный:

- семейная или спорадическая дистенезия гонад;
- синдром Клайнфелтера, синдром Нунан;
- анорхизм или крипторхизм;
- другие синдромы;
- редкие генетические аномалии: мутации гена рецептора ЛГ, ФСГ, полная нечувствительность к андрогенам, дефицит ароматазы;

• приобретенный:

- после лечения (операции, лучевая терапия, химиотерапия);
- травматический;
- инфекционный;
- аутоиммунный.

Классификация

В настоящее время в нашей стране наибольшей популярностью пользуется классификация ЗПС по рекомендациям Л.М. Скородок и О.Н. Савченко (1984). Они выделяют следующие формы ЗПС.

1. Конституционально-соматогенная форма предполагает наличие семейной предрасположенности к ЗПС, бесплодных браков у близких родственников, наличие хронических соматических заболеваний. В допубертатном периоде часто бывает крипторхизм или псевдокрипторхизм. Выраженной диспропорции телосложения не встречается.

2. Ложная адипозогенитальная дистрофия – это наличие ожирения с препубертатного возраста, феминизация фигуры, ложная гинекомастия (за

счет отложения жира). Часто наблюдаются стрии розоватого цвета в области груди, живота, бедер и нейроциркуляторная дистония. Иногда рентгенологическим путем выявляется гиперостоз внутренней пластинки лобной кости.

3. Микропенис или микрогенитализм, т. е. недоразвитие полового члена при удовлетворительном развитии яичек и своевременном появлении вторичных половых признаков, что связано с низкой тканевой чувствительностью кавернозных тел к андрогенам.

4. Синдром неправильного пубертатного развития характеризуется нарушением последовательности появления признаков полового созревания (оволосение без признаков пубертатных изменений половых органов). Обнаруживаются признаки гиперкортицизма (ускорение роста, раннее появление лобкового оволосения, ожирение) и уменьшение размеров полового члена и яичек. Часто сочетается с псевдоретенцией яичек или крипторхизмом. Фактором, снижающим чувствительность яичек к стимуляции ЛГ при данной форме, является гиперкортицизм.

В клинической практике наиболее целесообразно пользоваться относительно простой этиологической классификацией причин этой патологии. Они могут быть разделены на конституциональные, неэндокринные системные и эндокринные:

- Конституциональные причины. К данной категории обычно относятся больные, у которых наблюдаются замедление роста, задержка развития костной ткани и наружных половых органов. Это явление может присутствовать у членов одной семьи: у братьев и сестер при достижении определенного возраста могут регистрироваться аналогичные нарушения.
- Неэндокринные причины – половое созревание существенно запаздывает у лиц с нарушением питания в связи с синдромом нарушения всасывания, голоданием или нервной анорексией. Прочие причины ЗПС включают тяжелую патологию сердечно-сосудистой системы (в том числе врожденные пороки), заболевания ЖКТ, муковисцидоз, иллит или тяжелые паразитарные инвазии, хронические заболевания легких и печени. При любом серьезном хроническом заболевании половое созревание может задерживаться: 1) за счет общего ослабления организма на почве болезни; 2) нарушения транспорта гормонов; 3) возможного уменьшения числа необходимых рецепторов.
- Эндокринные заболевания, которые присущи больным со значительным гипотиреозом или гипертиреозом, пангипопитуитаризмом, обычно сопровождающимся краниофарингиомой, гиперпролактинемией (вызванной микро- или макроаденомой гипофиза) или гиперплазией коры надпочечников типа болезни Кушинга.
- Экзогенные причины. Высокие дозы кортикостероидов, которые использовались при лечении бронхиальной астмы или других серьезных аллергических заболеваний или

определенных дерматологических процессов, могут ингибировать действие гонадотропных гормонов и тем самым стать причиной ЗПС, или даже нарушения нормального развития половых желез.

Один из типов синдрома гипергонадотропного гипогонадизма у мальчиков требует немедленно врачебного вмешательства – это двустороннее неопущение яичек. Если в основе неопущения гонадотропинов не произойдет, если же у больного имеется анорхизм, то секреция гонадотропинов может быть высокой. В этом случае следует не дожидаться установленных сроков полового созревания для постановки дифференциального диагноза, а постараться как можно раньше определить, имеются ли у подростка яички и способны ли они функционировать.

Обследование показано подросткам в возрасте 14 лет и старше, если у них отсутствуют признаки полового развития. В этом случае необходимо провести:

- сбор анамнеза (хронические системные заболевания, неврологические нарушения, anosmia или гипосмия, случаи задержки роста и полового развития у родственников), осмотр, физикальное и неврологическое исследование (нарушения зрения, нистагм, микрофтальмия и гипоплазия дисков зрительных нервов, микропенис);
- лабораторную и инструментальную диагностику (уровни ЛГ, ФСГ, тестостерона, пролактина, установить костный возраст);
- цитогенетическое исследование.

Диагностический алгоритм представлен на рисунке.

Ключевые моменты лечения ЗПС

Большей части пациентов с ЗПС необходима лишь информационная и психологическая поддержка. При более тяжелых состояниях у мальчиков (при костном возрасте старше 12 лет или при хронологическом возрасте старше 14 лет) проводят терапию тестостероном в виде однократной ежемесячной внутримышечной инъекции в дозе 50–100 мг в течение 3–6 месяцев. Альтернативой может быть пероральное применение тестостерона ундеканата в дозе 20–40 мг/день в течение 3–6 месяцев. При необходимости лечения мальчиков младшего возраста (костный возраст старше 9 лет) можно назначать оксандролон (0,1 мг/кг в день). У мальчиков с гипогонадизмом индукция пубертата вызывается внутримышечным введением тестостерона в начальной дозировке 50 мг в месяц с последующим увеличением дозы в течение 6–12 месяцев до 200–250 мг каждые 2–3 недели. При необходимости увеличения объема яичек у пациентов с гипогонадотропным гипогонадизмом применяют чГТ с/без ФСГ или ГТ-РФ. Возможная альтернатива – пероральное назначение тестостерона ундеканата, подкожная имплантация депо тестостерона.



Диагностический алгоритм при ЗПС у мальчиков (Т. Edouard, 2010)

Эректильная дисфункция Мастер-класс профессора Х. Порста: ответы на все вопросы



**Виктория
Анатольевна
Шадёркина**

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

Впервые в России в феврале текущего года состоялся международный мастер-класс по теме «Эректильная дисфункция». Ректорат Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского организовал работу научно-образовательного форума, в ходе которого совершенствовали свои знания более 300 специалистов: урологи, сексологи, эндокринологи и андрологи из 24 городов нашей страны. Уникальный мастер-класс в Саратове провел лектор Оксфордского университета профессор Хартмут Порст (Гамбург, Германия).

В наставниках – мировой лидер

Эректильная дисфункция (ЭД) является «одной из самых актуальных проблем современной урологии и андрологии» – в XXI веке сексуальными нарушениями страдают миллионы мужчин во всем мире, из года в год число таких пациентов только растет. Этим и объясняется усиление интереса специалистов к данной проблеме и ее обсуждение в виде докладов, как на отдельных заседаниях секций, так и на общих урологических мероприятиях. Формат же проведения самостоятельного международного мастер-класса стал научным событием в жизни урологов России.

Участниками мастер-класса стали более 300 специалистов: урологи, сексологи, андрологи, эндокринологи из 24 городов нашей страны.

Практический курс безупречного мастерства преподал президент Европейской ассоциации по сексуальной медицине профессор Хартмут Порст, известный российским урологам не только как ведущий специалист в области сексологии и председатель Комитета по стандартам сексуальной медицины Международного общества по сексуальной медицине (ISSM), но и как разработчик препарата Дапоксетин для лечения преждевременной эякуляции. Хартмут Порст – первый, кто задался целью и подсчитал число пациентов с ЭД на территории Германии.

Попытки восстановить «мужскую силу» предпринимались с незапамятных времен, задолго до появления урологии в ее современном виде. Так, например, известно, что китайские императоры, маркиз де Сад, Казанова и другие известные и неизвестные нам личности использовали различные средства для укрепления потенции. Однако научный подход к данной проблеме и активное ее изучение с академических позиций появились лишь в конце 1970-х годов. Первый конгресс по импотенции, вызвавший громадный интерес

специалистов, прошел в Нью-Йорке в 1978 г. Это мероприятие состоялось во многом благодаря усилиям доктора Адриана Зорниотти – организатора Международного общества по исследованию импотенции (International Society of Impotence Research, ISIR). Профессор Порст отметил также роль изобретателя визуализации пениса Жана-Франсуа Жинести и создателя процедур реваскуляризации полового члена Вацлава Михала.

Революция в сексуальной медицине

По мере накопления знаний о строении и функционировании полового члена появлялись и новые методы лечения нарушений эрекции, на смену одним хирургическим вмешательствам приходили другие. Российские урологи и андрологи хорошо знают не только технические аспекты таких операций, но прекрасно осведомлены об их серьезных недостатках: так, операции по восстановлению кровоснабжения кавернозных тел порой приводят к приапизму, а установка имплантов отличается высокой стоимостью и значительным риском развития послеоперационных осложнений.

Революционным шагом в решении проблемы ЭД, по мнению профессора Порста, стала разработка методики интракавернозных инъекций вазоактивных препаратов: папаверина, альфа-адреноблокаторов или их сочетания. Не все урологи знают, что эффективность этого метода была продемонстрирована несколько шокирующим образом. В 1983 г. британский профессор Джайлес Брейндли во время своего доклада на Конгрессе урологов в Лас-Вегасе, будучи 57-летним ученым, снял брюки и показал коллегам свой напряженный член. Доклад имел сенсационный успех! Свой метод Брейндли назвал «аутоинъекционной терапией пещеристого тела». Однако метод также не был лишен недостатков, а именно – повышенного риска развития кавернозного фиброза, болезни Пейрони.

Несколько позже, в 1996 г. в литературе появились публикации, посвященные первому ингибитору фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5) силденафилу (Виагра). Появление новой группы средств ознаменовало эру пероральных препаратов для лечения ЭД.

Новое решение старой проблемы

Особенно подробно профессор Порст рассказал о современных принципах ведения пациентов с ЭД. Действительно, сегодня не принято рассматривать ЭД как исключительно урологическую проблему: она может быть обусловлена и эндокринными (гипогонадизм), и сосудистыми нарушениями (считается доказанной связь между ЭД и ишемической болезнью сердца). Ухудшение качества эрекции также часто наблюдается на фоне метаболического синдрома и сахарного диабета 2-го типа. Все эти проблемы, вплоть до описания нарушений работы эндотелиальных клеток на фоне сахарного диабета, были детально разобраны в лекции профессора Порста.

Далее профессор Порст обратил внимание, что лечение ЭД показано мужчинам, у которых данная проблема носит затяжной, хронический характер и периодически проявляется на протяжении 3 и более месяцев.

Сегодня в арсенале уролога имеется достаточно средств для нормализации интимных проблем пациента. Одну из ключевых ролей в терапии ЭД играют ингибиторы ФДЭ-5. Врачу, выбирающему препарат для конкретного пациента, следует учитывать, что различные ингибиторы ФДЭ-5, хотя и обладают сходным механизмом действия, отличаются по ряду параметров. Современные мужчины хотят, чтобы эффект от приема наступал быстро, длился долго и не зависел от того, что было съедено на ужин. Всем этим требованиям соответствует новейший препарат из группы ингибиторов ФДЭ-5 – уденафил (Зидена). От других средств той же группы он отличается более высокой биодоступностью, не зависящей от приема жирной пищи, минимальным количеством нежелательных эффектов (уденафил является высокоселективным ингибитором ФДЭ-5, он практически не взаимодействует с ФДЭ других разновидностей и не оказывает влияния на цветочувствительность или сердечную деятельность) и либеральной ценовой политикой.

Состоявшийся в Саратове мастер-класс по ЭД стал первым в своем роде: ранее подобные мероприятия, на которых теме ЭД был бы посвящен целый лекционный день, в нашей стране не проводились. И впервые такой курс

слушателям читал эксперт мирового уровня в области сексуальной медицины – профессор Хартмут Порст.

Выбранная организаторами модель проведения – мастер-класс – и его тема вызвали огромный интерес в профессиональном сообществе. Все слушатели мастер-класса по ЭД получили сертификаты участников, но, что гораздо важнее, они приобрели знания, которые позволят им, как отметил профессор Порст, «лечить пациента с любой формой ЭД». Научная часть мастер-класса завершилась грандиозным банкетом, на котором российские специалисты смогли обсудить полученную информацию, пообщаться в неформальной обстановке и завязать новые знакомства.

«Лекция эксперта высочайшего международного класса профессора Порста еще раз продемонстрировала, что проблема нарушений в сексуальной сфере является междисциплинарной и во многих случаях требует объединения ряда специалистов», – прокомментировал Р.Н. Фомкин, к.м.н., доцент кафедры урологии СГМУ им. В.И. Разумовского.

Российские урологи, также как и их европейские коллеги, очень нуждаются в актуальной информации по вопросам диагностики и лечения ЭД, а также по многим другим проблемам, связанным с сексуальным здоровьем, поэтому невозможно переоценить важность подобных мероприятий для специалистов.

ПРАЗДНИК ЧУВСТВ

Zydena®
уденафил

- Обеспечивает необходимую для эрекции твердость¹
- Увеличивает способность сохранять и поддерживать эрекцию¹
- Высокая эффективность и степень удовлетворенности пациентов¹
- Оптимальная продолжительность действия^{2,3,4}
- Высокий профиль безопасности в классе ингибиторов ФДЭ-5^{1,2,3,4}

1. Отчет по клиническому исследованию: «рандомизированное, плацебо-контролируемое, двойное слепое исследование на параллельных группах с целью оценки безопасности и эффективности уденафила при использовании фиксированных доз у мужчин с эректильной дисфункцией легкой и средней степени (Фаза III), 2005»
2. Инструкция по медицинскому применению препарата Зидена®
3. Исследование «Рандомизированное, двойное слепое плацебо контролируемое исследование с целью оценки безопасности, переносимости и изучения фармакокинетики / фармакодинамики уденафила при однократном и многократном приеме с повышением дозы на последовательных группах у здоровых мужчин корейской национальности (Фаза II)»
4. Paik JS, Kim SW, Yang DY et al. The efficacy and safety of udenafil, a new selective phosphodiesterase type 5 inhibitors, in patients with erectile dysfunction. J Sex Med. 2008 Apr; 5(4): 946-53



Неподеленный интерес зала



Ответы мэтра сексуальной медицины

Прогресс в эндоурологии



**Денис
Петрович
Холтобин**

Врач-уролог
МЦ «Авиценна»,
Новосибирск
dholt@rambler.ru

В последнее время отношение общества к медицине изменилось. Законодательно определены понятие медицинской услуги. От лечения требуется не только достижение конечного результата в виде избавления от болезненного состояния, но также и минимализация риска, безболезненность выполняемых процедур, комфортный послеоперационный период, ранняя трудовая реабилитация. В ответ на эти ожидания в медицине родилась концепция – fast track surgery – целый комплекс пред-, интра- и послеоперационных мероприятий, направленных на скорейшее выздоровление больного. Эти мероприятия включают в себя полное предоперационное обследование, консультирование, наименьший период пребывания в стационаре, отсутствие специальной подготовки, применение современной анестезии, раннюю активизацию больного, его кормление в послеоперационном периоде, отказ от применения наркотических анальгетиков, тщательное диспансерное наблюдение за пациентом в послеоперационном периоде. Согласно данной концепции от хирургов требуется применение минимально инвазивных технологий со строгим соблюдением алгоритма выполнения операций, их унификация.

В настоящее время в лечении мочекаменной болезни существуют следующие методы: дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДЛТ), трансуретральная контактная литотрипсия и перкутанная нефролитотрипсия. Появление в 1983 г. первого дистанционного литотриптора Dornier HM3 привело к широкому и повсеместному применению метода ДЛТ в лечении камней почек, мочеточников, мочевого пузыря. Появилась целая линейка аппаратуры, различающейся по принципу генерации ударной волны (электрогидравлический, электромагнитный, пьезоэлектрический), способу наведения на камень (рентгеноскопический, ультразвуковой), мобильности аппарата (передвижные и стационарные). Безусловным достоинством данного метода является отсутствие каких-либо воздействий с нарушением целостности кожных покровов и образованием послеоперационной раны. Однако по мере накопления опыта применения ДЛТ появились результаты, свидетельствующие об отсутствии первоначально заявленной универсальной эффективности данного метода. ДЛТ в качестве монотерапии не является оптимальной при размере камня свыше 20 мм, при неблагоприятной локализации камня, при твердости камня свыше 1200 НУ (при нативной мультиспиральной компьютерной томографии). В таких ситуациях требуются повторные сеансы ДЛТ, возникает потребность в применении дополнительных методов лечения и, в конечном итоге, затягивается период выздоровления больного.

Первые уретероскопы появились практически одновременно с ДЛТ, но размеры инструментов были достаточно велики, что требовало выполнения предварительного бужирования мочеточника. Первые контактные литотрипторы (электрогидравлические, ультразвуковые, пневматические) позволяли дробить камень в просвете мочеточника, но для всех были характерны ограничения (например, миграция камня при выполнении пневматической литотрипсии). Это способствовало ограниченному применению уретероскопии, преимущественно для камней с локализацией в нижней трети мочеточников. Появление в 1989 г. первого уретероскопа размером 8,5 Fr и рабочим каналом 3,5 Fr позволило шире использовать уретеро-

скопию для удаления камней средней и верхней трети мочеточника. В 1996 г. впервые в дроблении камней начал применяться гольмиевый лазер; в настоящее время эта методика является «золотым стандартом» контактной литотрипсии. Дополнительным неоспоримым достоинством гольмиевого лазера служит его способность рассекать стриктуры. Размеры современных лазерных уретероскопов на всем протяжении не превышают 7,5 Fr, что позволяет применять их в сочетании с лазерным гольмиевым литотриптором в ретроградном лечении камней почечной лоханки, верхней группы чашечек и при чашечковых дивертикулах. Миниатюризация существующих фиброволоконных уретероскопов позволила преодолеть недоступность нижней и средней групп чашечек для осмотра, а применение их совместно с тонкими волокнами гольмиевого лазера в настоящее время выдвинуло трансуретральную хирургию в лечении камней и стриктур верхних мочевых путей на лидирующие позиции. На сегодняшний момент единственным ограничением повсеместного применения фиброволоконного уретероскопа служит его высокая стоимость. Прогресс отмечен и в перкутанной хирургии, он связан с применением нефроскопов малого диаметра (mini-PCN), которые снижают вероятность развития кровотечения и позволяют завершать операцию без установки нефростомы, ограничиваясь установкой внутреннего стент-катетера. Для перкутанной литотрипсии наряду с традиционными применяемыми ультразвуковым и пневматическим литотрипторами используется гольмиевый лазер. Данная технология также позволяет значительно сократить сроки пребывания больного в стационаре.

Таким образом, настоящие достижения в оперативном лечении мочекаменной болезни достигнуты благодаря сочетанию различных технологий литотрипсии, в первую очередь, появлению универсального литотриптора – гольмиевого лазера с миниатюрными эндохирurgicalскими инструментами, с современной техникой визуализации. В случаях недостаточной эффективности какой-либо из указанных методик может понадобиться применение иной, но также минимально инвазивной лечебной технологии. Необходимость в выполнении «открытых» хирургических вмешательств ограничена только гнойно-воспалительными осложнениями мочекаменной болезни, а также наличием анатомических препятствий, вследствие которых и формируются камни мочевых путей.

Применение препаратов для медикаментозной терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) замедляет прогрессирование развития заболевания и его осложнений, уменьшает выраженность симптомов нижних мочевых путей, однако не излечивает саму болезнь. В результате у значительной части больных все же возникают показания к выполнению оперативного вмешательства, но с задержкой примерно на 10 лет. Пациенты переходят из пожилого в старческий возраст; современный пациент уролога, как правило, имеет несколько сопутствующих заболеваний, в первую очередь сердечно-сосудистой системы, нередко подвергался медицинским вмешательствам на сердце, принимает антикоагулянты; многие пациенты больны сахарным диабетом. Все это является фактором риска развития интра- и послеоперационных осложнений.

Длительное время трансуретральная резекция предстательной железы (ТУР ПЖ) являлась «золотым стандартом» в лечении ДГПЖ. Метод позволял достаточно эффективно разрешить инфравезикальную обструкцию при объеме предстательной железы в среднем до 60–80 см³. Однако вероятность развития осложнений при этом велика: интраоперационная кровопотеря, ТУР-синдром или синдром водной интоксикации, вызванный избыточным всасыванием гипотонического раствора, применяемого для ирригации мочевого пузыря. Риск развития

ТУР-синдрома был устранен появлением биполярной ТУР ПЖ, но риск развития кровотечения продолжает сохраняться. Появление медицинских лазеров, способных работать в физиологическом растворе, обладающих хорошим интраоперационным гемостатическим эффектом, привело к пересмотру взглядов на оперативное лечение ДГПЖ. Все больше операций выполняется при помощи лазера. Техника лазерной энуклеации простаты является эффективной, но сложна в освоении, а также требует значительного времени на удаление аденоматозных узлов, энуклеированных в просвет мочевого пузыря. Лазерная вапоризация простаты – другой способ удаления гиперплазированной ткани предстательной железы, основанный на тропности лазера одновременно к воде и гемоглобину, что по сути означает способность к выпариванию ткани простаты и одновременно ее коагуляции. Метод прост в исполнении, эффективен, может применяться при железах размером больше 100 см³, а также у больных с нарушением свертывающей системы крови, при приеме антикоагулянтов, при наличии искусственного водителя сердечного ритма, а также у пациентов, религиозные или иные убеждения которых запрещают переливание крови или ее компонентов. Лазерная вапоризация простаты – метод выбора у пациентов с высоким анестезиологическим риском, которым противопоказаны «традиционные» хирургические вмешательства. Особенностью выполнения лазерной вапоризации простаты является отсутствие материала для гистологического исследования, поэтому перед операцией необходимо исключить наличие рака простаты, опираясь на общепринятые методы диагностики – выполнение биопсии при повышении уровня ПСА, подозрительных изменениях при пальцевом ректальном исследовании и изменениях при трансректальном ультразвуковом исследовании или магнитно-

резонансной томографии. Лазерная вапоризация простаты может выполняться как в чистом виде, так и в виде комбинированного лечения: т. е. в сочетании с моно- или биполярной ТУР ПЖ. Комбинированная методика позволяет сократить время отхождения струпа из некротизированной ткани, которое может продолжаться до 6–9 месяцев. Метод позволяет добиться ранней активизации больного, перевода на амбулаторное лечение уже на 2–3-и сутки. Удаление уретрального катетера, как правило, осуществляется в первые 72 ч после операции. Надежный гемостаз – неоспоримое достоинство лазерной вапоризации предстательной железы, позволяющее широко использовать ее в хирургических стационарах одного дня. Таким образом, благодаря техническому прогрессу, развитию и широкому проникновению в урологическую практику методов ДЛТ, лазерной литотрипсии, лазерной вапоризации простаты происходит эволюция методов лечения мочекаменной болезни и ДГПЖ. Это дает возможность выполнять хирургические вмешательства пациентам с отягощающими факторами (прием антикоагулянтов и пр.), с тяжелыми сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет и т. д.), минимизировать операционную травму, сократить длительность пред- и послеоперационного пребывания, ускорить реабилитацию больного, улучшить качество оказания медицинских услуг.

В нашем центре выполняются операции на аппарате ДЛТ Dornier Compact Sigma, оснащенном С-дугой и УЗИ-аппаратом; контактная литотрипсия при помощи гольмиевого лазера Dornier Medilas H20; лазерная вапоризация простаты диодным лазером Dornier Medilas D UroBeam; считаем указанное сочетание оборудования оптимальным для решения большинства эндоурологических задач.

Мировой стандарт в урологии

от лидера в ударно-волновой и лазерной технологии



Дорнье Гемини

Подлинное совершенство для урологии и литотрипсии

- Свободный доступ к пациенту со всех сторон
- Динамический плоскопанельный детектор
- Грузоподъемность стола 250 кг



Дорнье Компакт Дельта II

Интегрированный передвижной литотриптор

- Надежная технология электромагнитной генерации ударных волн (EMSE)
- Уникальная трёхмерная визуализация
- Моторизованные терапевтическая ударно-волновая головка и С-дуга



Дорнье Компакт Сигма

Компактный модульный литотриптор

- Экономичное решение для литотрипсии и эндоурологии
- Уникальная трёхмерная визуализация
- Система управления урологической информацией (UIMS)



Дорнье Медилаз H20

Гольмиевый лазер для литотрипсии

- Применим также для лечения мягких тканей
- Компактная конструкция
- Не требует прогрева после включения



Дорнье Генезис

Урологическая система визуализации с плоскопанельным детектором

- Свободный доступ к пациенту со всех сторон
- Полный обзор мочевого пузыря
- Грузоподъемность стола 340 кг



Дорнье Медилаз Д Уробим

Высокоэнергетическая терапия ДГПЖ

- Мощность 250 Вт
- Специальный световод с «боковым прижиганием»
- Уникальная система защиты световода LPS

Дорнье МедТех Европа ГМБХ Представительство в Москве
Россия, 119049, Москва, ул. Мятная, д. 3, офис 21
Тел.: +7 495 739 51 32 Факс: +7 495 739 51 33
e-mail: dornier@col.ru www.dornier.com

Dornier MedTech
На правах рекламы

Газета «Урология сегодня»: профессиональное издание или бульварная желтая пресса?

Как говорил в своем первом обращении к будущим читателям главный редактор газеты Баходур Камолов: «Миссия нашей газеты – содействие развитию отечественной урологии... Нам нужно консолидировать усилия всех общественных урологических организаций, доказавших, кто историей, кто актуальностью, а кто и эффективностью, свое право на существование».

Действительно, настоящим профессиональным организациям делить нечего. Их задача совместно развивать различные направления медицины для оказания высококвалифицированной, современной медицинской помощи, заниматься образовательной и исследователь-

ской работой. Последнее 10-летие ознаменовалось появлением сразу нескольких профессиональных общественных организаций, работающих в разных областях урологии. Большинство из них к счастью не противопоставляют себя друг другу и стремятся использовать достижения, более глубокие профессиональные знания своих коллег в том или ином вопросе своей деятельности.

Недавно появившаяся газета «Урология сегодня» претендовала на роль издания, объединяющего различных специалистов. Вместо этого, в последнее время для привлечения интереса читателей газета все больше становится похожей на источник сплетен, личных

«разборок» и порой невежливых и неэтичных высказываний в адрес руководства общественных организаций. К моему сожалению, главный редактор газеты, а по совместительству и исполнительный директор РООУ, позволяет себе делать заявления, которые не являются мнением РООУ, а скорее наоборот, тем самым создавая недружескую атмосферу между членами общественных организаций. РООУ, часто критикуемое главным редактором, давно доказало своей «историей», и актуальностью, и эффективностью, право на существование». Проблемы, вопросы, направления развития и все стороны, касающиеся деятельности РООУ и всех других профессиональных сообществ, должны обсуждаться членами это-

го общества на предусмотренных уставом собраниях, конференциях, пленумах и т. д., а не на страницах газеты. Тем более, вся критика сводится к вопросам организационного и юридического характера, что является далеко не главным вопросом в деятельности профессиональных врачебных организаций.

Я надеюсь, что основная «интрига» этого издания в будущем переместится из сферы «скандальной» в сферу научную и профессиональную, отвечающую задачам и требованиям современного урологического сообщества.

Президент РООУ
профессор **В.Б. Матвеев**

От редакции

Газета «Урология сегодня»: гражданская позиция и независимые мнения

Коллеги, редакция газеты «Урология сегодня» всегда рада вашим откликам вне зависимости от того, выражаете ли вы нам поддержку или критикуете. Отзывы наших читателей о публикуемых материалах, размышления и предложения свидетельствуют о том, что среди вас много людей, которым небезразлично, что происходит в российской урологии.

«Урология сегодня» – это, пожалуй, единственный независимый источник информации для всего урологического сообщества страны. Газета заняла свою нишу в информационном пространстве, взяв на себя одну из самых сложных и почетных миссий – просветительскую.

Редакция газеты стремится публиковать материалы на актуальные темы самого широкого спектра – от новейших подходов к лечению до анализа состояния российской урологии. Одна из важнейших наших задач – выявлять проблемы, с которыми сталкиваются врачи-урологи на своем профессиональном пути, показывать возможности, которые существуют для развития уролога, и угрозы, которые могут дискредитировать нас и нашу специальность. Где, как не в газете, можно и нужно поднимать острые, «неудобные» темы? Независимое издание, читаемое и признанное подавляющим большинством урологов нашей страны, – это удобная и комфортная площадка для острых и в то же время объективных дискуссий, в которых каждый желающий может выска-

зать свое мнение или ответить на аргументацию оппонента.

СМИ для того и существуют, чтобы не обходить стороной неудобные темы, а обращать на них внимание читателей, давать повод задуматься, что происходит и как можно изменить ситуацию.

Именно наша газета впервые начала анализировать и обсуждать с коллегами работу общественных урологических организаций. В каждом номере газеты мы рассказываем о зарубежных урологических сообществах: каковы их цели, как выстроена их работа, что они делают для своих членов. Мы считаем, что отечественным организациям будет полезно перенять все то лучшее, что создали на сегодняшний день американские и европейские урологические ассоциации. При этом, мы критикуем работу российских урологических организаций, и делаем это исключительно на основании фактов. Мы хотим обратить внимание наших читателей на то, что развитие специальности зависит от активности и профессионализма урологических сообществ.

Давайте вспомним, с чего начались дебаты вокруг общественных урологических организаций. Со статьи В. Шадеркиной, опубликованной в газете «Урология сегодня» № 4 за 2011 г., где в числе минусов РООУ отмечалось, в том числе, отсутствие любой информации об организации, сайта и доступа к Уставу. В результате этой публикации в декабре в открытом доступе появились сайт и Устав общества, а также про-

ект нового Устава РООУ. Когда в декабре 2011 г. в президиум РООУ было направлено предупреждающее письмо от Минюста, то из личных бесед с коллегами из РООУ мы выяснили, что мало кто знал о существовании данной проблемы. Газета не могла замалчивать тот факт, что национальной урологической ассоциации грозит ликвидация, поэтому мы написали об этом, чтобы как можно больше членов президиума, правления и организации были в курсе и приняли необходимые действия для сохранения общества. Кстати, на момент сдачи газеты в печать необходимые отчеты в Минюст РФ от РООУ так и не поступили.

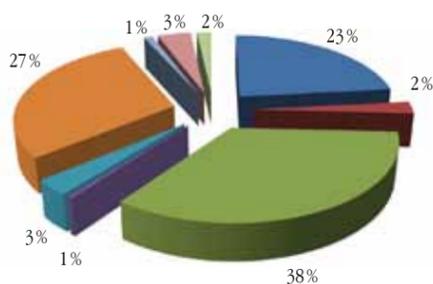
Удивляет в этой ситуации то, что некоторые руководители РООУ всерьез пытаются найти неких «заказчиков» публикаций. Видимо, коллеги не способны даже представить, что газета может быть независимой и поднимать острые вопросы состояния урологии в силу своей гражданской позиции. Газета всегда открыта для диалога и готова предоставить всем желающим площадку для публикации их мнений. Например, в ноябре 2011 г. мы обратились ко многим лидерам урологии, руководителям профессиональных урологических объединений с предложением присоединиться к диалогу на страницах нашей газеты и поделиться своими соображениями о положении дел в российском урологическом сообществе. Оказалось, что далеко не все наши коллеги готовы к открытой дискуссии, некоторые из них не только отказались участвовать в ней, но даже попросили других лидеров отозвать свои интервью. Тем не менее, при проведении опроса о состоянии и перспективах урологических об-

ществующих организаций мы с удовлетворением узнали, что многие лидеры профессиональных объединений поддерживают наши инициативы, хотя и не все открыто могут это высказать. Если бы мы не получали такой поддержки от наших читателей, то вряд ли стали бы развивать данную тему.

Газету «Урология сегодня» читают практически все урологи нашей страны, в том числе и те, кто пытаются обвинить нас в необъективности. Газета свободна от какого-либо влияния или давления на нее. В постоянной рубрике «От редактора» главный редактор газеты Б.Ш. Камолов высказывает свое мнение именно в качестве главного редактора, а не как представитель РООУ или каких-либо закулисных политических «группировок».

В заключение мы хотели бы сказать следующее: наша газета открыта для всех, мы публикуем и готовы публиковать статьи и мнения, как наших сторонников, так и наших критиков. Каждый уролог, независимо от его регалий, статуса, принадлежности к тому или иному сообществу, может высказать свою позицию в газете.

Мы призываем вас, коллеги, активно участвовать в открытых дискуссиях, предлагать идеи и выражать свою позицию. Ведь именно таким путем мы с вами вместе сможем сделать так, чтобы урология в нашей стране вернула себе статус основной специальности, и каждый специалист имел возможность принять в этом самое активное участие.



- Россия (члены Российского общества онкоурологов (РООУ)) – 3800 адресов
- Россия (члены Общества трансплантологов) – 202 адреса
- Россия (государственные и частные медицинские центры, получившие лицензию в Росздраве, Минздравсоцразвития РФ по специальности «Урология») – 2746 адресов
- Россия (медицинские ВУЗы) – 45 адресов

- Россия (фармкомпании и производители мед. оборудования) – 323 адреса
- 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 | № 2 (18) 2012

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

РЕДАКЦИЯ
Главный редактор: Камолов Баходур
Шеф-редактор: Шадёркина Виктория
viktorishade@uroweb.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 № 90
Тираж 10 000 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:

- **Снижение частоты рецидивов при раке мочевого пузыря** А.Г. Мартов
- **Отчет о Первом Конгрессе урологов Сибири** В.А. Шадёркина
- **Дифференциально-диагностическое значение дизурии** Е.В. Кульчавеня
- **Каверниты – диагностика и лечение** А.Г. Дзидзария, А.В. Прохоров, С.К. Яровой