

Приказ №966н от 8 декабря 2009 г.
Разъяснения главного уролога МЗ и СР
РФ Д.Ю. Пушкаря (стр. 6)

Представляем новое
поколение в урологии
(стр. 10)

Актуальные вопросы ультра-
звуковой томографии в уро-
логии (стр. 13)

Приказ №966н: руко-
водство к действию или
повод для дискуссии?
(стр. 15-16)

От редактора



**Баходур
Камолов**

К.м.н., отделение
урологии РОНЦ
им. Н.Н. Блохина РАМН

kamolov@roou.ru

Уважаемые коллеги!

Одной из ключевых тем этого номера является дискуссия в отношении приказа №966н, призванного регламентировать деятельность врачей-урологов в государственных учреждениях. Эта тема кажется нам столь актуальной, что мы не можем оставить ее без комментариев. К сожалению, приказ вызывает «двойственные чувства». С одной стороны, его можно назвать долгожданным. В наших должностных инструкциях сказано, что мы обязаны оказывать пациенту весь комплекс наиболее эффективных в его случае лечебно-диагностических мероприятий. И никого не волнует, что у нас для этого нет необходимого оборудования, лекарств или персонала. Появление стандартов, по идее, должно исправить эту ситуацию: официальный регламент дает возможность «сбросить» с себя груз выбора – кого лечить и чем лечить. Выбор сделали за нас: теперь уже государство в лице Минздравсоцразвития и составителей приказа решило, как оказывать помощь и, самое главное, чем она ДОЛЖНА быть обеспечена. Нам остается лишь следовать этому регламенту

Если бы не одно «но»... Сколько государственных клиник имеют материально-техническую базу в том объеме, который требуется для выполнения приказа? Думаю, что не больше 2–3%. Получается, что в остальных учреждениях врачи в своей ежедневной практике будут проводить лечение каждый раз нарушая недавно принятый закон. И в случае возникновения проблем именно с них будет основной спрос. К сожалению, данный закон заранее предусматривает именно такое развитие событий т.к. не объясняет нам, кто и в какие сроки должен обеспечить финансово-организационную часть его исполнения.

Мне кажется, что считать деньги – не компетенция врача или заведующего отделением. Какая нам разница, сколько стоят четыре цистоскопа, устройство для их мойки, биопсийный пистолет – миллион, два или десять? Наша задача использовать оборудование с максимальной отдачей и пользой для больного.

А если пистолетов, цистоскопов и прочих покомонов в нашем арсенале нет, то что тогда? На этот вопрос приказ ответа не дает. А должен, т.к. иначе это не регламент действий. У руководителя крупной клиники или местного минздрава помимо отделения урологии есть еще масса статей расходов (многие из которых кажутся им более приоритетными – кардиология, травматология, онкология и т.д.). А у врачей-урологов нет самого главного – оговоренных механизмов получения всего того, что в данном приказе перечислено.

Разумеется, выходом может стать модная в последнее время «маршрутизация» больных. Если диагностика или лечение не могут быть адекватно выполнены в данной клинике, то больной ДОЛЖЕН быть направлен в учреждение, которое может это сделать, и такое учреждение обязано будет его принять. А чтобы больному не пришлось неделями или месяцами ждать своей очереди на услугу в другом учреждении, необходимо прописать и нормативы оказания медицинской помощи, например, чтобы от момента направления до момента оказания помощи прошло не более трех суток. Тем более, что авторы приказа сами говорят, что «нормы приема больных врачом-урологом не существует», т.е. подразумевается, что врач (или клиника) в состоянии справиться с любым потоком пациентов, главное – чтобы в ней было необходимое по приказу оборудование.

Правда, можно обойтись и менее радикальными мерами, но для этого в приказе необходимо узаконить возможность оказания «урезанного» объема помощи в учреждениях, где нет отдельного аппарата УЗИ (рентгеновской установки, компьютерного томографа и т.д.) для урологических больных. При этом ответственность за «неполный» объем лечения или диагностики должно взять государство, сняв ее с плеч ни в чем не повинных врачей, которые не занимаются закупками оборудования и не имеют для этого средств, а также и способов влияния на все те же представители государства, этими средствами обладающих.

В противном случае получается, что нас, как солдат Красной армии в начале войны, бросают на танки, вооружив только саперными лопатами, но при этом отдав приказ: «Ни шагу назад». Всю ответственность за неудачи опять же возлагают на нас. И вдвойне обидно, что подобные приказы отдаются представителями нашего же врачебного сообщества.

Тема номера

Недержание мочи после радикальной простатэктомии



**Евгений
Ибадович
Велиев**

Д.м.н., проф. кафедры
урологии и
хирургической
андрологии РМАПО

veliev@urotop.ru



**Елена
Николаевна
Голубцова**

Аспирант кафедры
урологии и хирургиче-
ской андрологии РМАПО

engolubtsova@yandex.ru

Недержание мочи у пациентов, перенесших радикальную простатэктомию (РПЭ), значительно ухудшает качество жизни и приводит к социальной дезадаптации. Ситуация усугубляется тем, что часть пациентов воспринимает проблему как неизбежное последствие оперативного вмешательства и не обращается к специалистам.

Благодаря улучшению знаний в области анатомии малого таза и усовершенствованию хирургической техники количество осложнений после операций на предстательной железе (ПЖ) за последние годы значительно снизилось. Однако, несмотря на это, недержание мочи остается значимой проблемой.

Основные типы операций на ПЖ, к которым относятся трансуретральная резекция (ТУР) ПЖ, аденомэктомия, РПЭ, могут способствовать травме проксимального уретрального сфинктера, состоящего из гладкомышечных волокон зоны треугольника Льео мочевого пузыря, распространяющихся в дистальном направлении в простатический отдел уретры до уровня семенного бугорка. Основным механизмом, ответственным за удержание мочи в послеоперационном периоде, является дистальный уретральный сфинктер, образованный посредством гладкомышечных волокон ниже семенного бугорка, окруженных поперечнополосатыми волокнами мышц тазового дна.

По данным литературы, вероятность недержания мочи после ТУР ПЖ и аденомэктомии относительно невелика и составляет 0,5% – 3%. Наибольшее количество случаев недержания мочи отмечается у пациентов, перенесших РПЭ. В настоящее время эта операция считается «золотым стандартом» лечения больных

с локализованной формой рака предстательной железы (РПЖ). Возросшее количество оперативных вмешательств влечет за собой увеличение числа пациентов, страдающих от послеоперационного недержания мочи. В публикациях разных авторов частота раннего стрессового недержания после перенесенной РПЭ варьирует от 5 до 60%. Следует отметить, что случаи недержания мочи существенно реже наблюдаются в клиниках, где РПЭ является рутинной практикой.

Этиология инконтиненции после РПЭ многогранна. Остается спорным и «вклад» целого ряда факторов, как дооперационных (возраст пациента, увеличение индекса массы тела, наличие симптомов нарушения мочеиспускания, ТУР ПЖ или курс лучевой терапии в анамнезе, размер ПЖ), так и интраоперационных (апикальная диссекция, кровопотеря и сопряженное с ней нарушение хирургической техники, сохранение функциональной длины уретры, нервосберегающая методика с оставлением верхушек семенных пузырьков, реконструкция шейки мочевого пузыря по типу «теннисной ракетки» и ее везикулизация и др.).

В послеоперационном периоде сочетание указанных факторов приводит к тому, что развивается недержание мочи, обусловленное недостаточностью сфинктерного механизма, гиперактивностью детрузора, снижением комплаентности мочевого пузыря или сочетанием перечисленных состояний. Наиболее часто имеет место стрессовое недержание мочи, проявляющееся подтеканием мочи при увеличении внутрибрюшного давления при кашле и физических нагрузках вследствие недостаточности сфинктерного механизма. Ургентное недержание, развивающееся в силу неконтролируемых сокращений детрузора после перенесенной РПЭ, встречается реже.

Диагностика недержания мочи должна начинаться с тщательного сбора анамнеза, акцентирования внимания на сроках РПЭ и обстоятельствах, при которых возникло нарушение, количестве теряемой в сутки мочи, степени дискомфорта пациента, заполнения дневника мочеиспускания и выполнения прокладочного теста. Важно определить характер недержания (стрессовый или ургентный). Следует отметить, что степень дискомфорта пациента не всегда коррелирует с количеством теряемой мочи и выраженностью симптомов, что выясняется при заполнении опросников, оценивающих качество жизни.

Окончание на стр. 2 >>

Недержание мочи после радикальной простатэктомии

<< Окончание, начало на стр. 1

С целью исключения инфекции мочевых путей, что может определять клиническую симптоматику в раннем послеоперационном периоде, показано выполнение общего анализа мочи, при необходимости – посева мочи на флору и чувствительность к антибиотикам. Ультразвуковое исследование помогает оценить наличие или отсутствие остаточной мочи в мочевом пузыре.

Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов, после минимального диагностического поиска должна быть начата терапия 1-й линии. В случае неудачи показано специальное обследование, включающее уродинамическое исследование, уретроцистоскопию, иногда – уретроцистографию с целью исключения стриктур и свищей. Таким образом, важно максимально точно определить степень недостаточности сфинктера и «вклад» других компонентов (комплаентность мочевого пузыря, гиперактивность детрузора) в симптомокомплекс недержания мочи после РПЭ, что имеет стратегическое значение при выборе лечебной тактики.

Что касается лечения пациентов, страдающих недержанием мочи после оперативного вмешательства, прежде всего необходимо отметить, что частота восстановления континенции прогрессивно улучшается в течение 3 мес, иногда до года после перенесенной РПЭ. Большинство пациентов удерживают мочу в течение первого года, однако 6,7% достигают континенции в течение 2-го года. В период первых 9 мес, в отдельных случаях – года, после операции не следует прибегать к хирургическим методам лечения. В это время целесообразно рекомендовать упражнения для тренировки мышц тазового дна, использование механизмов обратной биологической связи, транскутанную электростимуляцию нервных окончаний, фармакотерапию и их сочетание. Неинвазивные методики, в число которых входит комплекс упражнений для тренировки мышц тазового дна, являются терапией 1-й линии для устранения недержания мочи после перенесенной РПЭ в связи с хорошей переносимостью и отсутствием побочных эффектов.

Цель фармакологического лечения – повышение функциональной емкости мочевого пузыря и внутриуретрального давления. В раннем послеоперационном периоде может иметь место urgentное недержание мочи, обусловленное гиперактивностью детрузора. Для таких пациентов целесообразно назначение антихолинергических препаратов, включая оксбутинин, толтеродин (уротол), солифенацин, троспиума гидрохлорид. В случае неэффективности консервативного

лечения на протяжении года показано хирургическое лечение.

Клиника урологии и хирургической андрологии РМАПО имеет значительный опыт выполнения РПЭ, позволяющий минимизировать риск недержания в послеоперационном периоде посредством предложенных элементов апикальной диссекции. Непосредственный опыт имплантации искусственных сфинктеров и слингов связан с большим числом пациентов, направляемых в клинику из различных урологических стационаров страны.

С тех пор как F. Scott и соавт. в 1973 г. впервые предложили модель искусственного мочевого сфинктера, она претерпела ряд изменений. В 1983 г. появилась модель, используемая до настоящего времени, – AMS-800, состоящая из надувной манжетки и резервуара, регулирующего давление в сфинктере и помпы.

Идеальный кандидат для установки AMS-800 – пациент с признаками стрессового недержания мочи тяжелой степени, в большинстве случаев обусловленного перенесенной РПЭ, при отсутствии стриктуры уретры, признаков гиперактивности детрузора, с сохраненной емкостью мочевого пузыря и способностью совершать мелкие движения пальцами кистей. При этом необходимо получение стерильного анализа мочи. Предшествующая лучевая терапия не является строгим противопоказанием к имплантации AMS-800, однако она может ухудшать исход операции, так как снижает комплаентность детрузора и повышает риск эрозии манжетки. Возраст также не служит противопоказанием при условии сохранения интеллекта и способности пациента к мелким движениям пальцев рук. O'Connor и соавт. сообщили об успешной операции у 29 (72%) мужчин с медианой возраста 77,6 года и наблюдением в течение 5 лет после имплантации. Более того, устройство может быть деактивировано у пациентов более старшего возраста в случае утраты способности к работе с ним.

Интраоперационно манжетка сфинктера устанавливается на бульбозный отдел уретры (рис. 1, 2), однако в редких случаях возможно ее помещение на шейку мочевого пузыря. Активация искусственного мочевого сфинктера производится через 6 нед после операции.

Эрозия манжетки и развитие инфекционно-воспалительного процесса – наиболее частые осложнения после имплантации искусственного мочевого сфинктера, почти всегда требующие ревизии и удаления протеза.

Принципиально новым методом в лечении недержания мочи после РПЭ стало создание муж-

ского трансобтураторного слинга AdVance™. Впервые устройство было описано P. Rheder и C. Gozzi. Отличие AdVance™ от предыдущего поколения слингов состоит в возможности устранения гипермобильности уретры, как следствия перенесенной РПЭ, при которой нарушается естественная анатомия таза. Слинг, помещенный отчасти ретробульбарно, направляет бульбомембранозную уретру в вертикальное положение и вызывает ее коаптацию, приводящую к смыканию. В этом его отличие от других предложенных слинговых операций. Кроме того, трансобтураторная методика имплантации значительно уменьшает риск перфорации мочевого пузыря, которая случается при применении ретропубикальных слингов. Результаты длительного наблюдения неизвестны, однако краткосрочные данные демонстрируют частоту успеха в 80–90% и низкую морбидность. Имплантация AdVance™ рекомендуется пациентам, страдающим стрессовым недержанием мочи легкой или средней степени, имеющим хорошую сократительную способность наружного сфинктера (устанавливается при проведении цистоскопии), сохраненную емкость и комплаентность мочевого пузыря (подтверждается при выполнении уродинамического исследования). Предшествующая лучевая терапия снижает частоту успеха.

После осуществления доступа и разделения волокон бульбоспонгиозной мышцы слинг помещается на бульбозный отдел уретры, с обеих сторон через медиальные отделы запирающих

каналов проводятся спиральные троакары (рис. 3), выполняется натяжение слинга в центре. По окончании операции возможно, но не обязательно выполнение цистоскопии с целью контроля смыкания сфинктера.

Быстрое восстановление пациента после операции – одно из главных достоинств имплантации слинга. При этом предлагается ограничить физические нагрузки в течение 6 нед после операции.

Безусловно, имплантация мужского ретробульбарного слинга представляется привлекательной альтернативой в лечении пациентов с недержанием мочи после РПЭ. Однако пациенты должны быть осведомлены, что этот метод оправдывает их ожидания только в случае недержания легкой или иногда средней степени, поэтому необходима тщательная предоперационная оценка.

Таким образом, в настоящее время имеется достаточный выбор консервативных и хирургических методов лечения пациентов, страдающих недержанием мочи после перенесенной РПЭ, что позволяет обеспечить достойное качество их жизни. Главным же моментом, позволяющим избежать появления заявленной проблемы, является анатомичность выполнения РПЭ, в частности прецизионная апикальная диссекция. **УС**

Примечание: Фотоматериалы предоставлены клиникой урологии РМАПО.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ

Когда нет сил терпеть...



ПРЕПАРАТ ВЫБОРА для ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ



Рег. номер: ЛСР-005815/09

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Уротол. 2. Горюховский Л. М., Лахно Д. А. Гиперактивность мочевого пузыря. РМЖ, том 13; № 25; 2005: стр. 1691-1694. 3. Лопаткин И. А., Лоран О. Б. и др. Эффективность толтеродина в лечении гиперактивного мочевого пузыря у женщин. Клиническая фармакология и терапия. 2006; 15 (1): 51-54. 4. Сивков А. В., Ромых В. В. Фармакотерапия гиперактивного мочевого пузыря. Consilium medicum; том 04; № 7; 2002: стр. 348-355.

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ.
Перед назначением препарата ознакомьтесь с полным вариантом инструкции.

УРОТОЛ

- Высокая селективность в отношении М-холинорецепторов мочевого пузыря^{1,2}
- Эффективное и быстрое уменьшение симптомов гиперактивного мочевого пузыря^{2,3,4}:
– частоты мочеиспусканий
– частоты императивных позывов
– количества эпизодов недержания мочи
- Увеличение возможности мочевого пузыря накапливать и удерживать мочу^{2,3}
- Хорошая переносимость длительной терапии⁴
- Доступная цена

RU/TOL09.12.02

ZENTIVA
Компания Группы санofi-aventis

За более подробной информацией обращайтесь в ООО «ЗЕНТИВА Фарма»: Москва, Б. Ордынка, 40/4-604
тел.: (495) 721-16-66/68, факс: (495) 721-16-69
e-mail: info@zentiva.ru, http://www.zentiva.ru

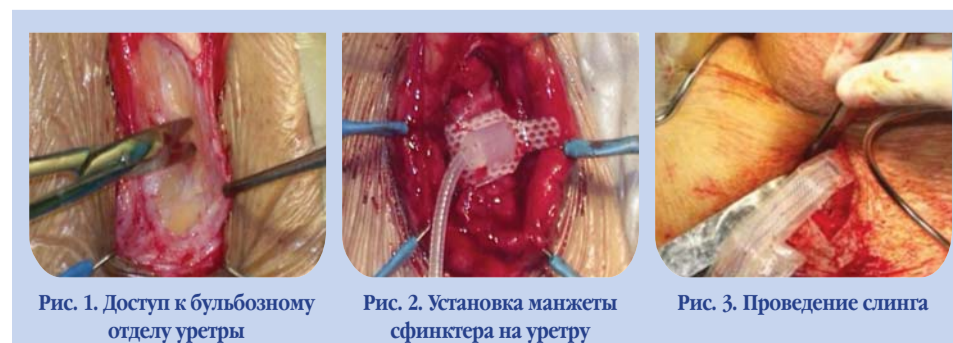


Рис. 1. Доступ к бульбозному отделу уретры

Рис. 2. Установка манжетки сфинктера на уретру

Рис. 3. Проведение слинга

Синдром хронической тазовой боли в урологии



Михаил Иосифович Коган
Д.м.н., проф., директор НИИ урологии и нефрологии РостГМУ, зав. кафедрой урологии с курсом дерматовенерологии РостГМУ
dept_kogan@mail.ru

Синдром хронической тазовой боли (СХТБ) по определению Европейской ассоциации урологов (EAU): постоянная или периодически рецидивирующая боль в тазу, сопровождающаяся симптомами дисфункции со стороны нижних мочевых путей (НМП), кишечника, половых органов мужчины или женщины. Само собой разумеется, у пациентов не определяются явные патологические процессы (воспаление, опухоли и т. д.), которые и могли быть причиной развития болей. В соответствии с локализацией боли и анатомическим фактором принято выделять мочепузырный, уретральный, пенильный, простатический, мошоночный, яичковый, придатковый и поствазэктомический болевые синдромы. Таким образом, становится ясно, что **речь идет о множестве состояний, поражающих одиночный орган или их некоторую совокупность, для которых ведущим симптомом является боль**, а она, как сказано выше, может быть моносимптомом или чаще всего ассоциируется с НМП и сексуальными дисфункциями.

Из определения СХТБ следует и другая важная вещь: рассматриваемый синдром относится к малоизученной области знаний. Ведь врачи должны сначала исключить известные болезни и повреждения, для которых боль – возможный симптом. И только при их очевидном отсутствии, врач может сообщить больному, что он временно определяет его состояние как СХТБ. Это также означает, что очевидных причин боли пока не найдено и механизм ее развития неясен.

В настоящее время принято выделять три уже изученные причины боли:

- травма, в том числе операционная;
- ишемия;
- рак.

А вот патогенетических механизмов развития боли вследствие этих причин всего два: воспаление и нейрогенный механизм.

К СХТБ вышеназванные теоретические постулаты имеют самое прямое отношение. Если понятен локус боли, ну, скажем яичко, то врачу следует исключить из причин боли: травму в прошлом и ее возможные последствия, нарушения кровообращения в яичке или наличие в нем опухолей. И если таковые не подтвердились, то тогда врач имеет дело с СХТБ. Вот почему очень важно исключить воспаление как механизм боли, и если его определенно нет, значит, механизм реализации боли – нейрогенный. В связи с этим, поиском

причин боли и ее лечением следует заниматься невропатологу и, в некоторых случаях, психиатру. К сожалению, **в России нет специализированных центров по исследованию природы боли и крайне мало специалистов, занимающихся данной проблемой**. Со временем у нас обязательно научатся милосердному отношению к больным, страдающим от боли. Это, безусловно, крайне важно в связи с тяжестью самого страдания и довольно широким распространением среди населения тазовых болевых синдромов.

В России не ведется статистика СХТБ. В мировом сообществе она также отсутствует. Однако по некоторым частным случаям данные есть. Что касается хронического простатита (ХП), то объединенные исследования врачей США и Канады свидетель-

Синдром хронической тазовой боли (СХТБ) по определению Европейской ассоциации урологов (EAU): постоянная или периодически рецидивирующая боль в тазу, сопровождающаяся симптомами дисфункции со стороны нижних мочевых путей (НМП), кишечника, половых органов мужчины или женщины.

ствуют о 9% распространенности простатитоподобных симптомов в популяции жителей Северной Америки. Конечно, не всем этим людям можно поставить диагноз СХТБ, но поскольку речь идет о сотнях тысяч, а может быть, и нескольких миллионах мужчин, часть из них испытывает именно такой вид боли. Другое состояние, которое относят к СХТБ, это интерстициальный цистит (ИЦ). Американская статистика сообщает о 35–50 больных и более на 100 тыс. человек.

В России ИЦ – довольно редкий диагноз. Мои коллеги предпочитают говорить о хроническом рецидивирующем цистите, так как для него существует терапия, которую позволительно проводить всю жизнь. ИЦ – неизлечимое состояние. Постановка этого диагноза обрекает врача и пациента на пожизненное малоэффективное лечение. Поэтому многие доктора избегают постановки такого диагноза. Кроме того, мешает отсутствие возможностей для выявления ИЦ: недостаточность квалификации медперсонала, дефицит диагностических инструментов и специалистов по данной болезни и т.д. Существует много причин, из-за которых мы ничего не знаем о распространенности СХТБ. Главное, в стране нет современной статистической системы, нет стандартов диагностики и лечения, нет эффективной системы контроля за постановкой диагноза и результатом лечения.

Из огромного числа состояний, входящих в СХТБ, я уже, по сути, назвал два особо значимых. Это, во-первых, хронический простатит III формы (воспалительная и невоспалительная) по классификации Американского института здоровья – наиболее частая форма простатита, встречаю-

щаяся в клинической практике. Диагностику и лечение ХП III формы следует проводить по рекомендациям EAU. Также следует изучать и старые подходы (различная физиотерапия и др.), основываясь при этом на современной методологии доказательной медицины.

К сожалению, за 15 лет с момента публикации рабочей классификации простатита (NIH USA) так и не было разработано концепции дифференциальной диагностики форм IIIА и IIIБ, что привело разработчиков последних рекомендаций EAU к мысли не разделять эти формы. Однако я уверен в том, что если с практической точки зрения сегодня это и не столь важно, то с научной точки зрения это совсем не так. Исследования, проведенные нашим коллективом в 2004–2010 гг., убедительно сви-

детельствуют о том, что IIIА – это хроническое воспаление простаты бактериальной и небактериальной природы, IIIБ – состояние, которому никогда не предшествовало воспаление, и оно отсутствовало на момент диагностики, а суть данной формы ХП сводится к хронической ишемии простаты различной артериальной и венозной природы или первичному нейрогенному поражению простаты.

Второе значимое состояние, входящее в СХТБ, – интерстициальный цистит. Его первичная диагностика должна осуществляться амбулаторно-поликлиническим урологом. При этом необходима точная оценка функционального и анатомического объема мочевого пузыря. Хроническая мочепузырная боль и емкость пузыря ≤ 350 мл – серьезное основание установить ИЦ как первичный диагноз. Конечно, нужны цистоскопия, биопсия мочевого пузыря, «умная» гистология, и это, естественно, госпитальный этап диагностики. Что касается лечения, то оно амбулаторное, длительное, кропотливое, требующее психологической поддержки больного. Важно и другое: вовремя передать пациента в специализированное медучреждение для оперативного лечения, которое носит пока научно-клинический характер, но хорошо помогает значительной части больных (лазерная эндохирургия, ботулинический токсин, увеличивающая пластика мочевого пузыря и т.д.).

Весьма важно поднять вопрос о том, способен ли уролог самостоятельно справиться с лечением СХТБ. Мой ответ: естественно, нет. Необходима коллективная работа. Почему? Во-первых, есть ассоциированные с болью симптомы: желудочно-кишечные, гинекологические, психоло-

гические и т.д. Эти симптомы должны принять, понять и лечить наши коллеги – проктологи, гинекологи, психологи и т.д. Во-вторых, если боль несильная и может неплохо купироваться препаратами из группы нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), то уролог самостоятельно назначает лечение. Если же боль умеренной силы и резистентна к НПВС или тяжелой, то урологу требуется поддержка со стороны специалистов в области реабилитации (назначение терапии с биологически обратной связью, массажа, акупунктуры, хиропрактики, медитации), невропатологов и психиатров в связи с необходимостью дополнительного назначения трициклических антидепрессантов.

В ряде случаев сильная боль требует применения опиоидов, а значит, и участия наркологов и т.д. Из всего вышесказанного понятно, насколько трудным может быть ведение больных с диагнозом СХТБ. В каждой ли поликлинике, диагностическом или лечебном центре России смогут максимально эффективно бороться с нераковой и невоспалительной болью? Конечно, нет.

Правильный путь – это не строительство зданий и сплочение новых медколлективов, а создание специализированных бригад по лечению боли в рамках существующей системы здравоохранения, хотя бы 1-2 на 1 млн населения. И самое важное: в паре с урологом должен работать невропатолог, вооруженный не только молоточком и иглой, но и суперсовременным электрофизиологическим оборудованием для нейрофизиологической диагностики.

Сам же уролог, занимающийся проблемой СХТБ, должен обладать знаниями в области:

- теории, диагностики и терапии боли;
- нейрофизиологии НМП, внутренних и наружных половых органов;
- практического использования и толкования простых и сложных уродинамических исследований НМП;
- клинической оценки соматических, симпатических и парасимпатических рефлексов НМП и половых органов мужчины и женщины;
- оценки психологического статуса пациентов, в том числе владеть простыми психологическими тестами.

Таких специалистов должны персонифицированно готовить медицинские университеты. Это трудная, но крайне необходимая задача.

У меня не было цели подробно рассказать о проблеме СХТБ, поэтому в данной статье я осветил только ряд ключевых вопросов. Возможно, публикация вызовет интерес к работе в этой новой, граничащей с мистической области урологических знаний у некоторых моих коллег. Тому я и буду рад. [XC](#)



Евгения Старкова

Штатный журналист EAU
e.starkova@uroweb.org

2-я Европейская междисциплинарная встреча специалистов по лечению рака мочеполовой системы (EMUC), прошедшая 27–29 ноября 2009 г. в Барселоне (Испания), по отзывам участников этого 3-дневного события, дала возможность определить и обсудить новые направления работы, вдохновила на дальнейшее развитие сотрудничества в этой области.

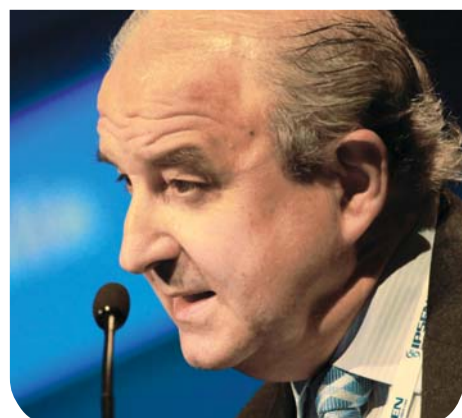
На мероприятии присутствовало более 1100 урологов, онкологов и радиологов. Здесь был рассмотрен широкий круг актуальных в настоящее время вопросов по лечению онкологических заболеваний мочеполовой системы – как в исследовательской, так и в практической сферах.

«Этот междисциплинарный конгресс имеет исключительное значение в современном мире медицинской субспециализации», - сказал в приветственной речи проф. Пер-Андерс Абрахамссон (Per-Anders Abrahamsson), генеральный секретарь Европейской ассоциации урологов. «Нам необходимо очень тесно сотрудничать, для того чтобы не упустить многое из того нового, что происходит сегодня в сфере исследований, в фармакологической и технологической областях, а также в программах повышения квалификации. Междисциплинарное сотрудничество – единственный способ обеспечить по-настоящему индивидуальный подход при лечении пациентов», - отметил он.

Диагностическая визуализация

Первый день начался с секции по техникам визуализации при диагностике и лечении рака предстательной железы (РПЖ), которое вели проф. Боб Джаван (Bob Djavan) и проф. Ричард Пёттер (Richard Pötter), Австрия.

В своем докладе «Какая визуализация необходима в работе хирурга?» проф. Антонио Алькараз (Antonio Alcaraz), Испания, описал техники визуализации, которые доступны современным специалистам в области лечения РПЖ. Эти техники предназначены для решения первостепенных задач при диагности-



Проф. Мишель Болла

ческом обследовании больных раком: оценки размеров первичного опухолевого узла и его метастазов в лимфатические узлы и кости, а также контролируемой ультразвуковой биопсии предстательной железы и выявления рецидивных очагов. Профессор добавил, что сегодня необходимы значительные технологические улучшения, которые позволили бы урологам максимально индивидуально определять тактику лечения РПЖ.

Проф. Энтони Зитман (Anthony Zietman), США, продолжил эту тему, представив точку зрения онкологов-радиологов по поводу применения визуализации при лечении, диагнозе и последующем наблюдении РПЖ. «До недавнего времени у нас были инструменты для обеспечения точной лучевой терапии, но мы были ограничены недостаточной точностью инструментов визуализации. В настоящее время мы пересекаем границу мира компьютерной томографии и открываем мир визуализации высокой четкости, которой соответствует уровень современных аппаратов лучевой терапии», - сказал он.

Вопросы лечения РПЖ

Во многих представленных на встрече докладах были рассмотрены спорные вопросы лечения местно-прогрессирующего РПЖ. В ходе одной из дискуссий проф. Раймонд Миралбель (Raymond Miralbell), Швейцария, и проф. Хайн Ван Поппел (Hein Van Poppel), Бельгия, оценили результаты использования хирургического вмешательства и лучевой терапии в качестве терапии первой линии. При обсуждении результатов недавних исследований проф. Миралбель подчеркнул, что современные технологии дают возможность безопасно повышать дозу облучения, достигая при этом адаптированного краткосрочного и долгосрочного биохимического свидетельства отсутствия болезни более чем в 70% случаев и специфической выживаемости более 80%. Он также рассмотрел роль и потенциальные преимущества гиперфракционирования при лечении РПЖ на стадии T3.

В ответ на эти аргументы проф. Ван Поппел представил данные ряда клинических исследований, в том числе выводы о возможности обеспечить более эффективный контроль местного распространения заболевания с помощью хирургических методов. Он указал, что в 25% случаев хирургическое вмешательство способствует коррекции исходно установленной стадии поражения – переходу со стадии cT3 на pT2.

Лечение РПЖ также обсуждалось в контексте эректильной дисфункции, возникающей после проведения простатэктомии.

«Частота возникновения эректильной дисфункции после хирургического вмешательства оказывается крайне высокой», - отметил в своей лекции проф. Альберто Бриганти (Alberto Briganti), Италия. «Однако нам следует быть осторожными при сравнении результатов простатэктомии в отношении пред-



Embracing Excellence in Prostate, Bladder and Kidney Cancer 2nd European Multidisciplinary Meeting on Urological Cancers

27-29 November 2009, Barcelona, Spain

Президиум заседания "Диагностическая визуализация"

и послеоперационного определения эректильной дисфункции», - подчеркнул докладчик.

Новые стратегии гормональной терапии при лечении РПЖ рассмотрел в своем выступлении проф. Винсент Равери (Vincent Ravery), Франция. «Эпоха гормональной терапии не закончилась, ибо теперь у нас есть новые данные о действии гормонов в отношении РПЖ, и это знание позволило разработать новейшие препараты, такие как MDV-3100, направленные на андрогенные рецепторы», - сказал он.

Рак мочевого пузыря: от диагностики до последующего наблюдения

На встрече были рассмотрены различные аспекты диагностики, оценки прогноза и проведения лечения рака мочевого пузыря (РМП). Кроме того, подробно обсуждались недавние достижения и трудности в исследованиях генетического профиля и биомаркеров в моче.

В лекции по реконструкции мочевого пузыря проф. Урс Штудер (Urs Studer), Швейцария, рассмотрел несколько способов, которые активно применяются в настоящее время в Европе. Он обратил внимание на то, что ключевым фактором успеха в лечении является интенсивная терапия после операции. По мнению профессора Штудера, хирурги должны обеспечить у пациента отсутствие остаточной мочи после мочеиспускания, компенсацию метаболического ацидоза назначением бикарбоната натрия, а также увеличение функциональной емкости мочевого пузыря до 400–500 мл. Кроме того, необходимо динамически наблюдать пациентов на протяжении всей их жизни.

Доктор Мария Де Сантис (Maria De Santis), Австрия, выступила с докладом о современных стандартах и новейших методах систематического лечения при прогрессирующем РМП, включая химиотерапевтические и таргетные препараты. «Необходимо проводить гораздо больше клинических испытаний, чтобы оценить потенциальные преимущества этих препаратов и их сочетания», - сказала Де Сантис. – «Требуются результаты I фазы обширных исследований, поскольку можно предполагать, что токсичность окажется выше ожидаемой. Важнее всего получить больше данных по общей выживаемости и выживаемости без прогрессирования заболевания, по крайней мере с учетом того, что суррогатных данных по этим конечным точкам не существует».

В этой секции были проведены дискуссии о будущем роботассистированной хирургии при радикальной цистэктомии и целесообразности применения биомаркеров мочи в скрининге РМП.

Почечно-клеточный рак

Новейшие методы лечения стали основной темой при обсуждении лечения рака почки. Вопрос минимально инвазивных процедур при небольшой почечной опухоли интенсивно обсуждался в ходе дискуссий специалистов, а активные наблюдательные тактики, таргетные препараты и системное лечение почечно-клеточного рака (ПКР) были предметом рассмотрения лекций о современных достижениях в этой области.

Еще один доклад представил проф. Дидье Жакман (Didier Jacqmin), Франция. Он поднял вопрос целесообразности нефрэктомии при метастатическом ПКР в современную эпоху таргетных препаратов. Подводя итоги в пользу хирургической операции, выступающий отметил, что средняя величина уменьшения таких симптомов, как боль и гематурия, составляет всего 20%. Он также обратил внимание на то, что значительная эффективность иммунотерапии наблюдается только у пациентов группы низкого и среднего риска.

В этой части встречи прозвучали и другие выступления: «Роль неоадьювантной и адьювантной терапии при метастатическом ПКР» - проф. Петер Мулдерс (Peter Mulders), Нидерланды; «Играют ли тактики активного наблюдения ключевую роль при лечении ПКР?» - проф. Михаэль Стокл (Michael Stöckle), Германия; «Последовательное и перемежающееся системное лечение ПКР» - проф. Дженнифер Нокс (Jennifer Knox), Канада; «Оправданы ли стоимость и преимущества новых таргетных препаратов при лечении метастатического ПКР?» - проф. Пол Натан (Paul Nathan), США.

«Нет сомнений в том, что и в будущем собрания EMUC будут привлекать специалистов-онкоурологов со всего мира», - прокомментировал проф. Боб Джаван. - «Не потому, что сегодня в области нашей специализации очень много информации, а потому, что нам всем необходимо увидеть свою практику и опыт с точки зрения специалистов других областей».

10 марта 2010 года. Симпозиум «Новые возможности Элигарда: ниже уровень – выше контроль»

10 марта 2010 г. при поддержке компании «Астеллас Фарма» был организован и проведен научный симпозиум «Новые возможности Элигарда: ниже уровень – выше контроль», посвященный появлению в России нового препарата для лечения рака предстательной железы (РПЖ) - Элигарда.

В конференции приняли участие более 200 врачей и специалистов в онкологии и урологии из различных научных центров и многих регионов России. Астеллас – фармацевтическая компания, обладающая собственной исследовательской базой, производит оригинальные препараты в четырех областях: урологии, дерматовенерологии, онкологии, трансплантологии и занимает ведущие позиции на специализированных рынках по всему миру.

Мероприятие возглавили ведущие специалисты в онкоурологии и урологии: проф. Б. Томбаль, проф. О.И. Аполихин, проф. А.З. Винаров, проф. О.Б. Карякин, проф. Д.Ю. Пушкар, проф. И.Г. Русаков.

Научная программа началась с выступления проф. И.Г. Русакова, который представил вниманию участников симпозиума доклад на тему «Нерешенные вопросы гормональной терапии рака предстательной железы».

В 2006 г. в России зарегистрировано 18 092 новых случая РПЖ. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения в России РПЖ занимает 4-е место (8,2%). В период с 2001 по 2006 г. прирост этого показателя составил 41,5% (максимальный прирост среди всех онкологических заболеваний).

В онкоурологии до сих пор остается спорным ряд вопросов, особенно их много по лечению РПЖ. Эти вопросы касаются назначения гормональных препаратов: когда их назначать (немедленная или отсроченная терапия), как долго проводить лечение (непрерывная или интермиттирующая терапия). Много дискуссий вызывает вопрос о схемах лечения (комбинированная андрогенная блокада, кастрация как монотерапия или монотерапия антиандрогенами). Но, конечно, главный вопрос, интересующий всех онкоурологов, – это эффективность гормонального лечения.

На часть этих вопросов в своем докладе дал исчерпывающий ответ проф. И.Г. Русаков. Так, на-



Проф. И.Г. Русаков

пример, при РПЖ с отдаленными метастазами клиническими исследованиями показано преимущество в выживаемости и качестве жизни больных при проведении немедленной гормонотерапии. В то же время при РПЖ с поражением регионарных лимфатических узлов преимущество немедленной гормонотерапии показано только в одном исследовании. Профессор сделал вывод о том, что к каждому пациенту, в каждой клинической ситуации нужен индивидуальный подход.

Далее докладчик подробно осветил основные клинические преимущества интермиттирующей гормонотерапии – это улучшение качества жизни больных, восстановление либидо и потенции во время перерывов лечения (что существенно повышает качество жизни пациентов, ведущих половую жизнь), уменьшение общей лекарственной токсичности, выраженности побочных эффектов, снижение стоимости лечения. Все практикующие онкоурологи знают о недостатках непрерывной гормонотерапии, которые проявляются в снижении либидо, эректильной дисфункции, возникновении астении, остеопороза, повышении риска переломов, развитии метаболического синдрома, ожирения, сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний.

Профессор И. Г. Русаков сделал вывод о том, что интермиттирующая гормонотерапия – эффективный и безопасный метод терапии у больных РПЖ. Ее результаты сопоставимы с непрерывной гормонотерапией при существенно меньшей токсичности и более низкой стоимости препаратов. Поэтому докладчик предложил рассматривать интермиттирующую гормонотерапию в качестве стандартного метода гормонального лечения у больных РПЖ.

Особое внимание И.Г. Русаков уделил максимальной андрогенной блокаде (МАБ), он привел аргументы как за, так и против применения МАБ у данной категории пациентов. Аргументы «за» основывались на протоколе исследования SWOG INT-0036, которое продолжалось 48 мес и показало длительность периода до прогрессирования 16,5 мес (МАБ) и 13,9 мес (монотерапия), а также выживаемость 35,6 мес (МАБ) и 22,3 мес (монотерапия). В качестве аргументов против применения МАБ использовался протокол исследования SWOG INT-0105. Это исследование включало большее число пациентов – 1387, более длительный период наблюдения – 50 мес. А результаты показали длительность периода до прогрессирования 20,4 мес (МАБ) и 18,6 мес (монотерапия) и выживаемость 33,5 мес (МАБ) и 29,9 мес (монотерапия). Особо было подчеркнуто, что МАБ существенно снижает качество жизни пациентов.

В заключении своего выступления И.Г. Русаков коснулся проведения адьювантной терапии после лучевой терапии. По мнению профессора, ее преимущества несомненны, главные из которых - увеличение общей и безрецидивной выживаемости даже у пациентов с показателем Глисона 8–10. Положительными моментами являются снижение количества местных рецидивов, отдаленного



Проф. Б. Томбаль

метастазирования и повышение простатического специфического антигена.

Второй научный доклад «Новое в гормональной терапии рака предстательной железы» представил проф. Б. Томбаль, Бельгия.

Выступление началось с рассказа об увеличении использования агонистов лютеинизирующего гормона-рилизинг гормона (ЛГРГ) в первые 6 мес после постановки диагноза. Так, по данным профессора в 1991 г. 0–20% пациентов получали гормонотерапию, в 1995 г. – 5–40%, а в 1999 г. – 20–55%. Далее он также коснулся темы интермиттирующей гормонотерапии, кастрации и их влияния на уровень тестостерона, отметив, что рецидив РПЖ возникает при очень малых концентрациях тестостерона. В настоящее время онкоурология получила принципиально новый препарат Элигард - единственный из аналогов ЛГРГ, с помощью которого удалось добиться снижения уровня тестостерона < 20 нг/дл у 98% больных РПЖ благодаря большому количеству действующего вещества. Кроме того, была отмечена меньшая частота подъема тестостерона на фоне терапии и при повторных введениях препарата, что привело к более эффективной андрогенной депривации. В отличие от других препаратов лейпрорелина Элигард содержит инновационную систему высвобождения действующего вещества – Атригель. Этот носитель позволяет создавать лекарственные формы с увеличенным содержанием действующего вещества. В препарате Элигард содержится 7,5 мг лейпрорелина. Большая доза активного вещества позволяет максимально снизить частоту повышений уровня тестостерона на фоне терапии и при повторных введениях препарата и повысить эффективность андрогенной супрессии.



Проф. Д.Ю. Пушкар

Элигард – единственный препарат в России, который можно применять не только 1 раз в месяц и в 3 мес, но и 1 раз в 6 мес, что заметно повышает качество жизни пациентов.

В ходе симпозиума с видеодокладами выступили проф. В.М. Матвеев, проф. И.Г. Русаков, проф. О.Б. Карякин. Они рассказали о клинических испытаниях нового для российского рынка препарата Элигард, проведенных на базе РОНЦ им. Н.Н. Блохина, МНИОИ им. П.А. Герцена и МРНЦ РАМН (Обнинск). Все выступающие отметили высокую эффективность препарата - снижение уровня тестостерона в крови у пациентов с РПЖ, которым проводилась терапия Элигардом. Именно с этим фактором исследователи связывают эффективность антиандрогенной терапии.

В рамках симпозиума был проведен «круглый стол», посвященный теме «Гормонально-зависимый рак простаты – как оптимизировать терапию?». В его работе участвовали проф. О.И. Аполихин, проф. А.З. Винаров, проф. О.Б. Карякин, проф. И.Г. Русаков, проф. Б. Томбаль. Был проведен разбор клинических случаев по раку предстательной железы, подготовленных Д.Ю. Пушкарем и А.В. Говоровым. Дискуссия проходила в интерактивном режиме с участием всей аудитории онкоурологов и урологов.

В заключительной части мероприятия проф. Б. Томбаль, председатель Университетской урологической клиники Saint-Luc, представил свою новую книгу «Андрогены и рак простаты».

Организаторы симпозиума убеждены, что лечение РПЖ является актуальнейшей проблемой современной онкоурологии. [УС](#)



Президиум: проф. Б. Томбаль, проф. О.Б. Карякин, проф. И.Г. Русаков, проф. А.З. Винаров

Приказ №966н от 8 декабря 2009 г. Разъяснения главного уролога МЗ и СР РФ Д.Ю. Пушкаря



Дмитрий Юрьевич Пушкарь

Д.м.н., проф.,
зав. кафедрой
урологии МГМСУ,
главный уролог
МЗ и СР РФ

pushkardm@mail.ru

Россия – страна, которая сегодня имеет все возможности для создания хорошей медицинской службы.

В конце прошлого года вышел приказ «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с урологическими заболеваниями» (№966н от 8 декабря 2009 г.), регламентирующий работу врачей-урологов в государственных и муниципальных клиниках. Практикующие урологи ждали этого события более 30 лет, однако новая законодательная инициатива Минздравсоцразвития многих застала врасплох и вызвала множество вопросов. Ответить на них мы попросили Дмитрия Юрьевича Пушкаря, главного уролога Минздравсоцразвития РФ, д.м.н., проф., зав. кафедрой урологии МГМСУ, принимавшего непосредственное участие в подготовке этого документа.

– Дмитрий Юрьевич, каковы предпосылки появления данного приказа?

Насколько, по Вашему мнению, он отражает сегодняшнюю ситуацию в сфере оказания урологической помощи?

– «Порядок оказания медицинской помощи больным с урологическими заболеваниями» – документ, который урологи ждали много лет и наконец-то получили. Конечно он не отражает ту реальную ситуацию, которая сложилась в России, но он говорит о том, какой должна быть урологическая помощь, основанная на современных стандартах, к чему мы все должны стремиться. Как известно, сегодня в России практически нет урологических кабинетов, оснащенных должным образом. Так вот данный приказ регламентирует необходимое оснащение урологического кабинета. Это минимум, но минимум обязательный, без выполнения которого кабинет не может называться урологическим.

Чем лучше работают урологи, чем больше грамотно оснащенных кабинетов, тем лучше для страны. Эта простая истина легла в основу вышеназванного документа.

Добавлю, что с появлением нового закона перед российскими урологами открылись новые, более широкие возможности. Так, например, оснащение отделения позволяет урологу иметь все самое необходимое под рукой – то, чего у него раньше не было.

К сожалению из-за финансовых ограничений мы не смогли внести в обязательный список такое оборудование, как ультразвуковой и рентгеновский кабинеты, предназначенные только для урологов. Но это не критично. Ведь зачастую даже в крупных клиниках и межрегиональных центрах ультразвуковые и рентгеновские аппараты используются не только для оказания урологической помощи, но и для хирургической и гинекологической служб. И это абсолютно нормально.

– Не могли бы Вы разъяснить некоторые положения приказа №966н? Например, в пункте 5 приложения 1 «Порядок выявления в амбулаторной практике лиц с высоким риском урологических заболеваний» говорится о проведении цистоскопии для динамического контроля ключевых показателей риска у больного, тогда как на современном этапе развития урологии цистоскопия практически не является самостоятельной процедурой. Более чем в 90% случаев она сопровождается ТУР-биопсией или холодной биопсией, поэтому многие урологи настаивают на том, что цистоскопия должна выполняться исключительно в операционной с соблюдением всех правил асептики.

– Здесь прослеживается явное недопонимание со стороны врачей. Наши урологи думают, что речь идет о жестких цистоскопах – инструментах, применение которых весьма болезненно для пациентов, особенно для мужчин. В приказе же говорится прежде всего о гибких цистоскопах. Все кабинеты и урологические клиники будут оснащены именно ими, и врач амбулаторно за несколько минут сможет безболезненно для пациента поставить диагноз.

– У врачей имеются вопросы и к приложению 2 «Порядок оказания неотложной медицинской помощи больным с урологическими заболеваниями». Большая часть состояний, перечисленных в п. 2 приложения как требующие госпитализации (острый простатит, острый эпидидимит, почечная колика), по мнению практикующих урологов, в ней не нуждается, что подтверждено опытом работы больниц скорой медицинской помощи в России и зарубежной практикой. Согласны ли Вы с тем, что на урологической койке в неотложной больнице должны лежать только пациенты, либо требующие срочной операции, либо имеющие травмы мочевых и половых органов, либо больные с токсическими и септическими синдромами после деривации мочи?

– Данный пункт не является приказом. Решение о госпитализации принимается по усмотрению лечащего врача. Врач сам определяет, нуждается больной в госпитализации или нет.

– Согласны ли Вы с тем, что приказ №966н идет вразрез с общей тенденцией централизации урологической помощи, поскольку лишает областные и муниципальные больницы права выполнять высокотехнологичные операции (приложение 1 «Порядок оказания плановой медицинской помощи лицам с урологическими заболеваниями»)?

– Ситуация с высокотехнологичной медицинской помощью очень непростая. Если мы будем проводить цистоскопию, биопсию и трансуретральную резекцию только в крупных центрах то, что тогда будут делать остальные урологи, которых порядка 5 тыс. в стране? Они превратятся в статистов, врачей, которые только направляют куда-то больных и, по сути, не являются урологами. Если же они будут иметь соответствующее оборудование и делать в урологическом кабинете биопсию простаты, цистоскопию, проводить необходимый осмотр, то не будет такого количества запущенных случаев у больных: цистостом, камней в пузырях и опухолей пузыря. Нужно поднимать уровень врачей, чтобы они свободно могли оказывать помощь такого рода. Приказ №966н открывает перед ними эту возможность.

– Большой резонанс среди профессионального сообщества вызвал стандарт оснащения урологического кабинета. В приказе он регламентируется приложением 4 и включает 17 пунктов, начиная с аппарата для мойки и дезинфекции жестких и гибких эндоскопов и заканчивая одноразовыми стерильными наборами для троакарной энцистостомии. Откуда взялись такие нормативы на оборудование, и как должна решаться финансовая сторона вопроса?

– Эти нормативы вполне обоснованы. Раньше мы не могли требовать такого оснащения. Сейчас же это можно делать на основании вышеназванного приказа – идти и требовать от адми-

нистрации больницы, края, области помощи в оснащении кабинетов. Это ежедневная борьба, но таковы сегодняшние реалии.

– Примерная стоимость урологического кабинета (с манипуляционной), оснащенного по новому стандарту, составляет более 987 тыс. рублей. Только стоимость общехирургического инструментария по экспертным оценкам составляет порядка 200 тыс. рублей! Еще на 120–180 тыс. рублей «потянут» цистоскопы (их положено иметь 2) и т.д. Такие высокие требования к оснащению урологических кабинетов и урологических стационаров вызывают закономерный вопрос: во сколько все это обойдется государству и из какого бюджета будет финансироваться?

– Стоимость урологического кабинета действительно составляет почти миллион рублей, который должен быть вытребован с администраций. Это тот минимум, который мы должны сегодня обеспечить каждому урологу. Если на кабинет будет честно израсходован миллион рублей – на госбюжете это никак не отразится. А вот какой именно бюджет подразумевается – нам неизвестно. Он может быть и централизованным, и региональным. Этот вопрос будет решаться уже на местах, каждой конкретной больницей.

– А что станет с бюджетом отечественного здравоохранения, если появятся аналогичные приказы по другим службам – хирургии, травматологии, ЛОР, которые также оснащены не самым лучшим образом?

– Аналогичные документы обязательно появятся и будут приняты по каждой специальности. Государство нам сказала, что денег хватит. Мы ему верим и полны оптимизма. Россия – страна, которая сегодня имеет все возможности для создания хорошей медицинской службы. Соблюдены все условия, но, прежде всего, есть традиции, заложенные нашими учителями. Я понимаю, что все упирается в бюджет, но то, что прописано в приказе №966н, должно быть исполнено.

– Требуется ли данный документ доработки?

– Несомненно, требует. Главное, что сегодня есть то, что можно и нужно дорабатывать. Мы планируем делать это ежегодно. Кроме того, следует начать консультацию по обсуждаемому приказу, поскольку, как показала практика, врачи на местах с трудом его понимают.

– Дмитрий Юрьевич, мы бы хотели в режиме блиц задать Вам еще ряд вопросов, прозвучавших во время опроса урологов регионов России, ответов на которые нет в приказе. В частности, какое количество урологических коек положено на 100 тыс. населения района и округа?

– Думаю, что 30 коек на 100 тыс. населения было бы хорошим показателем.

Окончание на стр. 7 >>

OLYMPUS
Your Vision, Our Future

ЭНДОУРОЛОГИЯ
URF-P5
Уретеро-рено-фибероскоп

UP 180°
DOWN 275°

Следующий этап в развитии конструкции изгибаемого дистального конца

МОСКВА, ул. ЭЛЕКТРОЗАВОДСКАЯ, Д. 27, СТР. 8
Тел.: (495) 735-4578, 730-2157 Факс: (495) 663-8487 WWW.OLYMPUS.COM.RU

Уникальный опыт перкутанной нефролитотрипсии на спине у больного с незавершенным остеогенезом



**Алексей
Георгиевич
Мартов**

Д.м.н., проф. кафедры эндоскопической урологии РМАПО, зав. отделением эндоурологии ГКУБ №47
martovalex@mail.ru

В европейской и американской литературе встречаются единичные сообщения о выполнении перкутанных вмешательств в положении пациента лежа на спине. У российских урологов недавно появился подобный опыт проведения уникального по сложности оперативного вмешательства – перкутанной нефролитотрипсии (ПНТ) на спине.

Такой метод был выбран в связи с наличием у пациента редкого наследственно обусловленного заболевания – незавершенного остеогенеза. Болезнь проявлялась грубой деформацией скелета, которая возникла из-за частых переломов ребер, верхних и нижних конечностей с образованием ложных суставов и костных мозолей. Эти переломы быстро срастались, как правило, в течение 2 нед, но скелет пациента был крайне изменен (рис. 1).

По поводу основного заболевания пациент долго и бесконтрольно принимал соматотропин, кальцитонин, препараты кальция и фосфора, что, вероятно, и привело к формированию коралловидных камней почек. Уже само сочетание таких тяжелых патологий, как незавершенный остеогенез и двусторонний коралловидный нефролитиаз, предполагало необычность и сложность вмешательства и не-



Рис. 1. Деформация скелета

обходимость высочайшего мастерства врачей, принимающих участие в операции и анестезиологическом обеспечении.

ПНТ давно стала рутинной процедурой во многих урологических отделениях России. Но эта операция предполагает положение пациента на животе. При такой позиции снижается риск повреждения внутренних органов, можно применить несколько перкутанных доступов, повышается свобода для манипуляций в собирательной системе почки. Отрицательные эмоции эта позиция вызывает у коллег-анестезиологов – позиция сопряжена с вентиляционно-перфузионными нарушениями, связанными с ограничением подвижности дыхательных мышц, необходимостью укладки пациента, находящегося в наркозе, после цистоскопии и катетеризации почки из положения на спине в положение на животе. Ситуация усугубляется у лиц с ожирением и сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Нужно отметить, что данное положение пациента на спине и раньше применялось в урологии, впервые это произошло в 1998 г. После проведения 11-летнего анализа случаев выполнения ПНТ на спине учеными Valdivia Uriа и коллегами был сделан вывод, что это положение безопасно в большинстве случаев и способствует легкому доступу к почке, а также позволяет проводить операцию у пациентов с ожирением. Также значительно облегчается ситуация, если пациенту требуется одновременное перкутанное и трансуретральное вмешательство, нет необходимости перекалывания пациента из одного положения в другое. Все плюсы этого положения были использованы российскими урологами при выполнении ПНТ у больного с незавершенным остеогенезом.

Пациент поступил в клинику НИИ урологии с жалобами на постоянные тянущие изнуряющие боли в поясничной области справа, периодические (до 3 раз в месяц) приступы почечной колики справа, не сопровождающиеся подъемом температуры тела. Ранее пациенту проводилась



Рис. 2. Обзорная урография. Множественные камни чашечек левой почки размерами 0,5 - 1,0 см, камни чашечек правой почки размерами 0,3 - 2,0 см, а также камень лоханки правой почки размером 2,5 x 2,9 см

дистанционная пиелолитотрипсия слева без эффекта: отхождения конкрементов не было.

Объективно: пациент ростом 80 см, весом 16 кг, передвигается только с чужой помощью и/или на инвалидной коляске, интеллектуальное развитие соответствует возрасту (студент вуза). Был обследован: общеклинические анализы, УЗИ мочевыводящих путей, обзорная и экскреторная урография (рис. 2), компьютерная томография (рис. 3). Выполнить радиоизотопное исследование почек было невозможно из-за неспособности пациента удерживать тело в сидячем положении. Пациенту был поставлен диагноз: Мочекаменная болезнь. Множественные камни обеих почек. Хронический пиелонефрит; ремиссия. Незавершенный остеогенез.

Операция проводилась в рентгенооперационной НИИ урологии, оперирующий уролог – проф., д.м.н. Алексей Георгиевич Мартов, ассистенты - А.А. Лисенок, С.В. Дутов. Пациент был уложен на спине таким образом, чтобы правый бок находился максимально с краю. В качестве метода анестезии был выбран эндотрахеальный наркоз под бронхоскопическим контролем.

На первом этапе с определенными техническими трудностями, вызванными невозможностью достаточного разведения нижних конечностей и девиациями мочеточника, была выполнена цистоскопия, катетеризация пра-

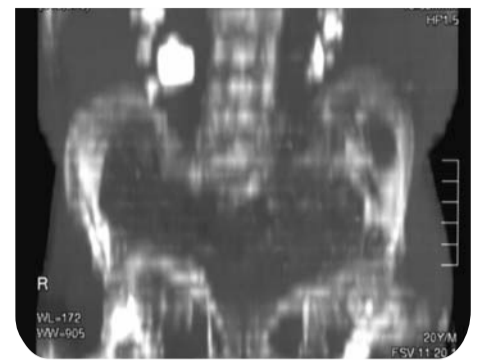


Рис. 3. Компьютерная томография. Справа в верхних, средних и нижних группах чашечек определяются множественные конкременты диаметром 0,3 - 1,9 см. В лоханке - конкремент размером 2,9x2,0x1,4 см. Слева во всех группах чашечек определяются множественные конкременты, диаметром 0,5 - 0,9 см

вой почки под рентгенотелевизионным контролем по струне-проводнику, после чего была произведена пункция чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) правой почки через нижнюю чашечку содержащую камень в точке, расположенной по срединной подмышечной линии в правом подреберье. Пункционный канал был диаметром 22F. Для нефроскопии по тефлоновому кожуху использовался мини-нефроскоп размером 20F.

Множественные конкременты были подвергнуты ультразвуковой литотрипсии, литолапаксии и литоэкстракции. Контрольная панорамная нефроскопия резидуальных фрагментов конкрементов в ЧЛС не выявила. Правую почку дренировали нефростомическим катетером Малекко 18F. Кровоточность была минимальной. Мочеточниковый и уретральный катетеры оставили на 1 сут. Продолжительность операции составила 90 мин. Нефростомический дренаж удалили на 10-е сутки. Пациент выписан из стационара на 12-е сутки.

Этот случай является показательным и уникальным в своем роде. Достижения российских урологов в области лечения мочекаменной болезни показали возможность благополучного исхода при камнях любой локализации, любых размеров и любой, даже самой сложной, сопутствующей патологии. **У**

Интервью

Приказ №966н от 8 декабря 2009 г. Разъяснения главного уролога МЗ и СР РФ Д.Ю. Пушкаря

<< Окончание, начало на стр. 6

– **А на какое количество жителей должно создаваться урологическое отделение?**

– На 100 тыс.

– **Какова норма ежедневного приема пациентов врачом-урологом по данному приказу на одну ставку (число больных)?**

– Такой нормы не существует. Это зависит от эпидемиологии региона и от структуры работы урологической службы в регионе.

– **Касается ли приказ урологических кооек, размещенных на базе хирургического отделения?**

– Да, касается. Но это решается по усмотрению администрации. Не может все регулироваться из Москвы. Приказ предлагает помощь, протягивает руку врачам, очерчивает некие рамки. А врачи должны очень четко себе это представлять и бороться за создание необходимых условий для практики.

– **Будет ли действовать данный приказ на уровне районных больниц?**

– Обязательно.

– **Каковы нормативы размеров помещения урологического кабинета?**

– В принципе нормой считается 18 м². Но чем больше, тем лучше.

– **Может ли не пройти лицензирование районная больница в случае невыполнения данного приказа?**

– У меня нет ответа на этот вопрос. Это компетенция надзорных органов. Я думаю, что внедрение приказа будет постепенным. Если же говорить о каких-то вопиющих нарушениях, то они не останутся без последствий – обязательно произойдут изменения и пересмотр ситуации в регионе, больнице, в конкретном отделении больницы.

Конечно, приказ «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с урологическими заболеваниями» в том виде, в каком он сегодня существует, несовершенен и нуждается в доработке, причем с учетом мнения практикующих врачей.

В то же время можно констатировать, что такой документ, регламентирующий работу урологов, не только нужен, но и жизненно необходим. **УС**

Беседовала Ирина Широкова

Гормоно-лучевая терапия при раке предстательной железы: целесообразность и эффективность



Олег Борисович Карякин
Д.м.н., проф., зав. отделением лучевого и хирургического лечения урологических заболеваний МРНЦ РАМН (Обнинск)
karyakin@mrrc.obninsk.ru

Целесообразность применения гормоно-лучевой терапии доказана крупными международными исследованиями.

Рак предстательной железы (РПЖ) — одно из наиболее часто встречающихся злокачественных новообразований у мужчин среднего и пожилого возраста. По экспертным оценкам, в России в 2008 г. 9,7% заболеваемости злокачественными новообразованиями у мужского населения пришлось на долю РПЖ.

На сегодняшний день применяются оперативное, медикаментозное и лучевое лечение РПЖ. Между тем данные последних лет, полученные по результатам крупных международных клинических исследований, свидетельствуют о преимуществах комбинированного гормоно-лучевого лечения у больных РПЖ с неблагоприятным прогнозом. Подробнее об этом методе лечения мы решили узнать у Олега Борисовича Карякина, проф., д.м.н., зав. отделением лучевого и хирургического лечения урологических заболеваний Медицинского радиологического научного центра РАМН.

— Олег Борисович, эффективность лучевой терапии (ЛТ) как метода лечения РПЖ у специалистов не вызывает сомнений. Но как часто бывают случаи, когда только одного местного лечения недостаточно для получения длительной ремиссии? Чем обусловлена целесообразность применения гормональных препаратов в этом случае?

— Начну с того, что РПЖ относится к опухолям, которые чувствительны к ЛТ. Если при других локализациях, например при раке мочевого пузыря, этот метод может быть паллиативным, то в данном случае он достаточно эффективен

и сравним с хирургией для больных с I, II и даже III стадией. Как известно, основные критерии в онкологии — это 5-летняя выживаемость и качество жизни пациента. Так вот, если говорить о 5-летней выживаемости, то по эффективности дистанционная ЛТ сравнима с хирургическим вмешательством, но после 5 лет наблюдения преимущество на стороне хирургии. Разница между ними заключается в том, что при ЛТ облучаются и предстательная железа, и лимфатические узлы (ЛУ), и окружающие органы, тогда как при хирургическом вмешательстве полностью удаляются предстательная железа, семенные пузырьки и окружающая клетчатка. Объем удаления ЛУ, в которых могут быть метастазы, определяется хирургом до или во время операции, что также влияет на качество жизни и результаты лечения. Помимо этого проводится гистологическое исследование удаленной ткани, в процессе которого выявляются «находки», которые невозможно обнаружить до операции или проведения ЛТ: проникновение опухоли за капсулу органа (видно только под микроскопом), прорастание в семенные пузырьки, микрометастазы. Методы лучевой диагностики, такие как магнитно-резонансная томография, компьютерная томография, ультразвуковое исследование, сделать это не позволяют. А это крайне важно для последующего лечения, подбора соответствующей тактики.

В последнее время онкоурологи стали широко использовать метод гормоно-лучевой терапии (ГЛТ), и для этого есть все основания. Статистика такова: оперативному вмешательству ввиду поздней диагностики в нашей стране могут подвергаться порядка 20–25% пациентов, находящихся в I, II, или начале III стадии онкозаболевания. У остальных пациентов (40–60%) опухоль уже вышла за пределы органа или имеются отсевы — макро- или микрометастазы. Таким больным показана только ЛТ в сочетании с гормональной терапией (ГТ).

ЛТ — локальный метод, при котором определяется мишень для облучения: только ли предстательная железа, либо это будет расширенное поле с захватом всех ЛУ таза. Эту и другие задачи клиницист ставит радиологу для получе-

ния максимального терапевтического эффекта. Комбинация ЛТ и ГТ, как правило, показана для пациентов с местно-распространенным раком. У больных II, III, IV стадии РПЖ количество метастазов, которые мы, клиницисты, не видим, может соответственно возрастать, а такая комбинация создает некую пространственную кооперацию. С помощью ЛТ осуществляется местное лечение, а гормоны, в свою очередь, действуют на весь организм, на отсев всех злокачественных клеток, где бы они ни находились. Таким образом, обеспечивается общее и местное воздействие. В этом и состоит усиливающий эффект ГЛТ.

— Какова доказательная база применения ГЛТ? Какие исследования ГЛТ были, на Ваш взгляд, наиболее убедительными?

— Целесообразность применения ГЛТ объяснена и доказана рядом крупных международных клинических исследований. По сути, все основные исследования адьювантного применения аналогов лютеинизирующего гормона — рилизинг-гормона (ЛРГ) после ЛТ проводились Европейской организацией по лечению и исследованию рака (EORTC) и Радиологической онкологической группой (RTOG) в 90-х годах прошлого века с использованием гозерелина. Достаточно убедительным по своему масштабу является исследование RTOG, которое включало 977 больных РПЖ в III и IV стадии. Пациентам назначали ГТ и ЛТ. В качестве ГТ использовался Золадекс (МН гозерелин). ЛТ назначалась в дозе 60–65 Гр. Исследование доказало преимущество комбинированной ГЛТ по сравнению с ЛТ.

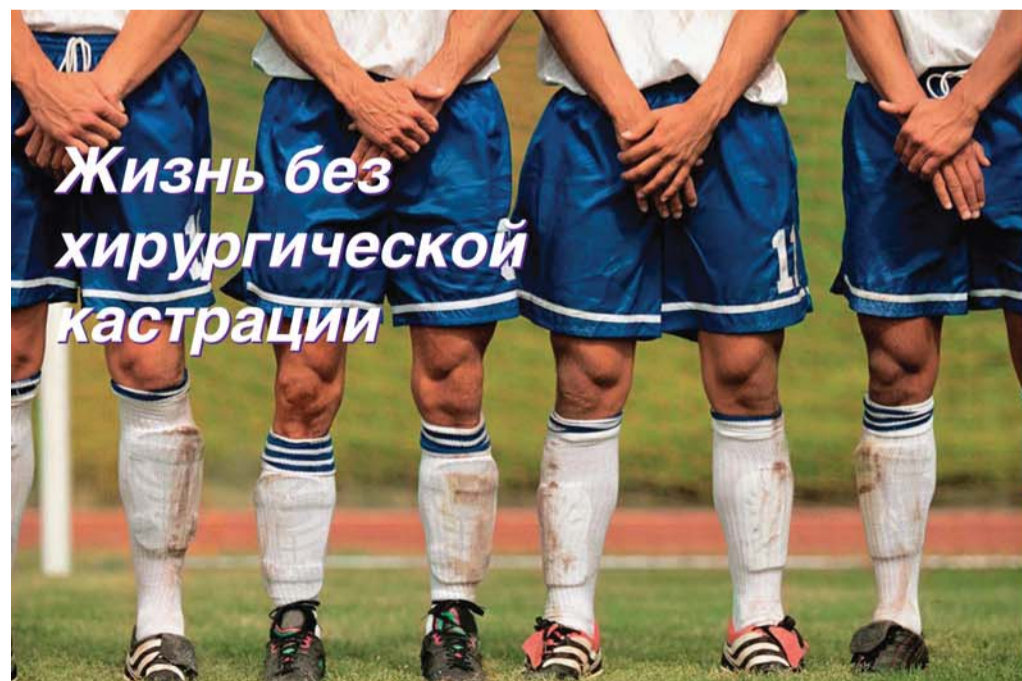
Эффективность ГЛТ также была подтверждена протоколами исследования RTOG 9202, в котором участвовало около 1500 больных. Статистически достоверные преимущества были выявлены в группе пациентов, получавших дистанционную ЛТ с длительной ГТ до, во время и на протяжении последующих 2 лет после окончания ЛТ. Отмечено улучшение показателей местного контроля над заболеванием, частоты прогрессирования и увеличения безрецидивной выживаемости по сравнению с больными, которым проводили дистанционную ЛТ и ГТ.

Применение антиандрогенов после ЛТ хорошо обосновано и в самом крупном мультицентровом плацебо-контролируемом исследовании раннего РПЖ по программе EPC, в котором пациенты после облучения получали бикалутамид как добавление к хирургическому вмешательству или после ЛТ. В одной группе пациентам оказывали исключительно хирургическую помощь, в другой — добавляли препарат Касодекс (бикалутамид) в дозе 150 мг. В ходе исследования было доказано, что применение Касодекса после хирургического лечения или после ЛТ приводит к лучшим результатам и говорит в пользу комбинированного лечения для больных ранним РПЖ, которым было проведено радикальное лечение.

— А что Вы можете сказать о риске рецидивов при разных методах лечения РПЖ? Снижался ли он при их сочетании с ГТ?

— Конечно, любой метод терапии в онкологии не исключает рецидива болезни. Этот риск есть и будет, потому что все ныне существующие методы лечения рака неспецифичны по отношению к причине возникновения злокачественного образования. Основные 3 метода лечения: хирургический, ЛТ и химиотерапия (или ГТ) не направлены на причину появления рака, на те молекулярные изменения, которые возникают в клетках опухоли вследствие генетических нарушений либо воздействия внешних факторов. Поэтому рецидив вполне возможен. Другая причина его возникновения связана с сегодняшним уровнем диагностики, который, к сожалению, не позволяет с достаточной точностью выявить изменения, происходящие в организме человека и определить стадию заболевания. В результате процент ошибок по местному распространению РПЖ достигает 30%. Возможны неточности и при патологии в ЛУ. Неверно определенная стадия, в свою очередь, приводит к неправильно построенной тактике лечения и возможности рецидива. Не исключена его возможность и при использовании ГЛТ. Если говорить о биохимическом рецидиве, то следует напомнить, что контролем эффективности лечения РПЖ помимо обычных рентгенологических методов исследования крови, является исследование маркера ПСА — простатспецифического анти-

Окончание на стр. 9 >>



Золадекс® 10.8/3.6 мг
гозерелин

СИСТЕМА БЕЗОПАСНОГО ВВЕДЕНИЯ

Рак предстательной железы

• Достоверное увеличение выживаемости пациентов при комбинации с лучевой терапией¹

• Улучшение качества жизни² при равной эффективности хирургической кастрации

• Безопасное и удобное введение 100% дозы

1. Bolla M, et al., Lancet 2002; 360: 103–8. 2. Cassileth BR, et al., Qual Life Res 1992; 1: 323–9

Для получения дополнительной информации о препарате обращайтесь в Представительство компании «АстраЗенка ЮК Лимитед» (Великобритания) в г. Москва 119334 Москва, улица Вавилова, дом 24, корпус 1 тел. +7 (495) 799 5699, факс +7 (495) 799 5698

www.astrazeneca.ru

©Золадекс® — зарегистрированная торговая марка, собственность компании «АстраЗенка»

АстраЗенка
ОНКОЛОГИЯ

II Всероссийская урологическая видеоконференция «Оперативное лечение заболеваний органов мочеполовой системы»

25 – 26 февраля 2010 г. в Центральной клинической больнице (ЦКБ) Управления делами Президента во второй раз прошла Всероссийская урологическая видеоконференция, посвященная актуальной теме – «Оперативное лечение заболеваний органов мочеполовой системы».

В конференции приняли участие более 250 делегатов из различных регионов России и стран СНГ, а также специалисты из Израиля. Мероприятие прошло в новом для отечественной урологии формате – формате видеоконференции. Участники смотрят видеодоклады, которые позволяют теоретически разобрать интересующие вопросы, а кроме того, увидеть операцию в режиме реального времени или освоить новый метод лечения.

Первый день конференции начался с приветственной речи организатора II Всероссийской урологической видеоконференции – главного уролога Главного медицинского управления Управления делами Президента РФ, заведующего кафедрой урологии РГМУ, д.м.н., проф. С.П. Даренкова, зачитанной от имени Ректора РГМУ, д.м.н., проф., академика РАМН Н.Н. Володина, главного врача ФГУ ЦКБ Управления делами Президента РФ, д.м.н. А.Т. Бронштейна и главного уролога МЗ и СР РФ, д.м.н., проф. Д.Ю. Пушкаря.

Первое заседание было посвящено докладам на тему рака предстательной железы. В до-

кладах проф. Д.Ю. Пушкаря и проф. Э.А. Галлямова обсуждались плюсы и минусы лапароскопической и роботизированной простатэктомии. Также рассматривались вопросы подготовки пациентов к оперативному лечению и проведению курсов гормональной терапии при раке предстательной железы.

Между первым и вторым заседаниями заведующий кафедрой урологии РГМУ, проф. С.П. Даренков провел «круглый стол», посвященный инновациям в оперативной урологии. Речь, в частности, шла о различных методах гемостаза, хирургическом инструментарии и шовном материале для урологических операций.

На втором заседании были представлены доклады различных кафедр, связанные с урогинекологией. Оживленную дискуссию вызвал доклад проф. кафедры урологии РГМУ Г.Г. Кривобородова на тему регулируемого слинга в лечении недержания мочи у женщин. Интересным для участников стал и доклад проф. М.И. Когана «Аппендикс и дивертикулит мочи у детей».

Третье заседание касалось вопросов андрологии. Было представлено несколько докладов сотрудников кафедр урологии из разных регионов России, в которых поднимались проблемы пластики уретры, хирургической коррекции искривлений и размеров полового члена.



Проф. С.П. Даренков

Второй день конференции начался с заседания, посвященного лапароскопическим операциям при заболеваниях почек. В нескольких докладах рассматривались вопросы лапароскопической нефрэктомии у донора. Профессор Ю. Хен из Тель-Авивского медицинского центра «Сораски» представил доклад о возможных осложнениях при лапароскопической резекции почки.

На последнем пятом заседании, вопросы лапароскопической пластики лоханочно-мочеточникового сегмента и ряду редких оперативных вмешательств на верхних мочевых путях, выполняемых эндохирургическим методом, вызвали бурную дискуссию с участием иностранных коллег. Особо хотелось бы отметить целый ряд докладов, выполненных сотрудниками кафедры урологии ММА им. И.М. Сеченова под руководством член-корр. РАМН



Проф. Г.Г. Кривобородов

Ю.Г. Аляева, в которых были показаны редко проводимые операции и новые подходы к лечению хорошо известных урологических заболеваний.

Параллельно с конференцией проводилась выставка ведущих производителей операционной техники, медицинских препаратов и расходных материалов в урологии. Для всех участников мероприятия была открыта видеобиблиотека, содержащая более 250 фильмов по различным направлениям урологии.

Конференция в очередной раз предоставила возможность урологам из различных регионов России и стран зарубежья обменяться своим уникальным опытом и поделиться достижениями, показав их в видеодокладах. Мероприятие было проведено на высоком организационном уровне.

Интервью

Гормоно-лучевая терапия при раке предстательной железы: целесообразность и эффективность

<< Окончание, начало на стр. 8

гена (гликопротеина), который обнаруживается в экскреторных протоках простаты. Все мужчины в возрасте 40–50 лет должны не только знать об этом маркере, но и регулярно сдавать анализ для определения его уровня в крови. Превышение нормы, составляющей 4 нг/мл, должно вызвать подозрение на появление злокачественного новообразования в предстательной железе, потребовать консультации уролога и проведения дифференциальной диагностики.

Если после проведения ГЛТ уровень ПСА снижается, например с 30–35 до 1 нг/мл, то это считается очень хорошим результатом, и вероятность рецидива и дальнейшего развития болезни у такого пациента невелика. Если же снижение не столь существенное – до 10 нг/мл, то это говорит о том, что с помощью ГЛТ не удалось добиться необходимого клинического эффекта и можно ожидать прогрессирования болезни.

Исходя из протокола RTOG 8610, 10-летняя выживаемость больных РПЖ была достигнута в том случае, когда ГТ сочетали с ЛТ. При проведении комбинированной терапии безрецидивная выживаемость также была выше. В протоколе EORTC 22863, включавшем 415 больных,

также использовалась дистанционно-лучевая терапия, а из гормональных препаратов – Золадекс, 1 раз в 4 нед с первого дня начала дистанционно-лучевой терапии и в последующем на протяжении 3 лет. За период наблюдения, равный 9,1 года, показатели общей выживаемости составили 58% при комбинированном лечении и 39% – при только ЛТ. Эти различия достоверны.

– Олег Борисович, в вашем отделении проводится анализ результатов ГЛТ. Вы готовы или поделитесь?

– Да, наша клиника участвует в многоцентровых исследованиях с 1994 г, в первую очередь в протоколах EORTC. Ранее я был ответственным за эту работу по России и привлекал к ней другие клиники. Мы накопили достаточный опыт, а сейчас работаем и с другими компаниями и исследовательскими группами по тем протокольным исследованиям. Для нас важно принять участие в разработке новых технологий и потом, возможно, внедрить их в России и, конечно, приобрести новые знания.

В настоящее время в нашем отделении уже накоплен значительный опыт по проведению ГЛТ. Сейчас готовится диссертация одного из аспирантов. Думаю, что в ближайшие

несколько месяцев мы сможем опубликовать эти материалы в широкой печати.

Но уже эти предварительные данные показывают достаточно высокую эффективность сочетания ГТ и ЛТ у больных с локализованным и местно-распространенным раком.

– Какие основные проблемы, по Вашему мнению, стоят сейчас перед онкоурологами-радиологами? Что, на Ваш взгляд, необходимо предпринять для улучшения качества оказания медицинской помощи пациентам, получающим лечение в радиологических центрах?

– В настоящее время онкологические больные лечатся как в крупных онкологических центрах, так и в областных онкодиспансерах, которые, к сожалению, не всегда оснащены хорошей радиотерапевтической аппаратурой. Да и радиологические центры по оснащенности также заметно отстают от европейских центров. Поэтому во многих российских онкоцентрах не применяют современную ГЛТ, а назначают лишь ГТ, что совершенно не оправдано и негативно влияет на результаты лечения.

Наряду с оснащенностью радиологических центров и онкодиспансеров необходимым

оборудованием не менее остро стоит вопрос о подготовке высококвалифицированных кадров, поскольку радиологическое лечение весьма опасно при его неправильном применении: при ошибке планирования либо ошибки в дозиметрии могут возникнуть достаточно серьезные осложнения. Замечу, что у нас есть отделение лучевых повреждений, где лечатся пациенты, имеющие очень серьезные повреждения после ЛТ.

Что касается лекарственного обеспечения, то оно сегодня также является большой проблемой. Больной по окончании лечения в центре должен получать поддерживающую ГТ по месту жительства, но не всегда эти препараты есть в наличии и покрываются программой дополнительного лекарственного обеспечения. Больные, которые не могут их приобрести из-за отсутствия личных средств, оказываются недоленными.

Конечно, проблемы есть как в онкоурологии, так и во всей российской медицине. Но наша задача – сделать их минимальными, чтобы организационные вопросы не отражались на здоровье пациентов. [УС](#)

Беседовала Ирина Широкова

Представляем новое поколение в урологии



**Виктор
Олегович
Бушуев**

Аспирант кафедры
урологии
ММА им. И.М. Сеченова.
bush-ko@mail.ru



**Алексей
Владимирович
Громов**

Врач-уролог,
врач ультразвуковой
диагностики.
oxidy@mail.ru

Урология на сегодняшний день – это развивающаяся специальность, в которой постоянно происходят эволюционные и революционные изменения. И, естественно, она не может существовать без молодых ученых, которые своим энтузиазмом и работоспособностью продвигают науку вперед. В рамках конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2010», прошедшей в феврале, состоялся конкурс молодых ученых-урологов. Предварительно их работы рассмотрела комиссия в составе проф. К. Набера, проф. О.И. Аполихина, проф. Н.К. Дзеранова, д.м.н. В.А. Максимова и д.м.н. Т.С. Перепановой, которая отобрала претендентов на призовые места.

Всего на конкурс было представлено 10 докладов, касающихся разных проблем в урологии. Самое активное участие в мероприятии приняли молодые специалисты из урологической клиники ММА им. И.М. Сеченова – А. Громов и В. Бушуев.

Первый доклад был представлен А. Громовым. В своем сообщении он поднял вопросы назначения короткого и хорошо переносимого курса антибиотика для профилактики развития инфекции мочевых путей (ИМП) после проведенного эндоскопического вмешательства. В настоящее время в клинической практике появляются новые производные имеющихся классов антибиотиков, которые, тем не менее, во многих случаях обладают характерной для всех препаратов данного класса перекрестной резистентностью.

В России отсутствуют адекватные данные о распространенности различных ИМП и их влияния на качество жизни пациентов.

Далее докладчик обратил внимание аудитории на то, что, по данным литературы, штаммы кишечной палочки, вызывающие неосложненную инфекцию нижних мочевых путей (НМП), практически всегда чувствительны к пероральным антибиотикам. Однако широкое распространение антибиотикорезистентности заставляет пересмотреть место многих из этих препаратов, применявшихся на протяжении десятилетий, в терапии ИМП. В последние годы отмечается тенденция к значительному повышению устойчивости микрофлоры к фторхи-

нолонам, которая составляет уже более 5%. В ходе многочисленных исследований была показана роль однократной антибактериальной терапии в профилактике развития острого цистита после проведения диагностических и хирургических процедур. Преимуществами терапии 1 дозой являются высокая комплаентность лечения, низкая стоимость, меньший риск, снижение вероятности селекции резистентных штаммов. Исследования последних лет показали наибольшую эффективность в этом отношении фосфомицина трометамола (**Монурала**) как препарата широкого спектра действия с удобным для пациента однократным пероральным приемом.

В исследованиях также показано фармакоэкономическое преимущество применения фосфомицина трометамола в этом режиме по сравнению даже с короткими курсами (3- и 5-дневный режимы) терапии другими антибиотиками. В настоящее время в клинической практике применяют несколько классов антибиотиков. Во многих случаях эти препараты обладают перекрестной резистентностью, в связи с чем все более актуальной становится проблема использования некоторых групп антибактериальных препаратов. Исходя из этого, предпочтение следует отдавать тем химиопрепаратам, резистентность к которым наиболее низка в данном регионе. Что же касается проблемы профилактики ИМП после цистоскопических, хирургических манипуляций (малоинвазивных вмешательств), то наилучшей стратегией в целом является назначение короткого и хорошо переносимого курса антибиотика.

А. Громов рассказал, что в урологической клинике ММА им. И.М. Сеченова были изучены особенности использования данных о резистентности уропатогенов как критерия выбора режима антибиотикопрофилактики при малоинвазивных эндоскопических манипуляциях.

Группой урологов было проведено сравнение эффективности проведения антибиотикотерапии с целью улучшить результаты лечения **Монуралом** (в дозе 3 г до и после хирургического вмешательства) и цефтриаксоном (в дозе 1 г до и после хирургического вмешательства) при малоинвазивных вмешательствах на НМП. Полученные результаты оценивали по наличию и выраженности жалоб и клинических проявлений, лабораторной активности воспалительного процесса (согласно результатам общего клинического и биохимического анализов крови, микроскопического исследования мочи, анализа мочи по Нечипоренко, посева мочи).

Клиническая картина в исследуемых группах была характерна для таковой при гиперплазии простаты, стриктуре уретры, состоянии после трансуретральной резекции (ТУР) гиперплазии простаты и представляла в основном учащенное мочеиспускание (включая никтурию) и слабость напора струи при мочеиспускании. После проведенных лечебно-диагностических оперативных вмешательств в характере жалоб и динамике клинической картины в исследуемых группах отмечены значимые изменения. В группе предоперационной профилактиче-

ской терапии фосфомицином трометамолом динамика клинической картины до и после проведения малоинвазивных хирургических вмешательств существенно не отличалась и соответствовала ожидаемым результатам. В группе профилактики цефтриаксоном, наоборот, достоверно чаще ($p < 0,05$) встречались резь при мочеиспускании и пиурия в послеоперационном периоде. Исследуемые группы в дооперационном периоде были сравнимы между собой и достоверно не отличались по каким-либо параметрам.

Таким образом, проведенное группой молодых ученых урологической клиники ММА им. И.М. Сеченова исследование эффективности профилактического применения фосфомицина трометамола и цефтриаксона в периоперационный период показало необходимость проведения антибиотикотерапии с целью профилактики развития инфекций нижних отделов мочевыводящих путей. С учетом высокой микробиологической активности, клинической эффективности и низкой частоты нежелательных реакций фосфомицина трометамол (**Монурал**) можно рассматривать как препарат выбора при лечении острых циститов и профилактики инфекционных осложнений в предоперационном периоде.

Другой молодой ученый из урологической клиники ММА им. И.М. Сеченова В. Бушуев проводил исследования доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), наиболее распространенной из доброкачественных образований, развивающихся в простате.

В последние годы отмечается стремление современной медицины к повышению качества жизни пациента, что ведет к созданию новых препаратов для медикаментозного лечения ДГПЖ. Однако, как показывает практика, это привело к увеличению числа пациентов с гиперплазией простаты больших размеров > 80 см.

В. Бушуев рассказал, что в период с января по декабрь 2007 г. в клинику урологии им. Р.М. Фронштейна было госпитализировано 1404 мужчины. У 426 (30,34%) установлен диагноз гиперплазии предстательной железы. Встречаемость ДГПЖ величиной > 80 см³ составила 29,5% ($n=125$) от общего числа страдающих аденомой простаты больных, что соответствует 8,9% в популяции мужчин. За период с 2007 по 2009 г. урологами этой клиники были проанализированы данные о 67 пациентах с ДГПЖ больших размеров. Распределение по объему гиперплазии было следующим: объем железы от 80 до 150 см³ отмечен в 70% случаев ($n=47$), от 150 до 200 см³ – в 24% случаев ($n=16$), свыше 200 см³ – в 6% ($n=4$). Разумеется, размер ДГПЖ не мог не отразиться на уровне ПСА, поэтому измерению этого показателя было уделено особое внимание.

В. Бушуев и его коллеги установили, что у пациентов с большими размерами аденомы простаты I стадия заболевания определялась у 46,3% ($n=31$), которые впоследствии были прооперированы; оставшиеся 36 (53,7%) па-

циентов мочевого пузыря опорожнялись не полностью. Объем остаточной мочи у них был следующим: от 60 до 500 мл – у 21 (58,1%) пациента, от 500 до 1000 мл – у 4 (11,2%), от 1000 мл и выше – у 11 (30,7%).

Уретерогидронефроз развился у 4 (11%) пациентов со II стадией заболевания, что составляет 6% всех больных гиперплазией простаты больших размеров. Объем остаточной мочи в данной группе составил в среднем 1350 мл (750–1900 мл). Острая задержка мочеиспускания развилась у 13 (19,4%) больных, при этом объем остаточной мочи у этих пациентов составил в среднем 1046 мл (500–1900 мл).

Целью исследования было уменьшение размеров предстательной железы в плане предоперационной подготовки к выполнению ТУР простаты.

Наиболее значимыми осложнениями были снижение либидо и эректильная дисфункция. Однако, поскольку эффект от терапии аналогами ЛПРГ является обратимым, сексуально активные пациенты ($n=3$) вернулись к нормальной половой жизни в течение 4–6 мес после последней инъекции.

На фоне проводимой терапии аналогами ЛПРГ урологи выявили еще один побочный эффект – снижение минеральной плотности костной ткани (МПКТ). Так, например, у мужчин до 65 лет на фоне предоперационной подготовки остеопения развилась у 5 (50%) пациентов, остеопороз – у 3 (30%), нормальные показатели МПКТ выявлены у 2 (20%) больных. Среди мужчин старше 65 лет остеопения развилась у 4 (40%), остеопороз – у 2 (20%), нормальные показатели МПКТ выявлены у 4 (40%) пациентов.

С целью профилактики развития остеопороза в послеоперационном периоде пациентам в возрасте до 65 лет, которым проводилась предоперационная подготовка аналогами ЛПРГ, автор статьи рекомендует назначение бисфосфонатов (**Зомета**).

В основной группе исследования у пациентов, получавших предоперационную подготовку аналогами ЛПРГ, отмечено значительное уменьшение объема простаты – на 281,4±55 мл (64,5%), также вырос объем резецированной ткани – на 21,4±16,2 г (30,6%), длительность операции сократилась на 25,0±12,1 мин. Длительность дренирования мочевого пузыря в послеоперационном периоде у пациентов обеих групп не отличалась.

Проведенные исследования показывают, что терапия аналогами ЛПРГ при ДГПЖ больших размеров уменьшает объем простаты, что позволит в последующем безопасно выполнить ТУР простаты.

Из всего вышесказанного становится понятным, что поиск новых решений в урологии не завершен. Мы будем рады и в дальнейшем публиковать данные исследований, проведенных нашими молодыми коллегами. [УС](#)

Возможности применения сорафениба у пожилых пациентов при диссеминированном раке почки



Дмитрий Александрович Носов

К.м.н, ведущий научный сотрудник отделения клинической фармакологии и химиотерапии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН

nosov@mail.ru



Михаил Юрьевич Федянин

К.м.н, врач-онколог отделения клинической фармакологии и химиотерапии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН

fedyaninmu@mail.ru

Половина всех новых случаев рака почки (РП) диагностируется у пациентов ≥ 65 лет [1]. Пациенты старшей возрастной группы чаще имеют более низкий соматический статус, сопутствующую патологию, хуже переносят терапию. Вот почему для пожилых больных требуется более тщательный выбор терапии с учетом физиологических и социальных особенностей, связанных с возрастом.

В настоящее время в мире зарегистрировано несколько препаратов с молекулярно-направленным механизмом действия на различные элементы внутриклеточной сигнальной системы: бевацизумаб, темзиrolimus, эверолимус, низкомолекулярные ингибиторы тирозинкиназных рецепторов (сунитиниб, сорафениб, пазопаниб), применяемых при диссеминированном раке почки (ДРП). При анализе результатов ряда рандомизированных исследований, в которых изучалась эффективность данных препаратов, было продемонстрировано, что в старших возрастных группах (≥ 65 лет) назначение темзиrolимуса или комбинации бевацизумаб+интерферон не приводит к статистически значимому увеличению времени до прогрессирования заболевания [2, 3, 4]. Одним из возможных объяснений этому может являться плохая переносимость данного вида терапии пожилыми пациентами, требующая остановки лечения в связи с усиливающейся токсичностью. В то же время при терапии мультикиназными ингибиторами у пациентов > 65 лет сохраняется положительное влияние на время прогрессирования, причем это характерно для терапии сорафенибом [2, 5].

В исследовании III фазы (TARGET), в котором оценивалась эффективность терапии сорафенибом у ранее леченых больных, было зарегистрировано статистически значимое увеличение медианы времени до прогрессирования с 2,8 до 5,5 мес ($p < 0,01$) в лечебной группе по сравнению с плацебо. При этом, основные побочные эффекты с одинаковой частотой наблюдались у больных моложе и старше 70 лет (табл. 1) [6]. Результаты данной работы послужили основанием для регистрации препарата во второй линии терапии при ДРП. Анорексия была единственным осложнением, которое встречалось в 2 раза чаще в группе пациентов ≥ 70 лет (27,1% против 14,2%).

В европейском (EU-ARCCS) и северо-американском (US-ARCCS) исследованиях доля таких пациентов в возрасте ≥ 70 лет составила 28 и 23% соответственно [7, 8]. При этом результаты не отличались от данных исследования TARGET. Во всех 3 работах эффективность терапии у пожилых больных соответствовала результатам лечения в популяции больных в целом, несмотря на то, что в исследовании TARGET у 32% больных в возрасте > 65 лет возникала необходимость в снижении дозы или временном прекращении терапии сорафенибом в связи с токсичностью.

Кроме этого, ряд авторов сообщают, что на фоне терапии сорафенибом частота развития таких осложнений как гипотиреозидизм или дисфункции щитовидной железы составляла только 18%, что существенно ниже в сравнении с другими ингибиторами тирозинкиназы. Тем не менее, при терапии иматинибом или сорафенибом отмечена необходимость увеличения дозы L-тироксина у больных с гипотиреозидизмом [9].

Таким образом, можно однозначно утверждать, что сорафениб – один из наиболее эффективных препаратов при терапии ДРП у больных > 65 лет. Однако необходим дифференцированный подход в назначении сорафениба пациентам данной возрастной группы. Следует взвешивать возможность достижения эффекта терапии с риском развития осложнений, принимать во внимание стоимость лечения и международные рекомендации по лечению больных РП.

Необходимо учитывать ряд важных факторов при проведении терапии сорафенибом у пациентов пожилого возраста.

Возраст. Биологический возраст пациента не всегда соответствует физиологическому. Последний определяется влиянием факторов окружающей среды, социально-экономическим статусом, привычками. Назначать сорафениб следует с учетом именно физиологического возраста больного [2].

Сопутствующая патология. В клинической практике химиотерапевт должен избегать применения сорафениба у пациентов с выраженной патологией со стороны сердечно-сосудистой системы, включая такие состояния, как нестабильная стенокардия, недавно перенесенный инфаркт миокарда или инсульт [10]. Рекомендуется назначать сорафениб при фракции выброса левого желудочка $> 40-50\%$. Это связано с тем, что сорафениб вызывает артериальную гипертензию (АГ) у 23,4% больных [11]. Сама же АГ является независимым фактором риска сердечно-сосудистых осложнений. Следует стабилизировать артериальное давление до начала терапии на уровне не выше 140/90 мм рт. ст.

Сопутствующая терапия. Пациенты пожилого возраста принимают в среднем 6 препаратов в качестве терапии сопутствующей патологии. Обращаем внимание на то, что некото-

Таблица 1. Побочные действия сорафениба, выявляемые в зависимости от возраста больных (по данным исследования TARGET)

Осложнения III-IV степени	Возраст	
	< 70 лет ($n=381$), %	≥ 70 лет ($n=70$), %
Артериальная гипертензия	18,1	10
Слабость	36,2	38,6
Ладонно-подошвенный синдром	31	22,9
Диарея	43,3	42,9
Тошнота	22	25,7
Анорексия	14,2*	27,1*

*Статистически значимые отличия.

рые лекарственные средства усиливают токсичность сорафениба или уменьшают его эффективность. Ингибиторы ангиогенеза (бевацизумаб, сунитиниб, сорафениб) повышают риск кровотечения и развития АГ. Таким образом, у пациентов, принимающих антикоагулянты (например, варфарин), необходимо тщательным образом мониторировать свертываемость крови (МНО). При назначении антигипертензивных препаратов важно учитывать возможные перерывы в лечении сорафенибом. Это связано с тем, что продолжение приема первых при отмене второго способно привести к гипотензии.

Мониторинг больных в процессе терапии сорафенибом. Перед началом терапии сорафенибом желательно узнать смогут ли окружающие пациента члены семьи, друзья оказать ему поддержку при развитии побочных явлений. Следует предупредить его обо всем спектре возможных осложнений, их выявлении и лечении. Пожилому больному важно подробно объяснить, когда и как необходимо принимать сорафениб.

Переносимость терапии сорафенибом. Известно, что пожилые и молодые больные по-разному переносят одни и те же осложнения от приема сорафениба. Так, пожилые пациенты труднее справляются с анемией – чаще развивается общая слабость, а при развитии диарей – дегидратация [10]. При осмотре кожных покровов выявляются зоны гиперкератоза, вросшие ногти, мозоли. Это увеличивает риск развития ладонно-подошвенного синдрома, другой кожной токсичности [10]. Перед началом терапии следует устранить данные нарушения.

Необходимо тщательно выявлять факторы риска развития осложнений. Это достигается сбором жалоб и анамнеза, подробным физи-

кальным осмотром и обследованием пациента перед назначением сорафениба. Одним из основных факторов, определяющих эффективность терапии, является наличие у химиотерапевта опыта в лечении препаратами с молекулярно-обоснованным механизмом действия.

Существуют различные профилактические мероприятия для снижения риска развития осложнений при терапии сорафенибом. Например, основным методом профилактики диареи у пожилых считается назначение лоперамида за 30 мин до приема сорафениба. При ее развитии важно следить за адекватным восполнением потери жидкости, рекомендуется диета с включением растворимых волокон. При усугублении симптомов показана госпитализация пациента, внутривенная коррекция дегидратации и отмена сорафениба.

Модификация терапии у пожилых больных. Существует ряд показаний к снижению доз сорафениба, назначений интервалов в приеме, отмене препарата. Однако следует учитывать, что необоснованное снижение дозы или перерывы в терапии сорафенибом могут сказаться на эффективности терапии. Если побочные явления полностью купируются, то возможна постепенная респекция дозы сорафениба.

Таким образом, сорафениб можно рассматривать в качестве одного из эффективных и малотоксичных вариантов лечения у пожилых больных ДРП [1]. Необходимо учитывать физиологические, социальные особенности пациента, компенсаторные возможности его организма. Все это накладывает большую ответственность на химиотерапевта в обоснованном выборе эффективной и хорошо переносимой терапии.

Литература

1. Ferlay J., Autier P., Boniol M. et al. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Ann Oncol* 2007;18:581-92.
2. Bellmunt J., Negrier S., Escudier B. et al. The medical treatment of metastatic renal cell cancer in the elderly: position paper of a SIOG Taskforce. *Crit Rev Oncol Hematol* 2008;69:64-72. Epub 2008 Sep 5.
3. Escudier B., Ravaud A., Bracarda S. et al. Efficacy and safety of first-line bevacizumab (BEV) plus interferon- $\alpha 2a$ (IFN) in subgroups of patients (pts) with metastatic renal cell carcinoma (mRCC). *ASCO Genitourinary Cancers Symposium* 2008; Abstract 358.
4. Dutcher J.P., Szczylik C., Tannir N. et al. Correlation of survival with tumor histology, age and prognostic risk group for previously treated patients with advanced renal cell carcinoma (adv RCC) receiving temsirolimus (TEMSR) or interferon-alpha (IFN). *J Clin Oncol* 2007;25:Abstract 5033.
5. Bellmunt J., Guix M. The medical management of metastatic renal cell carcinoma: integrating new guidelines and recommendations. *BJUI* 2009;103: 572-7.
6. Escudier B., Eisen T., Stadler W.M. et al. Sorafenib in advanced clear-cell renal-cell carcinoma. *N Engl J Med* 2007;356:125-34.
7. Stadler W., Figlin Robert A., McDermott David E. et al. Safety and efficacy results of the advanced renal cell carcinoma sorafenib (ARCCS) expanded access program in North America. *Cancer* 2009 (in press).
8. Porta C., Bracarda S., Beck J. et al. Efficacy and safety of sorafenib in elderly patients: results from a large open-label, non-comparative phase III study in European patients with advanced RCC (EU-ARCCS). *Ann Oncol* 2008;19(suppl 8):viii193.
9. Torino E., Corsello S.M., Longo R. et al. Hypothyroidism related to tyrosine kinase inhibitors: an emerging toxic effect of targeted therapy. *Nat Rev Clin Oncol* 2009;6:219-28.
10. Dutcher J.P., Tannir N., Bellmunt J., Escudier B. Experience with sorafenib and the elderly patient. *Med Oncol* 2009.
11. Shenhong Wu., John J. Chen., Kudelka A. et al. Incidence and risk of hypertension with sorafenib in patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol* 2008;9:117-23.

Хроническая почечная недостаточность при урологических заболеваниях почек: взгляд нефролога



Евгений Михайлович Шилов

Д.м.н., проф., зав. кафедрой нефрологии и гемодиализа ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова
emshilov@stream.ru



Юрий Сергеевич Милованов

Д.м.н., доцент кафедры нефрологии и гемодиализа ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова
yuriymilovanov@mail.ru

В развитых странах существенное место в структуре причин хронической почечной недостаточности (ХПН) занимают урологические заболевания: воспалительные (хронический пиелонефрит – ХП), наследственные и врожденные (поликистозная болезнь, сегментарная гипоплазия, рефлюкс-нефропатия), обструктивные нефропатии (нефролитиаз, опухоли мочевой системы, гидронефроз, мочеполовой шистосомоз).

У таких больных ХПН может развиваться как ренопривное состояние, возникающее в результате планового удаления почек по поводу злокачественных заболеваний, нефролитиаза. ХПН может также быть исходом острой почечной недостаточности (ОПН). Например, ОПН, развивающаяся у пожилых больных вследствие гнойного пиелонефрита, бывает труднообратимой и отличается частым присоединением ХПН с неблагоприятным прогнозом, связанным в том числе с плохой переносимостью гемодиализа. Во всех случаях после выявления почечной недостаточности важно определить, острая она или хроническая (табл. 1).

Критерии диагноза ХПН:

1. Поражение почек в анамнезе.
2. Полиурия с никтурией.
3. Стойкая артериальная гипертензия.
4. Уменьшение размеров почек по данным ультразвукового или рентгенологического исследования.
5. Наличие характерных лабораторных проявлений:
 - нормохромная анемия;
 - уменьшение концентрационной способности почек со снижением скорости клубочковой фильтрации – СКФ (при суточном диурезе не менее 1,5 л) менее 60 мл/мин и отсутствием функционального почечного резерва;

- гиперфосфатемия в сочетании с гипокальциемией;
- азотемия (при снижении СКФ до 30–40 мл/мин): повышение уровня креатинина, мочевины и мочевой кислоты в сыворотке крови;
- снижение относительной плотности и осмолярности мочи.

Ранняя диагностика ХПН основана на данных лабораторных методов исследования. Наиболее информативным и надежным является определение максимальной относительной плотности и осмолярности мочи, величины СКФ и уровня креатинина крови. В любом случае, если в течение 3 мес и более СКФ не достигает 60 мл/мин, что означает выключение функции почек не менее чем на 50%, следует констатировать ХПН – независимо от того, имеются ли при этом другие признаки нефропатии.

Основные аспекты ведения пациентов с ХПН в настоящее время четко регламентированы. Своевременно начатая нефропротективная терапия позволяет значительно замедлить темп ухудшения функции почек и предупредить осложнения ХПН, прежде всего сердечно-сосудистые. Пациентам с хронической болезнью почек (ХБП) следует максимально ограничивать потребление поваренной соли (идеально до 0,5 г/сут). Основная цель такого ограничения – достижение целевых величин артериального давления (АД).

Профилактика прогрессирования ХПН заключается в назначении малобелковой диеты – МБД (0,6 г белка/кг/сут) или «строгой» МБД (0,3 г белка/кг/сут). При этом в диете с ограничением белка до 0,6 г/кг массы тела больного не менее 50% должен составлять белок животного происхождения (мясо, в том числе мясо цыплят, яйца, сыр, молоко) как наиболее полноценный по содержанию незаменимых аминокислот. Поддержать белковый баланс позволит добавление эссенциальных (незаменимых) аминокислот и их кетоаналогов. Чтобы МБД не приводили к катаболизму собственных белков организма, больные должны потреблять не менее 35 ккал/кг/сут.

Существенно улучшает течение ХПН рациональное использование диеты в синтезе с энтеросорбентами. Данное сочетание основано на способности энтеросорбентов связывать секреторные в желудочно-кишечном тракте вместе с пищеварительными соками креатинин, мочевину и другие продукты азотистого обмена. Обычно их назначают при появлении

тошноты, тяжести в эпигастрии. Одним из основных энтеросорбентов является лекарственный препарат **Полисорб МП**. Его применение ведет не только к существенному снижению уровня креатинина и мочевины крови, но и облегчает состояние пациентов за счет снижения симптомов интоксикации и уменьшения проявлений уремической гастроэнтеропатии.

Липотензивная терапия должна быть длительной и непрерывной, ее начинают с малых доз препаратов, постепенно увеличивая их до терапевтического уровня, так как при быстром снижении АД высок риск развития артериальной гипотонии. В отсутствие противопоказаний (ишемическая болезнь сердца (ИБС), тяжелый церебральный атеросклероз) АД следует поддерживать в пределах 130/80–130/85 мм рт. ст., т. е. на уровне, при котором обеспечивается достаточный почечный кровоток и не индуцируется гиперфильтрация. На более низком уровне (125/75 мм рт. ст.) следует поддерживать АД у больных ХПН с протеинурией более 1 г/сут. Наиболее предпочтительно назначение препаратов длительного действия, метаболизируемых печенью. При недостаточном снижении АД целесообразно дополнительное назначение диуретиков. На их фоне начальные дозы лекарственных средств (ЛС) уменьшают вдвое.

Для снижения уровня гиперфосфатемии (уровень фосфора в крови не должен превышать 5 мг/дл), вызывающей гиперплазию паращитовидных желез, используют ЛС, препятствующие всасыванию фосфатов в кишечнике. Препараты эритропоэтина корригируют анемию и геморрагический синдром, эффективны при эксцентрической форме гипертрофии левого желудочка, нестабильной стенокардии, ортостатической и интрадиализной гипотензии. К показаниям относят уровень гематокрита менее 33%, уровень гемоглобина менее 110 г/л. Также необходимо дополнительное назначение железа, причем эффективны лишь препараты железа, вводимые внутривенно.

При ХПН у пациентов с ХП антибактериальную терапию следует проводить при наличии клинических признаков бактериальной инфекции; не стремиться к полному бактериологическому излечению, прежде всего в отношении бессимптомной бактериурии, так как это маловероятно и требует длительных курсов терапии с высоким риском лекарственной нефротоксичности. При ХПН у больных пожилого возраста и пациентов с установленным на длительное время мочевым катетером риск осложнений, вызванных терапией, существенно превышает потенциальную пользу. У больных пиелонефритом единственной почки при ХПН доза антибактериальных препаратов должна подбираться с учетом СКФ. Противопоказано назначение нефротоксичных антибиотиков. В постоянных дозах применяют антибиотики, метаболизируемые печенью.

Оценка темпов прогрессирования ХПН на додиализной стадии должна проводиться не реже 1 раза в 3 мес. Медленное прогрессирование – 15 лет и более – до достижения терминальной

стадии ХПН характерно для хронического гломерулонефрита (ХГН) латентного течения, поликистоза почек, ХП, подагрической и анальгетической нефропатии; быстрое – менее 10 лет – для ХГН нефротической или смешанной формы, активного волчаночного нефрита, диабетической нефропатии, амилоидоза почек.

Показанием к началу диализного лечения служит терминальная ХПН – снижение СКФ до 10 мл/мин (повышение креатинина крови до 9–10 мг/дл). Диализное лечение начинают при более низком уровне креатинина и более высоком уровне СКФ, при появлении стойкой гиперкалиемии (более 6,5 ммоль/л), злокачественной артериальной гипертензии с признаками хронической сердечной недостаточности, тяжелой гипергидратации с риском развития отека легких или головного мозга; уремической периферической полиневропатии, декомпенсированного метаболического ацидоза.

Переход к диализным методам лечения ХБП осуществляют в плановом порядке. При достижении уровня СКФ 15 мл/мин (содержание креатинина 6–8 мг/дл) необходимо выполнить операцию формирования артериовенозной фистулы (если больной будет лечиться программным гемодиализом) или начинать обучение больного самостоятельному (на дому) проведению перитонеального диализа. Хронический перитонеальный диализ – метод выбора при трудностях создания постоянного сосудистого доступа (атеросклерозе, диабетической микроангиопатии, гипокоагуляции, у детей раннего возраста), при артериальной гипотонии, нестабильной ИБС, ишемической болезни почек (противопоказания к введению гепарина натрия).

Цель лечения диализом – достижение медицинской и социальной реабилитации больных с тяжелым нарушением функции почек. Примерно у 10–20% больных с терминальной ХПН при диализе полностью восстанавливается трудоспособность, частично – еще у 30–40% пациентов без сопутствующего сахарного диабета, хотя не все из них работают. 20% больных остаются инвалидами, способными обходиться без посторонней помощи. В последние две категории попадают в основном больные с сопутствующим сахарным диабетом, из-за которого снижается эффективность лечения и выживаемость. Смертность колеблется в зависимости от возраста и основного заболевания. Этот показатель у больных с ХПН пожилого возраста и пациентов с ренопривным состоянием на гемодиализе превышает 3% в год. В группе больных моложе 50 лет без сопутствующей патологии смертность после трансплантации почки и при гемо- или перитонеальном диализе составляет менее 3–5% в год.

Трансплантация почки в настоящее время признана наиболее эффективным методом лечения поздних стадий ХПН. При подборе донора почки обязательна тканевая совместимость по антигенам системы HLA.

Окончание на стр. 13 >>

Таблица 1. Дифференциальная диагностика острой и хронической почечной недостаточности

Симптомы	ХПН	ОПН
Диурез	Полиурия	Олигурия, анурия
Внешний вид мочи	Бесцветна	Обычного цвета, кровянистая
Артериальная гипертензия	В 95% случаев; с ретинопатией и гипертрофией левого желудочка	В 39% случаев; без ретинопатии и гипертрофией левого желудочка
Отеки	Не характерны	Часто
Размеры почек	Уменьшены	Нормальные
Прирост креатинина крови	0,3-0,5 мг/дл в месяц	0,5 мг/дл и более в сутки
Почечный анамнез	Часто длительный	Отсутствует

Актуальные вопросы ультразвуковой томографии в урологии



Владимир Николаевич Шолохов

Д.м.н., проф., ведущий научный сотрудник отделения ультразвуковой диагностики РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН

vshell@rambler.ru

Ультразвуковая томография (УЗТ) – основной и ведущий метод диагностики в современной урологии. Пожалуй, нет ни одного раздела этой клинической дисциплины, где бы не применялась данная технология ультразвуковой (УЗ) визуализации: стандартные методики обследования пациентов с урологическими жалобами, использование интраоперационных УЗ-методик, широкий спектр диагностических процедур (наложение чрескожных пунктирных нефростом, дренирование кист и др.) и HIFU-терапия, где используется не только УЗ-навигация, но и сфокусированный ультразвук высокой энергии для воздействия на патологический процесс.

Современные УЗ-приборы за последние несколько лет претерпели значительные качественные изменения. Появились новые диагностические возможности, существенно улучшилось качество изображения. Неопытному врачу порой бывает трудно разобраться в обилии «наворотов», которые предлагают компании, производящие УЗ-приборы. Несмотря на это, основной характеристикой аппарата считается хороший В-режим (в русскоязычной литературе – серошкальный режим). Допплерография в виде цветового кодирования, эластография, технология использования энергии акустического импульса, различные варианты трехмерной реконструкции изображений на сегодняшний день не имеют основного значения в получении диагностической информации. Они выявляют целый ряд дополнительных признаков, облегчающих формирование заключения, но главным все-таки остается классический серошкальный режим. Достоинства вышеперечисленных методик могут стать темой для отдельной статьи, а я хочу остановиться на некоторых организационных вопросах.

Наиболее актуален вопрос о том, кто должен выполнять исследование пациентов с предполагаемым заболеванием мочеполовой системы – врач-уролог или врач ультразвуковой диагностики (УЗД)? Существует мнение, что врач-уролог лучше разбирается в тонкостях урологических заболеваний, а врач-диагност является «носителем знаний по УЗД». На мой взгляд, такая позиция ошибочна.

Во-первых, если врач УЗД не разбирается в урологической патологии, то это плохой врач. Во-вторых, существует последовательность выполнения диагностических процедур в первичном звене оказания медицинской помощи. Врач УЗД, обследующий пациента при первичном обращении, обязан отразить в заключении данные, которые необходимы для постановки диагноза или направления пациента на другие уточняющие исследования либо в специализированные лечебные учреждения.

В рамках урологической клиники врач-уролог безусловно может выполнять ультразвуковые исследования – УЗИ (часто происходит именно так), имеющие прикладное значение. Однако необходимо отметить, что для этого согласно существующему законодательству необходимо иметь сертификат специалиста по УЗД.

На сегодняшний день сделать это достаточно просто. В соответствии с приказом Минздрава РФ от 07.07.2009 г. №415н «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения» допускается профессиональная переподготовка по специальности УЗД при наличии специальности «Урология». Как правило, на кафедрах последипломного образования переподготовка включает в себя обучение в течение 4 мес или 540 академических часов.

Исходя из этого, получаем ответ на следующий достаточно распространенный вопрос: нужно ли проходить полный цикл первичной специализации или достаточно ограничиться корот-

ким курсом УЗД в урологии? На мой взгляд, это еще одно распространенное заблуждение. Если врач действительно хочет освоить новую специальность, то он должен получить знания в области физики ультразвука, иметь представления о возможностях метода в других областях медицины (в том числе и о применении УЗТ в гинекологии, гастроэнтерологии и т.п.). Для того чтобы стать специалистом даже в узкой области, такой как урология, необходимо время, и немалое. А такой упрощенный подход приводит только к дискредитации метода.

Еще одна актуальная проблема: может ли врач-уролог проводить УЗИ самостоятельно, не направляя пациента к специалисту по УЗД? Если врач-уролог прошел необходимую подготовку, то почему бы и нет. Это в первую очередь относится к решению прикладных задач, таких как трансректальное исследование предстательной железы, биопсии простаты, исследованию мочевого пузыря, определению объема остаточной мочи, ряду малоинвазивных вмешательств под УЗ-наведением. Нельзя забывать, что для выполнения брахитерапии необходимо пройти обучение по специальности «Радиология». Возможно, в будущем при введении лицензирования врач сможет получать лицензию на выполнение необходимой в его работе диагностической или лечебной процедуры после курса обучения и юридическая составляющая этой проблемы упростится.

Скажу несколько слов о мониторинге пациентов, которые получили или получают специализированную урологическую помощь. Нельзя забывать, что мониторинг пациентов основывается не только на применении УЗ-методов исследования. Существует понятие диагностической радиологии, которое включает в себя, помимо УЗТ, традиционные рентгеновские методики, рентгеновскую компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, ядерную медицину. Как мне представляется, в современных условиях для достижения адекватного результата необходим комплексный подход к решению поставленных задач. Это относится, естественно, не только к вопросам оценки эффекта проведенного лечения,

но и к первичной диагностике. Для решения подобных задач существуют отделы лучевой диагностики, имеющие весь (или почти весь) арсенал необходимого диагностического оборудования и, естественно, специалистов, владеющих этими методами исследования. Конечно, это доступно крупным центрам и лечебным учреждениям. В небольших клиниках допустимо, чтобы эти задачи решал врач-уролог, владеющий методиками УЗТ и имеющий соответствующий сертификат. Но будет ли такое исследование достаточным и полным во всех случаях?

Другой, болезненный с этической точки зрения, вопрос: может ли врач УЗД давать пациенту рекомендации по лечению или назначать терапию после выполнения УЗИ? Ответ, на мой взгляд, очевиден – нет и еще раз нет. Он обязан дать описание УЗ-картины, отразить в заключении выявленные изменения или определить дифференциально-диагностический ряд и дать при необходимости рекомендации по использованию других, необходимых в конкретной ситуации методов лучевой диагностики. Планировать тактику лечения пациента, безусловно, должен лечащий врач (в данном случае – врач-уролог).

В заключение несколько слов об оснащении кабинетов УЗД. Иногда врачи сетуют на отсутствие специальных инструментов для проведения урологических (или других) исследований, в частности трансректальных датчиков. Любому грамотному урологу и специалисту по УЗД известно, что это вещь необходимая. Выполнение целого ряда базовых диагностических процедур в урологической клинике без трансректального датчика невозможно. Наличие полного набора диагностических инструментов лежит на совести потребителя, т.е. врача, который будет выполнять исследования, или его руководителя. Если они этого не понимают, то их компетенция как специалистов вызывает большие сомнения.

В этой короткой статье я изложил свою точку зрения и ее можно рассматривать как предмет для дальнейшей дискуссии. [УС](#)

Аналитика

Хроническая почечная недостаточность при урологических заболеваниях почек: взгляд нефролога

<< Окончание, начало на стр. 12

Самые лучшие результаты наблюдаются после трансплантации почки родственника первой степени (при идентичности антигенов HLA): годовичная выживаемость трансплантата составляет 95%. При частичной совместимости по HLA с живым донором (совпадении одного гаплотипа) результаты несколько лучше, чем после трансплантации трупной почки.

Однако даже при полной совместимости по HLA (например, если почка берется у родного брата или сестры) 5–10% трансплантиро-

ванных почек отторгается, часто в первую неделю после операции. Реакция отторжения в этих случаях обусловлена сенсбилизацией к антигенам малых комплексов гистосовместимости. В подавляющем большинстве случаев она вызывает относительно слабый первичный иммунный ответ, который легко подавляется современными иммунодепрессантами.

При ХПН у больных пиелонефритом с частыми обострениями инфекции мочевых путей (более двух в течение 6 мес) подготовка к трансплантации почки включает

устранение бактериальной инфекции. При безуспешности антибактериальной терапии и риске генерализации инфекции в посттрансплантационном периоде выполняют плановую билатеральную нефрэктомия. После пересадки почки реципиент получает активную иммуносупрессивную терапию, включающую цитостатики, глюкокортикостероиды и антилимфоцитарные антитела.

Неудачный отдаленный исход трансплантации в 40% случаев связан с необратимым отторжением трансплантата (в 24% – хрониче-

ским, в 16% – острым), в остальных случаях – смертью реципиента с функционирующим трансплантатом. Почти в 60% случаев причина смерти реципиента – сердечно-сосудистые и инфекционные осложнения. Средняя 5–летняя выживаемость трансплантата варьирует в пределах 70–80% и в первую очередь зависит от степени тканевой совместимости по антигенам системы HLA, адекватности иммуносупрессивной терапии, а также от вида трансплантации. [УС](#)

Соавтор – И.А. Добросмыслов, врач-нефролог

Конференция Российского общества онкоурологов в Центральном федеральном округе



2 апреля 2010 г. в Воронеже была проведена конференция Российского общества онкоурологов в Центральном федеральном округе. С приветственным словом выступили президент РООУ проф. В.Б. Матвеев, главный уролог Воронежской области, проф. В.В. Кузьменко, заместитель руководителя Департамента здравоохранения Воронежской области В.Е. Левтев и проректор Воронежской государственной медицинской академии А.М. Земсков.

На первом заседании, председателями которого были В.Б. Матвеев, О.Б. Карякин и В.В. Кузьменко, рассматривалась тема «Рак мочевого пузыря» (РМП).

Первым выступил докладчик Е.И. Еремин, который рассказал обо всех возможностях оказания онкоурологической помощи в Воронежской области. Все дальнейшие доклады были посвящены проблеме РМП. К.Н. Сафиуллин прочитал доклад «Немышечно-инвазивный РМП: ошибки диагностики и лечения». Профессор О.Б. Карякин рассказал о месте лучевой терапии в лечении больных РМП, а Н.А. Знаткова ознакомила присутствующих с особенностями ее проведения.

В рамках конференции были рассмотрены вопросы оперативного лечения РМП: «Радикальная цистэктомия: каким пациентам и когда она показана» (К.М. Фигурин), «Радикальная цистэктомия: анализ 9-летнего опыта» (В.В. Кузьменко), «Паллиативное лечение больных РМП» (А.Д. Каприн).

Второе заседание конференции было посвящено обсуждению темы «Рак предстательной железы и почки». Председатели: А.Д. Каприн, Б.Я. Алексеев и К.М. Фигурин.

Проф. Б.Я. Алексеев осветил вопросы современных подходов к ранней диагностике рака предстательной железы (РПЖ). Р.И. Луспанов прочитал доклад «Современные аспекты биопсии предстательной железы и пузырно-уретрального анастомоза».

Проф. В.Б. Матвеев представил вниманию онкоурологов доклад «Оптимизация гормональной терапии у больных РПЖ». В начале выступления докладчик подробно остановился на гормонотерапии и других методах андрогенной депривации, сравнил их влияние на уровень тестостерона - снижают ли эти методы лечения уровень тестостерона до кастрационного уровня. Исследования показали, что у 5–17% пациентов содержание тестостерона не достигает 50 нг/дл, а у 13–34% пациентов – 20 нг/дл; у 2–13% пациентов, получающих ЛПРГ-агонисты, наблюдается подъем уровня тестостерона > 50 нг/дл. Причем тестостерон достигает 20 нг/дл после орхэктомии у 80% больных, а среди получивших лечение аналогами ЛПРГ – у 65% пациентов. Поэтому давно возникла необходимость в препарате, который бы подавлял синтез тестостерона по принципу «чем ниже, тем лучше». Таким уникальным препаратом является Элигард (лейпрорелина ацетат), выпускаемый компанией «Астеллас Фарма». Его первое отличие от ныне существующих препаратов – усовершенствованная система доставки Атригель, которая заключается в том, что жидкая форма препарата вводится подкожно и затвердевает, формируя полимер, который равномерно и постоянно высвобождает активное вещество. Такая форма депо позволяет использовать препарат 1 раз в 3 или 6 (!) мес – 68% пациентов выбрали 6-месячный режим введения. Вторая особенность – наличие двойной дозы активного вещества. И третье свойство Элигарда – подавление тестостерона до уровня < 20 нг/дл у максимального числа пациентов.

Большой интерес у присутствующих вызвал доклад проф. О.Б. Карякина «Принципы лечения гормоно-рефрактерного рака предстательной железы (ГРПЖ)». До недавнего времени ГРПЖ считался резистентным к химиотерапии, но внедрение в клиническую практику

Таксотера (доцетаксела) существенно изменило ситуацию. По данным клинических исследований использование Таксотера в 1-й линии терапии метастатического ГРПЖ достоверно улучшает выживаемость больных. Профессор особо отметил, что все приведенные результаты исследований получены при изучении оригинального препарата – Таксо-тер, и не могут быть напрямую экстраполированы на его дженерики или другие таксаны.

Выбор лечения в случае прогрессирования после терапии Таксотером крайне ограничен. Согласно рекомендациям EAU при сохраненной чувствительности можно рассматривать вопрос повторного назначения Таксотера во 2-й линии терапии.

Недавно были представлены результаты международного исследования таксана нового поколения – Кабазитаксела, с доказанной эффективностью во 2-й линии. В США и Европе Кабазитаксел будет подан на регистрацию для лечения ГРПЖ в конце 2010 г.

Далее ученые развили тему рака почки (РП). Проф. Б.Я. Алексеев в начале своего доклада «Таргетная терапия метастатического РП» уделил внимание статистическим показателям этой патологии. В России за 2008 г. было выявлено 17 563 новых случая РП. Прирост заболеваемости за 1998–2008 гг. составил 41,35%. Средний возраст пациентов по данным статистики – 61 год. В 2008 г. от РП умерло 8370 человек.

Среди пациентов, обратившихся к урологам, онкоурологам, у 25–35% первично выявляется метастатический РП. Даже после проведенного хирургического лечения у 20–30% пациентов развиваются метастазы. Продолжительность жизни пациентов после выявления метастазов составляет, в среднем, 10–13 мес.

Далее проф. Б.Я. Алексеев представил вниманию участников конференции полный обзор всех имеющихся таргетных препаратов, раскрыл их положительные и отрицательные стороны, эффективность и безопасность, влияние

на выживаемость без прогрессирования по данным различных клинических исследований.

Выбору метода лечения у больных метастатическим РП посвятил свой второй доклад проф. В.Б. Матвеев. Он подробно рассмотрел все варианты лечения – паллиативную нефрэктомии, удаление солитарных и единичных метастазов, паллиативную лучевую терапию при костных метастазах, иммуно- и таргетную терапию. Одним из перспективных направлений в лечении распространенного РП является таргетная терапия препаратом **Нексавар** (сорафениб), который одобрен FDA 20 декабря 2005 г. Профессор особо отметил, что ни один таргетный препарат не является универсальным и эффективным для всех больных РП. Нужна индивидуальная оценка – с учетом возраста, гистологического строения опухоли, локализации и количества метастазов, предшествующей терапии, качества жизни, сопутствующих заболеваний.

Самым важным результатом исследования стал тот факт, что Нексавар подтвердил свою высокую эффективность при назначении в качестве 1-й линии терапии метастатического РП. Общий ответ на лечение у больных, получивших Нексавар в качестве 1-й линии терапии, был таким же высоким, как и у больных, получивших препарат в качестве 2-й линии, и составил 70,6%. Второй важный момент - Нексавар показал клинический эффект у больных, рефрактерных к Авастину и Сутенту. Большой длительности лечения и лучшей переносимости можно добиться последовательным применением Нексавар → Сутент. В заключительной части доклада профессор сделал вывод: Нексавар высоко эффективен и безопасен в качестве 1-й и 2-й линий терапии метастатического РП и наглядно продемонстрировал свою эффективность у больных со всеми гистологическими вариантами РП, с метастазами в головной мозг, получивших терапию другими таргетными препаратами и в подгруппе больных старше 65 лет.

Конференция завершилась оживленной дискуссией по всем поднятым в докладах вопросам и темам. [УС](#)

Новое в лечении рака почки

КОРОТКО

В марте 2010 г. в России зарегистрирован препарат Афинитор® (эверолимус) [1], регистрационный номер ЛСР-002206/10.

Афинитор® относится к фармако-терапевтической группе противоопухолевых средств, является ингибитором протеинкиназы (mTOR). Афинитор используется для терапии пациентов с распространенным и/или метастатическим почечно-клеточным раком (мПКР) при неудаче VEGF-таргетной терапии [1].

Эффективность и безопасность препарата доказана в исследовании RECORD-1 [2,3].

Терапия Афинитором пациентов с мПКР разных возрастных групп и всех групп прогноза по классификации MSKCC [2,3]:

- увеличивает медиану выживаемости без прогрессирования более чем в два раза;
- достоверно снижает риск прогрессирования заболевания и/или смерти на 67%;
- отличается хорошим профилем переносимости;
- имеет простой и удобный режим приема (1таб/10мг ежедневно).

Терапия Афинитором в настоящий момент является единственной реальной возможностью помощи пациентам с мПКР при неудаче другой таргетной терапии [3,4].

Возможностей терапии для этой категории пациентов до настоящего времени не существовало. Афинитор входит в ведущие Американские и Европейские клинические рекомендации по терапии пациентов с диагнозом рак почки [4,5].

Афинитор® будет поставляться в Россию в таблетках по 5мг и 10мг, упаковка содержит 30 таблеток.

Ссылки:

1. Инструкция по применению препарата Афинитор® (ЛСР-002260/10-18.03.10).
2. Motzer R, Escudier B, Oudard S et al. For the RECORD-1 Study Group. Efficacy of everolimus in advanced renal cell carcinoma: a double-blind, randomised, placebo-controlled phase III trial. *Lancet*, 2008;372:449–56.
3. Motzer R, Escudier B, Oudard S et al. Updated data from a phase III randomized trial of everolimus (RAD001) vs placebo in metastatic renal cell carcinoma. 2009 Genitourinary Cancer Symposium. February 26–28, 2009, Orlando, FL. Abstract 278.
4. Минимальные клинические рекомендации общества медицинской онкологии (ESMO)/ Редакторы русского перевода: Поляндин С.А., Переводчикова Н.И., Носов Д.А. М.: 2009;20–3.
5. NCCN® Practice Guidelines in Oncology – v1/2010. Рак почки: практические рекомендации Национальной онкологической сети (NCCN)/ Редактор русского перевода: Тимофеев. И.В. – М.: Галеон, 2009;23с.

АФИНИТОР®
(эверолимус) Таблетки

Приказ №966н: руководство к действию или повод для дискуссии?



Олег Иванович Аполихин
Д.м.н., проф., директор ФГУ «Научно-исследовательский институт урологии Росмедтехнологий», Москва
oleg_apolikhin@mail.ru

Большинство урологов оценивают появление приказа №966н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с урологическими заболеваниями», как необходимое и давно назревшее. Но у специалистов возник ряд вопросов, на которые хотелось бы узнать точку зрения известных урологов. Именно поэтому мы обратились к директору ФГУ «НИИ урологии Росмедтехнологий», проф., д.м.н. Олегу Ивановичу Аполихину.

– Олег Иванович, как Вы оцениваете приказ №966н?

– Урологическая служба требует реформирования, и с этой точки зрения приказ №966н, несомненно, важен. Его главное значение в том, что он заостряет внимание государственных структур на проблемах урологии, ведь продолжительное время не было вообще никаких регламентирующих документов, касающихся нашей специальности. Однако нельзя не отметить, что в приказе есть ряд положений, вызывающих сомнения в их целесообразности и выполнимости. Некоторые из них могут потребовать дополнения или пересмотра приказа.

– Каковы, по Вашему мнению, основные направления реформы урологической помощи в России?

– В урологической службе есть проблемы, которые необходимо решать. Первое – отсутствие экономически обоснованной и подтвержденной практикой концепции (модели) оказания урологической помощи. Второе – низкий уровень подготовки урологов амбулаторного звена и недостаточный в стационарах. Третье – отсутствие стандартов медико-технического оснащения урологических кабинетов и отделений. Четвертое – неравномерное распределение урологических кадров в крупных центрах, регионах и сельской местности. Пятое – отсутствие адаптированных к российским условиям и, соответственно, применимых на практике официально регламентированных стандартов оказания урологической помощи.

– Кто будет финансировать и обеспечивать такие высокие требования приказа к оснащению урологических кабинетов и стационаров?

– В том-то и дело, что одной из основных проблем приказа является необеспеченность финансированием и экономическими расчетами, подтверждающими целесообразность его положений. Это говорит об отсутствии достоверной информации о состоянии урологической помощи в нашей стране и статистики урологической заболеваемости в регионах.

Похоже, что документ готовился в спешке, без учета мнения специалистов ведущих урологических учреждений страны. Его финансирование – задача бюджетов, в зависимости от подчинения медучреждений. Однако в этих бюджетах не учтены расходы на обеспечение приказа: приобретение оборудования, расходных материалов, рост затрат на подготовку специалистов и т.п. Безусловно, необходим переходный период для приведения системы урологической помощи в соответствие с положениями приказа. Но об этом в принятом документе речи нет.

– Не станет ли приказ основанием для возникновения юридических претензий и прецедентов в отношении медучреждений из-за несоответствия их оснащения «современным» требованиям?

– Проблемы могут быть, так как существует дисбаланс между процессами разработки, принятия нормативной базы и ее материальном обеспечении с одной стороны и практикой контролируемых органов – с другой. Известны факты действия групп профессиональных юристов, которые активно занимаются поиском проблем в здравоохранении с целью инициации судебных процессов и получения финансовой выгоды. Не исключено, что подобные дела могут быть инициированы, а финансовые затраты по ним, в первую очередь, лягут именно на государственные учреждения.

Разработка стандартов – это задача для специально обученной и подготовленной группы экспертов, а сам стандарт – консенсус специалистов по данному вопросу.

– Сегодня принято многие задачи здравоохранения рассматривать с позиций доказательной медицины. Однако почему же финансовые и организационные вопросы мы часто решаем без учета этого подхода?

– В современных условиях необходим предварительный экономический расчет затрат системы здравоохранения, отработанный на конкретных моделях. Пример: НИИ урологии реализует в Воронежской области проект создания модели этапной стандартизированной урологической помощи пациентам с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Она обеспечивает преемственность между медицинскими учреждениями различного уровня. Это интересный опыт научного подхода к обоснованию медико-экономических затрат государства в здравоохранении. Конечная цель – повышение эффективности оказания урологической помощи при оптимизации затрат. Подобный опыт может быть использован и при других нозологиях.

– Как Вы считаете, является ли этот приказ шагом к стандартизации урологической помощи?

– При стандартизации важны комплексность и детали. Например, в документе не учтены ведомственные и частные медучреждения. Получается, что они живут

по своим законам и не подчиняются методическому контролю со стороны Минздрава. В документе везде идет речь только о лечении, но нет ни слова о диагностике. В приказе урологам (хирургам!) амбулаторно-поликлинических отделений предлагается осуществлять наблюдение и лечение пациентов, «страдающих нейрогенными расстройствами мочеиспускания и перенесших трансплантацию почки...», что требует отдельной специальной подготовки медперсонала.

В п. 3 приложения 1, описывающем группу лиц с высоким риском урологических заболеваний, не учтены пациенты с длительным субфебрилитетом, бессимптомной бактериурией, признаками почечной недостаточности; длительно существующей высокой артериальной гипертензией, сахарным диабетом. Дается ссылка на пациентов с такими метаболическими нарушениями, как гиперкальциурия, гиперурикозурия, гиподитратурия и др. (выявление которых возможно только при специальном обследовании), но не учтены пациенты с гиперкальциемией и гиперурикемией (подагрой) и т.п.

В п. 4 приложения 1, касающемся выявления больных с высоким риском, указано, что на первом этапе специалисты осуществляют опрос жалоб и сбор анамнеза. На втором этапе больные проходят обследование у те-

включая катетеризацию мочеточников. Согласно проведенному нами опросу квалифицированных урологов, работающих в хорошо оснащенных ведомственных медицинских учреждениях, большинство из них практически не используют цистоскопию в амбулаторной практике. Стоимость указанного эндоскопического оборудования составляет около 500 тыс. рублей. Возможно, вместо такого числа цистоскопов стоило бы включить в перечень оборудования УЗИ-аппарат?

Использование электростимуляции в отрыве от современной лаборатории функциональной диагностики нецелесообразно и даже вредно. Помимо этого, не указано, какой именно и с какими характеристиками электростимулятор рекомендован, а стоимость такого оборудования весьма вариабельна.

Биопсийный пистолет без игл (не учтены в перечне оснащения кабинета), при отсутствии УЗИ-аппарата с трансректальным датчиком, возможности определения уровня ПСА и современной патоморфологической службы может понадобиться поликлиническому урологу только для того, чтобы «застрелиться».

– Как Вы считаете, не целесообразнее ли оснащать урологические кабинеты согласно уровням оказания медицинской помощи?

– Несомненно, подход к оснащению должен быть дифференцированным. Создание подобных нормативных документов надо начинать с постановки задач, и эти задачи должны соответствовать этапам оказания урологической помощи. Россия – большая страна с неоднородной плотностью населения и различной медицинской инфраструктурой. Поставленные задачи должны четко регламентироваться.

– Кто должен заниматься разработкой стандартов оказания урологической помощи?

– Стандартизация – это государственная политика. В документе имеется ссылка на «установленные стандарты медицинской помощи», которых, по сути, нет. Разработка стандартов – это задача для специально обученной и подготовленной группы экспертов, а сам стандарт – консенсус специалистов по данному вопросу. Вряд ли рекомендации, созданные на одной даже самой продвинутой кафедре одного лечебного учреждения, смогут оказаться применимы на практике по всей огромной России. Не будет ли рациональнее адаптировать для нашей страны имеющиеся международные стандарты оснащения и клинические рекомендации?

– Должно ли реформирование урологической службы коснуться кадров и их подготовки?

– Кадровый вопрос – это один из главных вопросов в медицине вообще, и в урологии в частности. Приказ предусматривает наличие одного уролога на 20 тыс. населения. В Москве ранее

Окончание на стр. 16 >>

Приказ №966н: руководство к действию или повод для дискуссии?

<< Окончание, начало на стр. 15
нормативы были таковы – 1 уролог на 35 тыс. населения, сейчас – на 30 тыс. населения. Простое увеличение числа медперсонала не приведет к повышению качества оказания урологической помощи в регионах, а лишь усилит дисбаланс между количеством специалистов в крупных городах и на периферии.

Изменение этой ситуации надо начинать с урологического образования. Сегодня уролог после окончания ординатуры и получения сертификата, имеет формальное право оказывать

весь спектр специализированной помощи, включая высокотехнологичную, к чему он фактически не готов. По нашему мнению, период подготовки уролога должен составлять не менее 5 лет. Однако преобразования необходимо провести без значительного увеличения финансовой нагрузки на государство и лишения практического звена здравоохранения работающих специалистов.

Этого можно достичь путем модульного (этапного) построения системы образования. После 2-х лет подготовки в ординатуре – дать

возможность молодому специалисту поработать урологом поликлиники или приемного отделения стационара. Дальнейшее образование должно быть разделено на отдельные блоки с использованием заочного и дистанционного обучения. По окончании каждого модуля и сдачи соответствующего экзамена – спектр клинической работы расширяется.

С целью исправления дисбаланса между числом специалистов в центре и регионах, необходимо вернуться к практике целевой ординатуры по направлениям регионов с при-

креплением урологов к будущим местам работы в соответствии с образовательным договором. Только после получения достаточного (регламентированного количественно) уровня практических навыков и операций, возможен переход уролога на следующий квалификационный уровень. Подготовка таких специалистов должна стать основой учебной работы учреждений, занимающихся постдипломным образованием. **УС**

Беседовал **Игорь Шадеркин**,
врач-уролог

КОРОТКО

X заседание Московского регионального отделения Российского общества онкоурологов на тему «Опухоли почки»

18 марта 2010 г. в Российском онкологическом научном центре состоялось X заседание Московского регионального отделения Российского общества онкоурологов на тему «Опухоли почки». Заседание вел председатель Московского общества онкоурологов проф. Л.В. Шаплыгин. Первой с докладом, посвященным молекулярно-генетическим маркерам у больных раком почки, выступила М.В. Григорьева (МНИОИ им. П.А. Герцена). Особое внимание в докладе было уделено гену *VHL* и его значению в диагностике рака почки и его рецидивов.

Второй доклад представил к.м.н. А.С. Калпинский из МНИОИ им. П.А. Герцена. Автор затронул тему радиочастотной термоабляции небольших опухолей почек при лапароскопических операциях. Основным преимуществом данной техники перед обычной лапароскопической резекцией почки является отсутствие необходимости пережимать магистральные почечные сосуды во время резекции и практически полное отсутствие кровотечения.

О.В. Осипов из НИИ урологии МЗ и СР РФ сделал доклад «Бинарная каталитическая система при метастатическом раке почки», в котором

сообщил о результатах исследования эффективности одновременного внутривенного введения пигмента и аскорбиновой кислоты большим раком почки. Наилучшим достигнутым результатом была стабилизация в течение 15 нед. Сообщение вызвало у онкоурологов массу вопросов, в том числе этического плана.

В заключительной части заседания был заслушан доклад президента РООУ проф. В.Б. Матвеева о лекарственной терапии диссеминированного почечно-клеточного рака. Выступление также вызвало оживленную дискуссию, в итоге которой онкоурологи пришли к выводу, что все

современные таргетные препараты, применяемые в лечении рака почки, занимают свою нишу и могут принести пользу больным, в том числе после выявления неэффективности других таргетных препаратов. **УС**



Проф. Л.В. Шаплыгин

БЛАГОДАРЯ УВЕЛИЧЕНИЮ ЧИСЛА ПОДПИСЧИКОВ И БЕСПЛАТНОЙ ПРЯМОЙ ПОЧТОВОЙ РАССЫЛКЕ, ОСУЩЕСТВЛЕН ОХВАТ ПРАКТИЧЕСКИ ВСЕХ УРОЛОГОВ РОССИИ И СТРАН СНГ



В электронном виде газету получают подписчики сайтов www.netoncology.ru (6000 адресов), www.uroweb.ru (7000 адресов), www.urotoday.ru (1850 адресов).

По вопросам подписки обращайтесь к ГАРКАВЦЕВОЙ НАТАЛЬЕ по тел. +7 (495) 645-21-98 или по электронной почте: baza@roou.ru

Уважаемые коллеги!

Газета «Урология сегодня» стала очень популярна за год своего существования, и в редакцию не раз обращались практикующие урологи с вопросом, могут ли они предложить свои темы и статьи для публикации. Мы всегда рады сотрудничеству с вами, поэтому приглашаем всех заинтересованных урологов и клиницистов из смежных областей к участию в создании газеты.

Как вы можете участвовать:

- **прислать интересующие Вас вопросы**, по которым редакция подготовит статью;
- **предложить специалистов**, мнения и статьи которых вы хотели бы прочитать на страницах газеты по тем или иным вопросам;
- **поделиться своими наработками**, описать интересные клинические случаи из Вашей практики, которые мы опубликуем в газете;
- **здать вопросы Вашим коллегам урологам**, выступления которых вы, возможно, слышали на конференциях, но не успели пообщаться лично;
- **написать отклик** на вышедшие в газете статьи или **здать вопросы** их авторам.

Все это можно сделать через сайт www.urotoday.ru в разделе «Обратная связь». Редакция всегда отвечает на каждое полученное письмо.

Ждем ваших откликов и запросов!

Баходур Камолов, главный редактор газеты «Урология сегодня»

Урология сегодня №2 (6) 2010

УЧРЕДИТЕЛЬ
ООО «Издательский дом «АБВ-пресс»
Руководитель проекта: Белова Анна
anna.belova@abvpress.ru

РЕДАКЦИЯ
Главный редактор: Камолов Баходур
Шеф-редактор: Шадеркина Виктория
viktoriashade@uroweb.ru

ВЕРСТКА
Дизайнер-верстальщик: Тестова Екатерина

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

ПЕЧАТЬ
ООО «Формула Цвета»
Заказ № 45478
Тираж 8 000 экз.

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

Категорически запрещается полностью или частично воспроизводить статьи, фотографии, рисунки без официального согласия редакции.

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

Читайте в следующем номере:

- **Биохимический рецидив рака простаты**
Автор: В.Б. Матвеев
- **Влияние микоплазменной инфекции на развитие рака предстательной железы**
Автор: А.З. Винаров
- **Туберкулез мочеполовой системы в России**
Автор: Е.В. Кульчавеня
- **Травмы мочеполовых органов**
Автор: С.Б. Петров
- **Особенности лечения недержания мочи у пожилых женщин**
Автор: В.Г. Гомберг