

Профессиональное саморегулирование в урологии

стр.

4

Европейская Ассоциация урологов (EAU) сегодня

стр.

5

Конгресс РОУУ: новизна и уникальность

стр.

6-8

Пленум РОУ 2011 – нейроурология и санаторно-курортное лечение

2-13

От редактора



Баходур Камолов

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

kamolov@roou.ru

Уважаемые коллеги!

В процессе подготовки этого номера газеты мы смогли лично убедиться в том, как болезненна для нашего профессионального сообщества тема урологических организаций. Статья Виктории Шадеркиной «Профессиональные общественные организации в жизни урологов: нужны ли перемены?», вышедшая в предыдущем выпуске «Урологии сегодня» (№ 4 (14) 2011), вызвала огромный резонанс. Кроме сторонников и противников точки зрения, приведенной в публикации, нашлись и обвинители, утверждавшие, что статья провокационная, необъективная и однобокая.

Тем не менее, газета «Урология сегодня» намерена продолжить обсуждение этого острого вопроса. И вовсе не для того, чтобы расколоть и без того слабое урологическое сообщество или дискредитировать какую-либо из организаций, упомянутых в материале. Просто мы ценим открытый диалог и возможность высказывать разные точки зрения на сложившуюся ситуацию.

Мы пригласили ведущих урологов к открытому обмену своими мнениями на страницах газеты, но оказалось, что лишь немногие наши лидеры к этому готовы, а некоторые вообще заняли глухую оборону. И это объяснимо: ни для кого уже не секрет, что всю политику в урологическом сообществе делают 12–14 человек, и хотя их позиции могут быть не всегда схожи, тем не менее, они предпочитают сохранять лояльность по отношению друг к другу и не делать резких критических заявлений.

Жаль, что не все понимают ценность открытой дискуссии. Обсуждение ведет к развитию, оно поможет урологическим объединениям понять, что с ними происходит, и начать двигаться в сторону повышения своей эффективности. Как и в нашей с вами повседневной работе, коллеги: сначала опрос, потом обследование, затем постановка диагноза и назначение схемы лечения. После про-

веденного лечения опять обследование и оценка эффективности лечения.

Одной из причин слабости наших общественных организаций, на мой взгляд, является сложившаяся формальная система выборов членов правления и лидеров организаций. В разных урологических организациях практически одни и те же люди являются членами президиумов, правления и т. п. Одни и те же лидеры возглавляют профессиональные общества в течение многих лет. Несомненно, среди них случайных людей нет, все они заслуженно пользуются признанием коллег. Невозможно не учитывать их вклад в создание профессиональных организаций и консолидацию урологов. И, тем не менее, надо признать, что несменяемость руководства ведет к инерции в организациях, демотивирует остальных членов проявлять какую-либо активность и демонстрирует, что в урологических сообществах форма преобладает над содержанием, т. е. главенствует формализм. При таком положении дел общественная организация постепенно превращается в «карманную», теряет ценность и авторитет. Стоит ли говорить о том, что интересы членов общества подменяются нуждами руководства.

А ведь смысл профессионального объединения в том, чтобы работать во благо своих членов 24 часа в сутки и 365 дней в году! Для этого ему нужны компетентные лидеры, вмещающий устав, реалистичные цели и конкретные планы деятельности.

Нам нужно консолидировать усилия всех общественных урологических организаций, доказавших, кто историей, кто актуальностью, а кто и эффективностью, свое право на существование. Наверняка у многих из вас есть знакомые урологи, андрологи, детские урологи и онкологи, которых смело можно назвать лидерами и которые способны объединить профессиональное сообщество, активизировать его наполнить новой жизнью. Мне довелось познакомиться с настоящими лидерами при реализации ряда масштабных урологических проектов, начиная с проведения крупных отечественных и международных конгрессов и заканчивая работой над Клиническими рекомендациями Европейской ассоциации урологов. Только реальная совместная деятельность, приносящая результаты, игнорирование персональных амбиций в пользу общего дела и большое желание изменить ситуацию помогут всем нам развивать и укреплять сообщество урологов.

Тема номера

Открытый диалог

Продолжая обсуждение профессиональных медицинских общественных организаций (ПМОО) в урологии, редакция газеты предложила ведущим урологам страны поделиться своим мнением на эту тему. Мы спросили лидеров, в каких профессиональных организациях они состоят, в каком состоянии сейчас находятся урологические объединения нашей страны, как они влияют на развитие медицины, как взаимодействуют с государством, почему так невелика их эффективность, и что можно сделать для изменения сложившейся ситуации. Конечно же, чаще всего лидеры урологии упоминали Российское общество урологов (РОУ), так как именно от него они ждут наибольшей активности и перемен. Тем не менее, сказанное касается всех профессиональных урологических сообществ, каждое из которых может стать более эффективным и внести свой вклад в развитие российской урологии.

Нужен сильный лидер



Сергей Петрович Даренков

Д.м.н., проф., заведующий кафедрой урологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова
darenkov@list.ru

Помимо членства в РОУ, я состою также в Европейской и Американской ассоциациях урологов. Как практикующий врач я повышаю свою квалификацию на стажировках по различным направлениям урологии. Именно там, на Конгрессах, участвую в школах по интересующим меня темам, посещаю постерные и видеосессии. В то же время пленумы и съезды РОУ принято делать монотематическими. Я считаю, что это неправильно. Необходимо учитывать интересы врачей. На каждом пленуме и съезде должен быть представлен весь спектр направлений урологии. Все условия у нас для этого есть – профессоры, члены президиума РОУ, достойные и квалифицированные специалисты.

Минздрав с нами не считается. Он выполняет большинство функций, которые вообще-то должны быть отданы профессиональным организациям. Во многих странах число чиновников в Министерстве здравоохранения гораздо меньше, чем в России. Многими вопросами, связанными с развитием медицины, занимаются профессиональные организации: сертификацией, образованием, трудоустрой-

ством, повышением квалификации, юридической защитой и т. д.

В нашей стране все наоборот. Откуда, например, Минздраву известно, какой я уролог? Мою квалификацию могут оценить только коллеги по цеху. Или, например, Минздрав сейчас хочет закрыть урологию как специальность и передать ее хирургам. Кто тот эксперт, который им это подсказал? Они ошибаются, закрывать специальность не нужно, наоборот, нужно ее развивать, изменить программу обучения студентов, улучшить постдипломное образование, увеличить количество лет ординатуры с 2 до 4–6, как в Европе и Америке. Считаю, что все проблемы – из-за некомпетентности чиновников. Именно на основе экспертных заключений РОУ Минздрав мог бы принимать более правильные и эффективные решения. Но у нас нет таких прав, по закону мы ничего не можем.

Сейчас в РОУ период смены поколений, он проходит болезненно. Но вряд ли стоит надеяться, что преобразования пройдут снизу. Нужно встречное движение – снизу и сверху. Общество нужно сделать более активным, реально работающим. От рядовых членов Общества сейчас ничего не зависит, им ничего не дают делать, необходимо вмешаться в эту ситуацию. Нужен сильный и авторитетный лидер, такой, которого уважают не за статус, а за реальные дела. В урологии, на мой взгляд, это Олег Борисович Лоран.

Я буду поднимать эту тему на очередном съезде Общества – деятельность РОУ должна меняться.

Окончание на стр. 2 ▶

«Урология сегодня»: обратная связь

Коротко

Вот уже 2 года, как врачи-урологи получают газету «Урология сегодня». Мы стараемся публиковать интересный профессиональный материал в доступной и легко читаемой форме.

На сайт газеты www.urotoday.ru и личную почту сотрудников постоянно поступают отзывы наших читателей о публикуемых материалах. С помощью специальной системы подсчета голосов мы имеем возможность отслеживать рейтинг материала, который вызвал наибольший интерес у специалистов,

а также задавать авторам статей ваши вопросы и направлять замечания, ответы на которые мы будем публиковать в последующих номерах газеты. Сегодня мы предоставим вам статистику просмотренных статей и некоторых отзывов. Лидером прошлого номера стала статья А.З. Винарова «Резидивирующий цистит: лечение и профилактика» — 1 608 просмотров, 2-е место — статья «Профессиональные общественные организации в жизни урологов: нужны ли перемены?» В.А. Шадеркиной — 1580 просмотров, 3-е — «Нефроптоз от постановки диагноза как тактика ведения» Р.В. Васина, В.Б. Филимонова —

1402 просмотров. В совокупности же скачали электронную версию газеты № 4/2011 в pdf-формате — 1632 человек. Зарегистрировавшись на сайте, вы можете оставлять свои отзывы, предложения, замечания по темам и работе редакции, участвовать в опросах. Так, например, мы проводили опрос на тему «Нужна ли газета «Урология сегодня» для урологов?». 1 896 уникальных посетителей сайта были единодушны в своем мнении о том, что газета нужна. Из них 21 % узнали из газеты много нового, 41 % сочли информацию в газете важной, 32 % периодически применяют информацию в своей повседневной работе, а 6 %

считают, что информацию можно применять только в крупных клиниках.

Уважаемые коллеги, призываем вас активно участвовать в жизни газеты!



Открытый диалог

◀ Продолжение, начало на стр. 1

Понять, чего мы хотим



Андрей Дмитриевич Каприн

Д.м.н., проф., главный врач ГКБ № 20, заведующий кафедрой урологии с курсом онкоурологии ФГК МР РУДН, главный уролог РАН
kaprin@mail.ru

Являясь членом РОУ и Российского общества онкоурологов (РООУ), могу утверждать, что профессиональное сообщество – важная составная часть жизни любого врача. И не только потому, что здесь можно получить необходимую для работы информацию, посещать научные мероприятия, но и потому, что это еще и систематизация, и концентрация урологической службы и науки. Думаю, что такая «клубная» система очень нужна, причем не только для оказания влияния на систему российского здравоохранения. Специалистам важно быть вместе, чувствовать причастность к одному делу. Здесь рождаются новые идеи, новые тенденции, которые со временем приносят плоды для всей медицины.

Конечно, помимо «клубной» составляющей, у профессиональных медицинских организаций должна быть и другая функция – участие в системном развитии всей урологии. Нужно стремиться к тому, чтобы работа профессиональных сообществ (ассоциаций, объединений) была полезна не только на социально-общественном уровне, но и в государственном масштабе. Для этого нужны креативные и полезно-значимые идеи, которых у нас пока что, к сожалению, немного. А те идеи,

которые возникают, и могли бы иметь перспективное развитие, мы не умеем правильно представить и воплотить. Надеюсь, со временем, государство все-таки будет использовать медицинские ассоциации как стратегический ресурс развития медицины и урологии, в частности.

Например, мне представляется это так – при решении, на любом управленческом уровне, какого-либо вопроса, касающегося урологии, приглашаются представители профессиональных урологических ассоциаций. Причем не всегда это должно быть их руководство, это могут быть обычные члены сообщества, лучшие в своем направлении. Из них формируется экспертная комиссия, которая анализирует вопрос, дает оценку и рекомендации по изучаемому вопросу. Выбирать людей в комиссию нужно голосованием, каждый раз заново, чтобы не было аффилированных людей, вечных заседателей.

Начать нужно хотя бы с представления информации о существовании того или иного профессионального сообщества, которое готово дать рекомендации и оказать содействие в решении подобных вопросов. Но пока такая взаимосвязь не налажена.

Первый шаг на пути к изменениям – это обсуждение наших собственных целей, составление плана. Нужно встретиться на очередном съезде и обсудить базовые положения по созданию и развитию профессиональной организации, ее цели, задачи и функции. Нужно выбрать приоритетные направления деятельности на несколько лет вперед. Это и будет отправной точкой на пути к изменениям.

Врачи должны меняться



Дмитрий Юрьевич Пушкар

Д.м.н., проф., зав. кафедрой урологии МГМСУ, главный уролог Минздрава России
pushkardm@mail.com

Профессиональные медицинские организации в России, несомненно, неотъемлемая часть урологии, но в системе здравоохранения они участвуют условно. Резолюции, которые принимаются на съездах, конгрессах всех урологических обществ, в основном, изучаются самими врачами-урологами. А чиновники, которые принимают решения, не всегда обращают на них внимание.

Однако общественным организациям не стоит надеяться на то, что со временем став сильными и влиятельными они смогут заменить собой Минздрав. Государство не отдаст свои функции общественным организациям. Поэтому ПМОО должны стремиться к эффективному взаимодействию с властью, и больше уделять внимания повышению квалификации врачей.

Я являюсь членом очень многих профессиональных объединений. Среди самых значимых для меня – РОУ, РООУ, Европейская и Американская ассоциации урологов. Когда я вступал в ассоциации, то делал это для того, чтобы что-то от них получить, они многое давали мне в плане образования. Теперь у меня другой этап – я

сам стараюсь отдать. Так и должно быть – сначала люди хотят получать, а потом они сами должны что-то вкладывать: свои знания, опыт. Например, каждый год у нас на пленуме РОУ происходит Европейская школа урологов. Это наша инициатива, впервые мы пригласили школу в середине 90-х годов, и начинать было очень сложно. Но зато теперь у наших врачей есть возможность ежегодно знакомиться с самыми последними достижениями мировой урологии, учиться у лучших европейских специалистов. Также я считаю важным отметить участие наших специалистов в EUREP Courses (Европейские курсы повышения квалификации для молодых врачей), где они могут учиться бесплатно. К сожалению, ежегодно на этом курсе обучаются не больше 10–15 человек из России. Остальные просто не знают английского языка.

Или возьмем европейские стандарты лечения урологических заболеваний. Мы все знаем, что РОУ и РООУ много сделали для того, чтобы перевести на русский язык и адаптировать эти стандарты для нашей страны. Вопрос – применяют ли урологи эти рекомендации? Только частично. Я сам их использую, и знаю, что многие современные клиники это делают. Но почему не все? Да хотя бы потому, что европейские стандарты не являются официальным документом Минздрава, врачи не получили прямого распоряжения применять их в своей работе.

Издавна наша система приучила людей ждать «разнарядки» сверху. Но для изменения этой системы, чтобы ПМОО становились более активными и влиятельными участниками развития урологии, сами врачи тоже должны меняться, стремиться к повышению своего профессионального уровня.

Сузить пропасть



Игорь Георгиевич Русаков

Д.м.н., проф., заведующий отделением урологии Медико-санитарной части №60, вице-президент РООУ
mniou_urolog@mail.ru

Я являюсь членом РООУ. Мне кажется, что за годы своего существования это общество во многом способствовало организации помощи больным онкоурологическими заболеваниями. Активное участие в работе Общества позволило мне по-новому взглянуть на ряд профессиональных проблем, существующих в России. Важной среди них является недостаточная информированность врачей о современных возможностях оказания лечения.

Посредством Общества мы пытаемся устранить эту проблему, организовывая Конгрессы, конференции, мастер-классы и пр. Помогая другим что-то освоить, мы и сами учимся, это обоюдополезно.

Врачи не всегда активно участвуют в деятельности урологических организаций. Трудно ожидать от загруженного и малообеспеченного человека высокой социальной активности. Однако хорошая информированность о том, что происходит в твоей специальности не только в мире и стране, но и в соседнем регионе, может заставить врача предложить своему начальству что-то сделать, приобрести, а дальше уже и самому

внедрить. В нашей специальности, например, актуальна организация онкоурологических отделений в ряде регионов, так как только там, где делом занимаются профессионально, можно ожидать результатов. Информированность врачей может повыситься только за счет регулярного общения с коллегами из регионов и ведущими специалистами страны.

Сейчас на здравоохранение вообще и на онкологию в частности тратятся большие средства – значительно больше, чем раньше. Создается впечатление, что не всегда эти деньги расходуются рационально. Зачастую это происходит потому, что расстановка приоритетов по приобретению аппаратуры, закупке лекарств и пр. осуществляется организаторами здравоохранения без должного участия специалистов, которым затем приходится с этим работать. Именно созданию плотных контактов между этими структурами в Москве и регионах могли бы поспособствовать профессиональные медицинские организации.

Стать более влиятельными и авторитетными, реально участвовать в процессе развития медицины урологическим организациям помогут умные, понимающие и профессиональные лидеры, которые смогут сузить пропасть между руководителями здравоохранения и практикующими врачами и медсестрами. К сожалению, руководители часто застревают на пристойных отчетах, а не на достойной работе. Если общественные организации сумеют вмешаться в этот процесс – выиграют и врачи, и общество.

Профессиональное влияние



Леонид Васильевич Шаплыгин

Д.м.н., проф., главный врач Самарского онкологического клинического областного диспансера
shaplygin.urof@mail.ru

Я член РОУ, РООУ, Европейской ассоциации урологов. Членство в этих организациях позволило мне лично познакомиться и подружиться с профессионалами в урологии и онкоурологии, участвовать в научных мероприятиях этих обществ, узнать основные векторы науки в современном мире по своей или близким специальностям. Также я имею возможность направить пациентов для оказания медицинской помощи, выполнения сложных, высокотехнологичных оперативных вмешательств в любую клинику страны или за рубеж.

Профессиональные медицинские организации в нашей стране выполняют, прежде всего, организующую функцию для врачей различных лечебных учреждений и разного профессионального уровня с целью улучшения системы преемственности в лечении. Образование врачей – также их задача. Участие врачей в съездах, семинарах, конференциях, круглых столах ведет к расширению и углублению знаний, позволяет приобретать новые практические навыки, а значит, частично решать такую многоплановую проблему как повышение качества лечения пациентов.

Если судить по количеству врачей, посещающих профессиональные мероприятия, складывается впечатление, что они активно стремятся участвовать в деятельности обществ. Например, недавний VI Конгресс РООУ собрал тысячи участников. Но чаще мы все-таки видим стремление к пассивному созерцанию, а не к выступлению с докладами.

Повысить активность врачей может организация учета этой работы и ее влияние на получение категорий, сертификатов, места работы и, в конечном итоге, на повышение материального уровня жизни врачей.

Взаимодействие с государством, которое тоже должно быть одной из задач медицинских объединений, к сожалению, пока невелико и часто зависит от конкретных людей, стоящих как во главе профессиональных обществ, так и во главе властных структур.

Как сделать общественные организации более сильными? Я предлагаю следующие меры: во-первых, это организация страхования профессиональной деятельности врача через медицинские общественные организации; во-вторых, участие профессиональных сообществ в распределении рабочих мест; в-третьих, участие в учете научных работ, изобретений и влияние через это на получение научных степеней и званий от кандидата медицинских наук до выборов в Академию медицинских наук.

Окончание на стр. 3 ▶

*Примечание редакции: Вышедшая в 2010 и 2011 гг. на русском языке полная версия Руководства EAU по лечению урологических заболеваний (Guideline EAU) общим тиражом 12 тыс экз была подготовлена силами Российского общества онкоурологов, без участия РОУ. Упоминание РОУ связано с выпуском на русском языке в 2007 и 2009 гг. краткой версии Руководства (Pocket Guideline) под редакцией профессора М.Когана.

Открытый диалог

◀ Окончание, начало на стр. 1

Нужен новый Устав



Петр Андреевич Щеплев

Д.м.н., проф., президент
Профессиональной
ассоциации андрологов
России
scheplev@yandex.ru

Я состою в 5 международных организациях, среди которых Европейская ассоциация урологов, Международное общество андрологов, Европейское общество по сексуальной медицине и др. Мне важно знать, как живут эти общества, как работают, как движется наука. Без этого нельзя заниматься профессиональной деятельностью. Вариться в собственном соку врач не может, это самоубийство. Я активно работаю в этих обществах и имею там много коллег и друзей.

РОУ, с моей точки зрения, перестало быть интересным и привлекательным. Оно не справляется со своими основными функциями – образовательной, научной и консолидирующей, зато полно внутренних противоречий. Чрезвычайно показателен в этом отношении недавний кислородский Пленум. Ну что интересного может почерпнуть там врач, интересующийся проблемами андрологии или онкоурологии, если заявлены только 2 темы, и то крайне узкие, не охватывающие даже 2–3 % вопросов всей урологии. К тому же, доклады на мероприятия РОУ принимаются не столько по научной ценности, сколько по личностям. Если докладчик лоялен к Обществу – доклад

будет поставлен в программу. Урология всегда была престижной специальностью, а теперь она дискредитируется. Врачи других специальностей уже над нами смеются.

Все руководители РОУ являются членами Европейской ассоциации урологов, регулярно участвуют в ежегодных Конгрессах. Они прекрасно видят, как с каждым годом эта организация набирает обороты – более 10 тысяч делегатов, разнообразие тематик по всем вопросам урологии, креативные формы заседаний и докладов, постоянное совершенствование уровня организации мероприятий. Почему же мы, уважаемые коллеги, превратили свое профессиональное урологическое общество в какой-то рудимент?!

Мое предложение заключается в создании нового Устава РОУ, его перерегистрации. В основу должны быть положены демократические принципы – избрание и переизбрание председателя и членов президиума открытым голосованием. Срок пребывания председателя общества на своем посту не более 2 лет с возможностью однократного переизбрания (т. е. максимальный срок не более 4 лет).

Для того, чтобы это реализовать, необходимо провести открытое обсуждение данного предложения на страницах научных журналов, газеты «Урология сегодня», на урологических интернет-форумах и порталах.

Если большинство урологов примет мое предложение, в течение 1–2 лет мы обновим наше Общество и займем достойное место в европейской урологии.

Вызов как в боксе



Михаил Иосифович Коган

Д.м.н., проф.,
директор НИИ урологии
и нефрологии РостГМУ
dept_kogan@mail.ru

Профессиональные медицинские организации в нашей стране никакую функцию в системе здравоохранения не выполняют, государство их не признает. И это относится ко всем медицинским сообществам, не только к урологическим. Работать, а не числиться в этой системе пока не получается. Вот Леонид Михайлович Рошаль создал Национальную врачебную палату, и он один бьется за то, чтобы система здравоохранения начала нас признавать. Чтобы власть обратила на нас внимание, мы должны создавать продукт, который нужен ей. Это и программы по развитию своей специальности, и стандарты лечения, и образовательные программы. Например, существует программа подготовки врача-уролога, она разработана по заказу Минздрава одним-двумя урологами. Это слабая программа. РОУ могло бы подготовить более сильную программу, привлечь урологов разных направлений.

Но РОУ этим не занимается. Ни правление, ни президиум Общества не ставят перед собой задачи наладить реальное взаимодействие с властью. Мало того, что нам нечего предложить государству, так и врачи, члены Общества,

тоже недостаточно охвачены деятельностью. И здесь центром политики Общества являются интересы руководящего коллектива, а не отдельно взятого врача.

Посмотрите, какая сложилась ситуация: в нашей стране работают около 7 тысяч урологов, а на конгрессы ездит всего одна тысяча – одни и те же люди. Другие 6 тысяч никогда на наши конференции не попадут, просто потому, что им это недоступно. Взнос участника составляет примерно 40–50 % от ежемесячной зарплаты рядового уролога. Это неприемлемо! Нужно создавать такие условия, чтоб любой врач мог принять участие в интересующей его конференции, школе и т. п. Нужно тратить средства, которые есть у Общества, на развитие врачей.

Для сравнения: будучи членом Американской ассоциации урологов, я плачу туда ежегодный взнос 275 долларов. И ежемесячно получаю лучший в мире урологический журнал, который издает Ассоциация. И еще 9 тысяч членов Ассоциации тоже его получают, автоматически. А в РОУ, кроме членских взносов, я должен дополнительно платить за подписку на журнал.

Мы не добьемся признания и не встроимся в систему здравоохранения, пока сами не станем более совершенными. Медицинские общества должны стать настолько сильными, чтобы власть не могла не считаться с ними. Это как в профессиональном боксе: если я признанный боксер, и уже победил какое-то количество сильных соперников, то действующий чемпион мира не может отказать мне, если я вызову его на бой. Он обязан будет принять мой вызов.

В ходе бесед с ведущими урологами нам было приятно узнать, что у них есть понимание того, как можно влиять на ситуацию в профессиональном сообществе. Большинство мнений специалистов содержит уже готовый план работы – с чего начинать изменения, в каких направлениях развиваться и что конкретно менять.

Первый шаг – собраться и обсудить, каково сейчас положение дел и чего хочет урологическое сообщество от себя, от каждого из участников, от государства, каких лидеров оно готово поставить во главе профессионального объединения. В ходе такого обсуждения можно будет выработать приоритетные направления деятельности. По сути, это 2 больших ветки – повышение квалификации врачей

и участие в системе здравоохранения. По каждому из направлений уже предложены конкретные действия – от создания продукта, который нужен власти, до совершенствования программ обучения студентов и молодых врачей.

Мы уверены, что открытый диалог пойдет на пользу всему урологическому сообществу. РОУ может стать по-настоящему сильным и влиятельным, достойным статуса национальной ассоциации. Нужно только, чтобы все лидеры признали, что ситуация требует изменений, которые возможны только через совместные усилия и открытые действия. **УС**

Материал подготовила Катерина Печуринко, журналист

События

Отчет о XVII заседании Московского регионального отделения Российского общества онкоурологов

15 сентября 2011 г. состоялось XVII заседание Московского регионального отделения Российского общества онкоурологов, посвященное раку предстательной железы (РПЖ).

В 1-й части заседания прозвучали доклады, отразившие роль аблативных методов в лечении локализованных форм заболевания. По мнению доцента кафедры урологии МГМСУ А.В. Говорова и младшего научного сотрудника отделения урологии ФГУ НИИ Урологии А.В. Корякина, кандидатами для криоабляции являются большие раком простаты групп низкого и промежуточного риска с объемом железы не более 40 мл.

Данная методика продемонстрировала высокую эффективность при относительной безопасности, однако для формирования четкого представления о месте криоабляции в лечении локализованного РПЖ

требуются более длительные сроки наблюдения. В докладе младшего научного сотрудника отделения онкоурологии МНИОИ им. П.А. Герцена С.В. Быстрова были представлены предварительные результаты клинического испытания фотодинамической терапии у больных РПЖ cT1-2N0M0. Полученные данные свидетельствуют об удовлетворительной эффективности и относительной безопасности метода.

Во второй части заседания обсуждались спорные вопросы, касающиеся кастрационной терапии при распространенных формах заболевания. В своем докладе ведущий отделением урологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН В.Б. Матвеев отметил, что стандартным подходом к проведению гормонотерапии при РПЖ является назначение агонистов рилизинг гормона (ЛГРГ), позволяющих обеспечить обратимое снижение уров-

ня сывороточного тестостерона до кастрационных значений.

Одним из наиболее изученных агонистов ЛГРГ, эффективность применения которого не уступает кастрации в рандомизированных исследованиях III фазы, является лейпрорелин (Элигард). Элигард продемонстрировал значительное преимущество в отношении глубины андрогенной супрессии, а также частоты транзиторных повышений уровня тестостерона в начале и на фоне лечения по сравнению с другими аналогами ЛГРГ.

Доклад профессора Клиники урологии 1-го МГМУ им. И.М. Сеченова А.З. Винарова был посвящен препарату новой группы агентов, разработанной для кастрационной терапии, – антагонисту ЛГРГ Фирмагону. Антагонисты ЛГРГ блокируют соответствующие рецепторы, обеспечивая немедленное снижение тестостерона до кастрационных зна-

чений, что выгодно отличает их от агонистов ЛГРГ.

В рандомизированном исследовании III фазы Фирмагон продемонстрировал преимущество в отношении скорости снижения тестостерона до кастрационного уровня, отсутствия феномена «выпшки» и колебаний концентрации андрогенов в процессе лечения по сравнению с агонистом ЛГРГ лейпрорелином.

При наблюдении в течение 1 года риск ПСА-рецидива и летального исхода достоверно выше при использовании лейпрорелина по сравнению с Фирмагоном. Для формирования окончательных выводов необходимы более длительные сроки наблюдения. **УС**

Материал подготовила
М.И. Волкова,
ученый секретарь МОУ

Профессиональное саморегулирование в урологии



**Олег
Иванович
Аполихин**

Д-мн., проф., директор
ФГУ «НИИ урологии»
Минздрава России

oleg_apolikhin@mail.ru

Уважаемые коллеги, 7 сентября 2011 года в Кисловодске состоялся Пленум Российского общества урологов (РОУ). На заседании Президиума Общества Николай Алексеевич Лопаткин обратился ко мне с вопросом по поводу статьи «Профессиональные общественные организации в жизни урологов — нужны ли перемены?», опубликованной в газете «Урология сегодня». Почему появилась такая статья? Видимо, такой вопрос был задан потому, что ее автор Виктория Шадеркина с 2011 года является сотрудником НИИ урологии. На тот момент я не был готов к обсуждению, так как не читал эту публикацию, но ответил, что обязательно ознакомлюсь с ней и выскажу свое мнение.

Внимательно прочитав материал, я постарался разобраться во всех деталях и «нюансах». Поэтому, со страниц газеты, где была напечатана эта статья, хотелось бы ответить на этот вопрос не только Президиуму, но и урологической обществу.

Итак, с чего начать.

Во-первых, автор публикации Виктория Шадеркина с 2009 года является шеф-редактором газеты «Урология сегодня». Очевидно, что этот автор давно пишет статьи на урологические темы, которые хорошо известны читателям газеты.

Во-вторых, также очевидно, что автор не в достаточной степени знаком с особенностями системы управления РОУ.

И, наконец, в-третьих, — это молодой доктор из провинции.

Поэтому критика, высказанная в наш адрес, руководства РОУ, на мой взгляд, излишне эмоциональна и где-то, возможно, резка, но при этом автор откровенно пишет о том, что ей удалось увидеть с той ступени иерархической лестницы, на которой она находится. И это важно, прежде всего, потому, что такое мнение присуще большинству урологов из регионов России, несмотря на его наивность. Следовательно, не поддаваясь соблазну внешней «разгромной» критики автора, статью стоит проанализировать и попытаться максимально объективно разобраться в сложившейся ситуации.

Итак, несмотря на некоторые неточности, статья очень верно показывает все характерные проблемы профессиональных обществ России.

Уважаемые коллеги, государство везде в мире оставляет за собой главенствующую роль в вопросах организации здравоохранения, но, действительно, в большинстве стран оно привлекает профессиональные общественные организации (ПОО) к участию в вопросах регулирования здравоохранения. Например, в Канаде, Японии, Австрии эффективное управление здравоохранением обусловлено централизованным распределением средств. В США участие в регулировании системы во многом отдано профессиональным медицинским сообществам, что, наоборот, часто приводит к навязыванию ненужных услуг.

Если взглянуть на публикацию с позиции «для чего и ради чего созданы профессиональные сообщества», то вполне закономерно появление такого мнения обычного уролога «из

народа», которое в основной массе и составляет мнение армии специалистов, занимающихся проблемами урологии в России.

С момента своего создания урологическое общество в нашей стране сыграло огромную роль в научном, клиническом и в общеорганизационном плане. Во многом — это, безусловно, персональная заслуга академика Н.А. Лопаткина, а также таких ведущих урологов России, как А.Я. Пытель, Ю.А. Пытель, А.Ф. Даренков, В.Г. Горюнов, В.Я. Симонов, Д.В. Кан, М.Ф. Трапезникова, Э.К. Яненко, О.Б. Лоран, Ю.Г. Аляев и многих других, тех, которых нет с нами и ныне здравствующих. На том этапе было сделано очень многое, и это навсегда останется в истории российской урологии. Но пришло другое время — и в российском общественном строе, экономике, политике произошли серьезные изменения. Это, естественно, не обошло стороной и профессиональные сообщества.

Российские профессиональные общества — это срез всего российского общества. И, следовательно, их проблемы не всегда и не во всем являются проблемами самих организаций. Главная причина — отсутствие в полной мере необходимого регламента, определяющего роль гражданского общества в жизни государства.

В России, как и в других странах, основной функциональной единицей здравоохранения является врач. Однако до настоящего времени в российском здравоохранении врач в правовом отношении — **объект права, а не субъект**. А это значит, что сегодня **врач**, не имея необходимых юридических полномочий, не может нести полную ответственность перед государством. Следовательно, если у врача нет такой ответственности, то у **пациента нет необходимых прав**.

Для того, чтобы такие права и обязанности появились, должен быть принят соответствующий федеральный закон, регламентирующий врача как **субъекта права**. В этом случае — это и есть самое главное, для осуществления врачебной деятельности каждый врач должен быть лицензирован. В настоящее время лицензией владеют лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) — больницы, поликлиники, медицинские центры. Но ЛПУ, по своей сути, являются хозяйствующими субъектами, которые обеспечивают медицинских работников, и в первую очередь врача, всеми технологическими возможностями для осуществления их профессиональных полномочий: помещением, отвечающим санитарно-эпидемиологическим и пожарным требованиям; исправным оборудованием, достаточным количеством расходных материалов, медикаментов; бесперебойным подведением коммуникаций (вода, газ, электричество, отопление, связь); регламентом функциональных обязанностей.

Однако ЛПУ не может гарантировать должное исполнение врачом своих обязанностей. Формально врач получает государственный диплом, сертификат, документ об усовершенствовании или специализации в учебных учреждениях, которые в равной мере гарантируют, что врач имеет соответствующий объем знаний и готов их честно применить на практике. Но в регламент юридической ответственности не включена совокупная ответственность за отсутствие достаточного уровня знаний врача, неправильное и недобросовестное их применение на практике. В действительности в России за недолжное выполнение врачебных обязанностей основную ответственность несет лицензированное лечебное учреждение, где работает врач. И лишь потом оценивается деятельность самого специалиста.

Ситуация очень хорошо иллюстрируется следующим примером: «права на вождение авто-

мобиля имеются не у водителя, а у автомобиля, и всю ответственность за ситуацию на дорогах несет не водитель, а автомобиль».

Однако в случае выдачи индивидуальной лицензии специалисту, государству будут необходимы гарантии того, что врач в полной мере способен заниматься профессиональной деятельностью. Кто может в России дать такую гарантию в настоящее время: Министерство здравоохранения и социального развития, учебно-медицинские учреждения, Росздравнадзор, ЛПУ? Все эти органы не могут гарантировать врачебную ответственность в полной мере, так как они по своим функциям не отслеживают всю образовательную и профессиональную деятельность специалиста. Такой регламент по совокупному принципу отсутствует. Согласно существующему международному опыту роль гаранта берут на себя профессиональные медицинские организации, при соответствующем распределении полномочий и взаимодействии с государственными структурами. В этом случае ПОО участвуют в определении степени квалификации специалистов, уровня их подготовки, медицинской этики, в их компетенцию входят рекомендации и составление рецензии в государственные органы, отвечающие за выдачу лицензии врачу.

В настоящее время в России государство сделало первые шаги на пути передачи части своих полномочий профессиональным сообществам. Намечались существенные перемены: простые граждане, общественные организации допущены к управлению государством; в 2007 году появился Федеральный закон Российской Федерации № 315-ФЗ «О саморегулируемых организациях»; в Государственной думе 21 октября 2011 года во 2-м чтении был принят Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в котором определена роль и общественным организациям.

Но готовы ли наши ПОО к такой регуляции профессиональной деятельности? В настоящий момент — нет.

Подавляющее большинство ПОО не имеют методологической базы для системного участия всего сообщества в общественном управлении здравоохранением. Функционирование медицинских общественных организаций складывается из законодательно закрепленных положений, которые описаны в **Уставе организации, и «обычного права»**, которое определяет нерегламентированные правила взаимодействия между участниками ПОО. В силу того, что в большинстве российских медицинских ПОО отношения между их членами и внешними структурами (государство, пациенты) недостаточно четко регламентированы внутренним уставом и структурой организации, в этой части преобладает «обычное право». Социально «активные члены» ПОО становятся их бесшумными лидерами, берут руководство и подстраивают систему функционирования, в силу ее слабой регламентированности, под себя, т. е. под свои внутренние задачи, не обеспечивая всем членам ПОО равноправного общественного управления специальностью. Если сказать более понятным языком: слабая система регулирования ПОО позволяет более «активным членам» сконцентрировать всю власть в своих руках и реализовывать свои амбиции, а не цели общественной организации.

Для осуществления корпоративных задач необходим механизм, который позволит в равной степени всем членам принимать участие в жизни ПОО. Такой опыт есть. Не надо изобретать велосипед, все это уже давно существует в мире. Многие наши «изобретения», к сожалению, рождаются от недостаточности знаний. Накопленный мировой опыт надо перенимать и по возможности адаптировать к российским условиям.

Но и в нашей стране интересным примером может служить структура общественной организации адвокатской практики.

Исходя из отечественного и мирового опыта, можно предложить следующий механизм реализации поставленных перед ПОО задач. Главными принципами построения врачебной корпорации (общественной организации) должны быть:

- персональное членство врача в ПОО;
- ПОО для врача, а не врач для ПОО;
- члены ПОО — только врачи;
- структура ПОО в субъекте Российской Федерации должна быть везде одинакова;
- один врач может занимать только одну должность в ПОО;
- закрытое голосование при избрании на выборные должности в ПОО;
- ежегодное переизбрание лидера ПОО (президента), который за 1 год до вступления в должность избирается в качестве «Президент-Электа» и еще на 1 год после окончания полномочий остается на должности «Паст-Президент» для осуществления преемственности;
- наличие должности генерального секретаря, который избирается на 4 года и может переизбираться до 2 раз;
- использование современных средств коммуникации для осуществления информационного и интерактивного (с системой обратной связи) взаимодействия.

Для создания ПОО в Российской Федерации из всех юридических форм некоммерческих организаций и общественных объединений возможны лишь 2 формы — это: 1) общество и 2) саморегулируемая общественная организация. Формат ассоциации, говоря российским законодательным языком, не подходит, так как в ассоциацию могут войти только юридические лица. Такой формат не позволит полноценно реализовать систему гарантий при выдаче лицензии членам профессионального сообщества.

Обязательным условием является строгая иерархия в системе ПОО, которая состоит из создания общемедицинского национального общества и включенных в нее узкоспециализированных направлений, например, урологии. Каждая из них должна быть представлена региональными отделениями по количеству субъектов Российской Федерации и центрального представительства ПОО.

Такое возможно лишь при единой структуре общества, которая реализуется через устав, через разработанную систему врачебного самоуправления, систему выборов в органы управления ПОО и при наличии законодательной поддержки со стороны государства.

Несомненно, подобный процесс не может произойти в один день — это большая и сложная работа, которую надо начинать не с Центра, а с субъектов Федерации, поэтапно реализуя намеченные задачи.

Все это возможно лишь при совместной работе с государственными структурами, которые отвечают сегодня за здравоохранение, и постепенном завоевании их доверия.

Только при этих условиях государство может передать часть своих полномочий в организации системы здравоохранения профессиональным сообществам.

Уважаемые коллеги, конечно же, нам предстоит еще очень многое сделать для того, чтобы наши ПОО перестали быть «клубами по интересам» и стали полноправными участниками системы управления здравоохранением России.

Европейская Ассоциация урологов (EAU) сегодня



**Старкова
Евгения
Леонидовна**

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

Европейская ассоциация урологов

Европейская ассоциация урологов (EAU) – это общественная некоммерческая организация, которая объединяет и поддерживает урологов, а также специалистов, работающих в смежных областях медицинской науки. Основной ее стратегической задачей является повышение уровня европейской урологии. Для достижения этой цели EAU проводит работу в нескольких направлениях: продвижение науки, внедрение и стимуляция непрерывного медицинского образования урологов, фасилитация обмена опытом.

Учреждение EAU

EAU была основана в 1972 г. В те годы урология очень бурно развивалась во многих западноевропейских странах: Франции, Германии, Австрии, Великобритании. В странах социалистического блока также существовали крупные урологические отделения и исследовательские институты, которые проводили новаторскую работу. Однако рабочих контактов и условий для стабильного обмена опытом между этими странами не существовало, и специалисты все больше ориентировались на Американскую ассоциацию урологов (AUA), которая проводила научные конгрессы по урологии с участием делегатов со всего мира.

В сентябре 1972 г. профессор Джорджи Равазини пригласил несколько известных европейских урологов для обсуждения идеи создания европейского урологического общества, и уже в 1974 г. в Падуе (Италия) состоялся Первый общеевропейский конгресс. Помимо Равазини членами-учредителями EAU являются П. Алкен, Н. Атанасов, Д. Баденох, Ф. Балог, Р. Кувелер, В. Грегуар, Г. Марбергер, Дж. Мейор, М. Мебел, С. Петкович, А. Пучверт, С. Весоловски, В. Звара, А. Цервенаков, Г. Йонсон и Н. Лопаткин.

До начала 90-х годов Ассоциация существовала по принципу элитарного клуба, в который можно было вступить только по рекомендации, но с приходом на пост генерального секретаря профессора Франца Дебройна EAU открыла двери для всех специалистов и стала интенсивно развиваться и расширять сферы своей деятельности.

EAU сегодня. Членство и привилегии

В настоящее время EAU насчитывает более 16 000 членов. Существует несколько видов членства, которые определяются как местом проживания (европейское членство, международное членство), так и профессиональной деятельностью (уролог, специалист из смежного направления, резидент). Льготные членские взносы платят резиденты и урологи, проживающие в Европе.

Все более популярным становится членство в режиме online: врачи-урологи могут стать членами Ассоциации и получать все полагающиеся привилегии, за исключением печатных изданий. При этом за ними сохраняется право на чтение всех публикаций в электронном виде (на официальном сайте EAU).

Еще одним распространенным видом членства является групповое соглашение (*en bloc agreement*). Это соглашение заключается между национальным урологическим обществом и EAU, при этом все члены общества автоматически становятся членами EAU с предоставлением льгот по взносам.

В настоящее время большинство урологов предпочитают вступать в EAU и платить взносы в режиме online на сайте организации. Однако EAU отправляет своих представителей на большинство крупных европейских мероприятий по урологии, что многим дает возможность напрямую решать различные вопросы, связанные с членством.

EAU разносторонне поддерживает своих членов: независимо от вида членства все урологи получают доступ к изданиям Ассоциации и скидку при регистрации на научные мероприятия, тренинги и курсы. Кроме того, члены Ассоциации могут принимать участие в программах обмена и спонсируемых мероприятиях, например, в Европейской образовательной программе для резидентов (*EUREP*).

Разветвленная структура EAU и ее широко развита деятельность дают возможность активным членам приобщаться к работе Ассоциации, принимая на себя обязанности в комитетах и секциях либо публикуя свои материалы в различных изданиях.

Комитет по работе с членами EAU (Membership Office) возглавляет д.м.н., профессор Игорь Алексеевич Корнеев (Санкт-Петербург, Россия).

Структура и управление

Стратегическое руководство Ассоциацией осуществляется исполнительным комитетом, который состоит из 4 членов. В настоящее время роль генерального секретаря организации исполняет профессор П.-А. Абрахамссон (Швеция); в комитет также входят профессора К. Чапл (Великобритания), В. Артибани (Италия) и М. Вирт (Германия). Члены исполнительного комитета избираются во время генеральной ассамблеи на Конгрессе EAU на 4 года, с правом 1 переизбрания. В этом году была принята новая процедура отбора кандидатов для избрания в комитет: теперь любой член EAU, который соответствует требованиям по условиям отбора, может подать заявление на рассмотрение его кандидатуры для работы в исполнительном комитете или в 1 из 12 подкомитетов (*EAU Offices*).

Подкомитеты представляют собой важнейшую опору деятельности EAU – они курируют и развивают все ключевые направления, необходимые для развития европейской урологии. Далее речь пойдет о работе 4 из них.

Европейская школа урологии (*European School of Urology*) – это образовательный комитет EAU (*EAU Education Office*). Именно этот комитет занимается разработкой и проведением курсов (ESU Courses), целью которых является повышение профессиональной квалификации урологов. Содержание этих курсов имеет практическую ценность. Европейская школа урологии также предоставляет всем членам возможность проходить аккредитованные бесплатные online-курсы – они размещены на официальном сайте EAU. В настоящее время этот комитет разрабатывает Европейскую учебную урологическую программу (*European Urology Curriculum*). Руководит школой профессор Х. Ван Поппел (Бельгия).

Комитет по разработке клинических рекомендаций (*EAU Guidelines Office*) разрабатывает и публикует клинические рекомендации EAU. В его состав входят многочисленные подкомитеты, в работе которых принимает участие большое количество европейских экспертов. Руководит этим комитетом К. Парсонс (Великобритания).

Европейская урологическая стипендиальная программа (*European Urology Scholarship Programme*). Этот комитет занимается организацией программ обмена, коротких визитов и выдает стипендии для краткосрочных образовательных поездок в европейские урологические центры. Цель этой программы – интеграция об-

разования, стимуляция обмена опытом, гармонизация урологической практики в Европе.

Комитет по работе секций (*Section Office*) занимается координацией работы 11 секций EAU. Каждая из секций курирует одно или несколько направлений урологической субспециализации. В настоящее время в Ассоциации активно работают секции по таким направлениям, как онкоурология, реконструктивная урология, андрология и т. д.

Работа EAU регламентируется уставом, который был обновлен и одобрен на генеральной ассамблее во время проведения 26-го Конгресса EAU в Вене.

Печатные издания

Портфолио EAU включает в себя несколько печатных изданий. Официальным научным журналом организации является «Европейская Урология» (*European Urology*), который выпускается с 1974 г. В настоящее время этот рецензируемый журнал имеет самый высокий импакт-фактор (IF 8.843) среди журналов по урологии. Редакция журнала находится в Милане (Италия).

«Клинические рекомендации EAU» (*EAU Guidelines*) можно без преувеличения назвать самым востребованным изданием Ассоциации. Оно выпускается с 2000 г. и уже переведено на несколько европейских языков, в том числе и русский. В настоящее время «Клинические рекомендации EAU» издаются в полной и карманной версии. Бесплатная электронная версия рекомендаций доступна всем желающим на сайте EAU.

«Европейская урология сегодня» – это информативный дайджест, который выпускается 6 раз в год и включает в себя как научные публикации, аналитические и обзорные статьи, так и репортажи с конгрессов, а также информацию о предстоящих мероприятиях. Материалы в номер готовят сотрудники отдела коммуникаций и врачи, желающие опубликоваться в этом издании. Окончательное решение о публикации принимают ответственный секретарь и главный редактор. В первые дни проведения Конгресса EAU также выпускает 3 специздания, посвященные этому мероприятию. «Европейская урология сегодня» – это единственное издание, в котором публикуются рекламные материалы.

Издания исторического комитета – это большая гордость EAU. Каждый год Ассоциация выпускает очередной том «Истории урологии в Европе» (*Historia Urologiae Europaeae*). Кроме этого серийного издания раз в несколько лет в свет выходят монографии – красиво иллюстрированные книги на различные историко-урологические темы.

Интернет-представительство

На официальном интернет-сайте EAU (www.uroweb.org) можно найти подробную информацию об Ассоциации, а также ресурсы для урологов. Все большее внимание уделяется мультимедийным и мобильным технологиям и дистанционному образованию. Уже сейчас на веб-сайтах всех крупных мероприятий публикуются вебкасты сессий, и в ближайшем будущем основная задача (и одновременно сложность) будет заключаться в интеграции всех интернет-каналов в единый портал. Этот портал должен учитывать интересы и молодых урологов, и опытных специалистов, а также поддерживать систему совместной работы.

EAU также готовит еженедельную информационную рассылку (EAU News) и активно участвует в различных социальных сетях (Twitter: @uroweb, Facebook: EAUpage, LinkedIn group: European Association of Urology).

Мероприятия

EAU ежегодно организует или участвует в более чем 20 образовательных и науч-

ных мероприятиях. Самым крупным мероприятием является Конгресс EAU, на который съезжаются свыше 13 000 человек. Это делегаты; представители компаний, присутствующих на выставке; докладчики и преподаватели тренингов. Во время Конгресса проводятся более 10 заседаний и курсов Европейской школы урологии, ведется 7-часовая прямая трансляция из операционного зала и организовывается одна из самых крупных в Европе технологических выставок в сфере урологии. В 2012 г. Конгресс EAU пройдет в Париже (Франция).

Кроме Конгресса EAU проводит региональные мероприятия по урологии и узкоспециализированные мероприятия секций EAU. Европейская школа урологии регулярно присылает своих представителей для проведения курсов на конгрессах национальных урологических обществ.

Сотрудничество

EAU активно сотрудничает с национальными урологическими обществами не только в Европе, но и за ее пределами. Стимулирование усилий к обмену опытом и повышению уровня урологической службы является главной задачей Ассоциации. Кроме того, EAU активно работает в сфере повышения престижа урологии, как специальности, среди студентов медицинских учебных заведений и общественности. Для достижения этой задачи Ассоциация проводит такие мероприятия, как «Неделя урологии», и организует встречи представителей национальных обществ для обсуждения возникших проблем и разработки общей стратегии.

EAU принимает лишь ограниченное участие в решении частных законодательных и политических вопросов, поскольку эти сферы общественной деятельности очень сильно отличаются от аналогичных на территории Евросоюза, и тем более – за его пределами. Для достижения своих целей по улучшению урологической службы EAU находит точки пересечения интересов разных обществ и разрабатывает стратегические решения, которые положительно влияют на ситуацию сразу в нескольких странах, входящих в Евросоюз. Например, EAU стремится нарастить свое влияние в политических органах Евросоюза для того, чтобы иметь возможность принимать участие в обсуждении важнейших вопросов, затрагивающих как врачей-урологов, так и пациентов, например, введение массового ПСА-скрининга населения в Европе (PSA population screening).

EAU также сотрудничает с ассоциациями, представляющими интересы специалистов из смежных областей: медицинских онкологов, радиологов, гинекологов и др. Это сотрудничество стимулирует мультидисциплинарный подход к лечению пациента и открывает новые горизонты для проведения научных исследований.

Кадровые вопросы и финансирование

Центральный офис EAU находится в г. Арнеме (Нидерланды). В EAU на постоянной основе работает более 50 человек, свыше 20 из них задействовано в организации мероприятий. Кроме того, в EAU есть отдел по работе с членами Ассоциации, финансовый отдел, отдел коммуникации и отдел информационных технологий. Деятельность EAU полностью координируется центральным офисом, и только в некоторых проектах, например, при проведении Конгресса, привлекаются сторонние компании.

В основном Ассоциация существует за счет членских взносов, а также регистрационных взносов, вносимых за участие в мероприятиях. Кроме того, у EAU есть несколько корпоративных спонсоров, поддержка которых позволяет проводить бесплатные образовательные мероприятия и развивать программу обмена. УС

Конгресс РООУ: новизна и уникальность



**Виктория
Анатолевна
Шадеркина**

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

5–7 октября 2011 года в ГК «Космос» состоялся VI Конгресс Российского общества онкологов (РООУ) — одно из самых посещаемых мероприятий в секторе онкоурологии. В этом году на Конгрессе было зарегистрировано более 1500 специалистов — онкологов и урологов, радиологов, химиотерапевтов, хирургов-эндоскопистов и специалистов инструментальной диагностики; было принято 140 новых членов; таким образом, число членов РООУ на данный момент составляет 2 430 человек. В работе Конгресса приняли участие компании-производители медикаментов и медицинского оборудования. Большой интерес вызвали стенды компаний, давно ставших лидерами в онкоурологии — Астра Зенека, Астеллас Фарма, Ипсен и др. Участие в Конгрессе приняла компания РуссЭндо, представившая эндоскопическое, эндохирургическое оборудование и инструменты.

Открыл Конгресс Президент РООУ д.м.н., профессор **В.Б. Матвеев**. Он наградил отличившихся врачей и представителей фармацевтических компаний, внесших вклад в развитие отечественной онкоурологии, за последний год.

Президент РОУ академик **Н.А. Лопаткин** в своем выступлении на открытии Конгресса РООУ подчеркнул необходимость развития такой области, как онкоурология, подчеркнув, что данное направление нужно развивать совместными усилиями урологов, онкологов, радиологов, а также специалистов смежных дисциплин! Площадка РООУ в этом плане оказалась эффективным инструментом. Поздравив руководителей РООУ с достигнутыми успехами, он высказал надежду на дальнейшую совместную работу.

Научная программа Конгресса началась с выступлений иностранных коллег — председателя рабочей группы по РПЖ ЕАУ профессора **А. Хайденрайха** (Германия) «Новое в онкоурологии 2010–2011. Рак предстательной железы и рак яичка» и председателя Европейской ассоциации онкологов **М. Браузи** (Италия) «Новое в онкоурологии 2010–2011. Рак мочевого пузыря и рак почки».

Первый день Конгресса завершился спутными симпозиумами компаний. Мероприятие, посвященное 70-летию гормональной терапии (ГТ) рака предстательной железы (РПЖ), организовала компания Астеллас Фарма, являющаяся экспертной компанией в онкоурологии. Такая актуальная тема, с которой сталкивается каждый без исключения уролог, стала предметом пристального внимания большей части аудитории Конгресса.

Симпозиум начался с доклада д.м.н., профессора **И.Г. Русакова**, в котором была освещена история ГТ. Несмотря на 70-летнее применение в ГТ остается много противоречий. Профессор отметил, что в нашей оценке эффективности лечения РПЖ на протяжении ряда лет остаются главными 2 показателя: снижение уровня тестостерона и снижение ПСА, по которым можно прогнозировать лечебный эффект. Благодаря ГТ онкологи почти полностью отказались от хирургической кастрации и эстрогенов. Профессор обратил внимание участников на то, что эффективность агонистов ЛГРГ в значительной степени зависит от строения сфер полимера и лекарственной

формы препаратов. В клиническом плане моносферическая структура полимера позволяет добиться равномерного выделения действующего вещества, избежать у пациента всплеск тестостерона и обеспечить максимальное снижение его уровня.

С новыми подходами и перспективами ГТ РПЖ ознакомил участников д.м.н., профессор **В.Б. Матвеев**. Свое выступление профессор начал с характеристики интермиттирующей гормональной терапии (ИГТ), которая только в 2010 году была признана методом, не уступающим по онкологическим результатам длительной ГТ. Но, согласно протоколу SWOG 9346, ИГТ можно проводить далеко не всем пациентам. Показания к ИГТ определяются в зависимости от надир ПСА после 6 мес индукционной терапии, с этим же показателем связан и прогноз выживаемости больного. Если у первичного пациента надир ПСА менее 0,2 нг/мл, то продолжительность его жизни значительно больше, чем у пациентов с надиром ПСА больше 4 нг/мл. Если пациент с рецидивом после ДТГ или РПЭ, то после индукции ПСА должен быть менее 0,5 нг/мл. ИГТ не показана пациентам: с очень высоким ПСА до лечения (выше 500 нг/мл) и быстрым временем удвоения ПСА; низкодифференцированным РПЖ; большим количеством метастазов.

Далее **В.Б. Матвеев** представил последние достижения гормональной терапии РПЖ с использованием агонистов ЛГРГ, которые своим появлением обязаны успехам молекулярной биологии, в частности открытию строения андрогеновых рецепторов. Одним из новых препаратов этой группы является Элигард (лейпрорелин), являющийся синтетическим непептидным аналогом природного гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ), который при длительном применении ингибирует секрецию гипофизарного гонадотропина и подавляет тестикулярный стероидогенез у мужчин. От остальных препаратов, применяющихся в лечении РПЖ, его выгодно отличает минимальная частота «феномена всплески», значительное снижение уровня тестостерона, сопоставимое с хирургической кастрацией.

Оживленная дискуссия развернулась на тему интермиттирующей ГТ РПЖ. Аргументы «за» этот вид терапии представил к.м.н. **А.В. Говоров**. Он отметил, что при длительной ГТ у пациента усугубляется течение сердечно-сосудистых заболеваний, развивается метаболический синдром, повышается вероятность развития диабета, снижается минеральная плотность костей, что предрасполагает к развитию остеопороза и переломам костей и в конечном счете повышает риск общей смертности. Преимущества ИГТ состоят: в более высоком качестве жизни за счет уменьшения числа побочных эффектов и сохранения эректильной функции; увеличении времени до развития кастрационно-резистентного РПЖ; более низкой стоимости лечения. С 2010 года ИГТ согласно рекомендациям ЕАУ не должна рассматриваться как экспериментальная методика, что было продемонстрировано **А.В. Говоровым** участникам симпозиума на основании клинических исследований, посвященных изучению ИГТ. В ближайшие годы ожидаются результаты новых протоколов, которые могут изменить и уточнить мнение об ИГТ.

Аргументы «против» ИГТ прозвучали в докладе проф. **А.Д. Каприна**. Длительная гормональная терапия, по мнению профессора, подарила многим пациентам РПЖ месяцы и годы жизни. Все исследования ИГТ были направлены на изучение устранения нежелательных побочных эффектов гормональных препаратов, что очень выгодно отличает ИГТ от ДТГ. По мнению профессора **А.Д. Каприна**, до сих пор окончательно не определена длительность периода индукции, а надир ПСА подбирает-



Первый день Конгресса

ся эмпирически. Кроме того, ИГТ показана далеко не всем пациентам. Все это ограничивает ее применение, она не может быть рекомендована к рутинному применению на практике. Необходимы рандомизированные клинические исследования, отвечающие на вопрос об отдаленных результатах ИГТ.

Профессор **Е.И. Велиев** и к.м.н. **М.И. Волкова** продолжили симпозиум компании Астеллас Фарма докладами на тему биохимического рецидива РПЖ, особенностей ГТ после радикального лечения.

Ни одного рецидива РПЖ после радикальной простатэктомии (РПЭ) не развивается без повышения ПСА, в связи с чем изолированное повышение ПСА без клинических признаков было названо биохимическим рецидивом. Уровень ПСА, характерный для рецидива, различается при различных методах лечения: после РПЭ — уровень ПСА должен быть более 0,2 нг/мл; при лучевых методах абсолютного значения ПСА для биохимического рецидива нет, но считается, что это — надир ПСА+2 нг/мл, при аблативных технологиях — многие авторы считают 1 нг/мл.

Источником повышения ПСА могут быть: остаточная ткань предстательной железы (ПЖ), не содержащая опухоль; рецидив опухоли; отдаленные метастазы или их сочетание. Современные методы визуализации не позволяют достоверно выявить источник повышения ПСА, особенно при его невысоких цифрах, поэтому невозможно сказать точно, чем вызвано повышение ПСА — местным рецидивом или метастазами.

Неблагоприятные признаки, которые помогают заподозрить диссеминацию процесса: экстракапсулярное распространение опухоли, положительный хирургический край, метастазы в лимфатические узлы (ЛУ), высокий показатель Глисона. В пользу метастазов после РПЭ свидетельствует короткое время до ПСА-рецидива, быстрое время удвоения ПСА (6–10 мес), высокая скорость нарастания маркера (0,75 нг/мл). После лучевой терапии — повышение ПСА в течение 1,5 лет после облучения.


Авторы рассказали о тактике лечения ПСА-рецидива, которая может быть 2 видов — спасительное местное лечение и паллиативная гормональная терапия. В своем докладе

М.И. Волкова подробно остановилась на опциях лечения рецидива после каждого из радикальных методов, их отдаленных онкологических и функциональных результатах. Стандартом лечения пациентов при местнораспространенном раке при ПСА-рецидиве является терапия агонистами ЛГРГ (Элигард), которая эффективна у 90 % пациентов. Максимальная андрогенная блокада не является стандартом, так как ее преимущества перед кастрацией минимальны. Монотерапия антиандрогенами (например, бикалутамидом в высоких дозах) является альтернативным методом, который не показал различия в выживаемости пациентов по сравнению с кастрацией, давая преимущества в физической активности и сохранении полового влечения. В заключение авторы отметили, что требуются дополнительные исследования, посвященные ГТ ПСА-рецидива после радикальных методов лечения.

В это же самое время в другом зале проводился симпозиум на тему «Экспертная оценка проблемы таргетной терапии распространенного почечно-клеточного рака». В обсуждении участвовали специалисты по лечению рака почки (РП) — профессор **Б.Я. Алексеев**, к.м.н. **М.И. Волкова** («Результаты непрямого сравнительного анализа эффективности таргетной терапии при распространенном ПКР»). Опыт применения Вотрепента в России был освещен в докладе профессора **О.А. Гладкова** (Челябинск).

Второй день Конгресса начался с разбора клинических случаев. Лечение больных с первично выявленным РПЖ. **Е.И. Велиев** (Москва) рассказал о выполнении РПЭ у пациентов группы высокого риска, он отметил, что это — единственный метод, позволяющий провести корректное патологическое стадирование, стратифицировать риск и сделать выбор относительно моно- или мультимодального подхода к лечению. Современные возможности дистанционной лучевой терапии стали темой выступления **С.И. Ткачева**. По мнению докладчика, эскалация дозы ЛТ, неoadьювантная и адьювантная ГТ в комбинации с ЛТ улучшают результаты лучевой терапии больных РПЖ ранних и местнораспространенных форм. Но увеличение СОД и длительность ГТ ассоциируются с увеличением частоты побочных эффектов. Очень интересный доклад

Продолжение на стр. 7 ▶



руссэндо

Эндохирургическое
оборудование
и инструменты

ООО «РУССЭНДО»

Эндоскопическое, эндохирургическое оборудование и инструменты немецких фирм

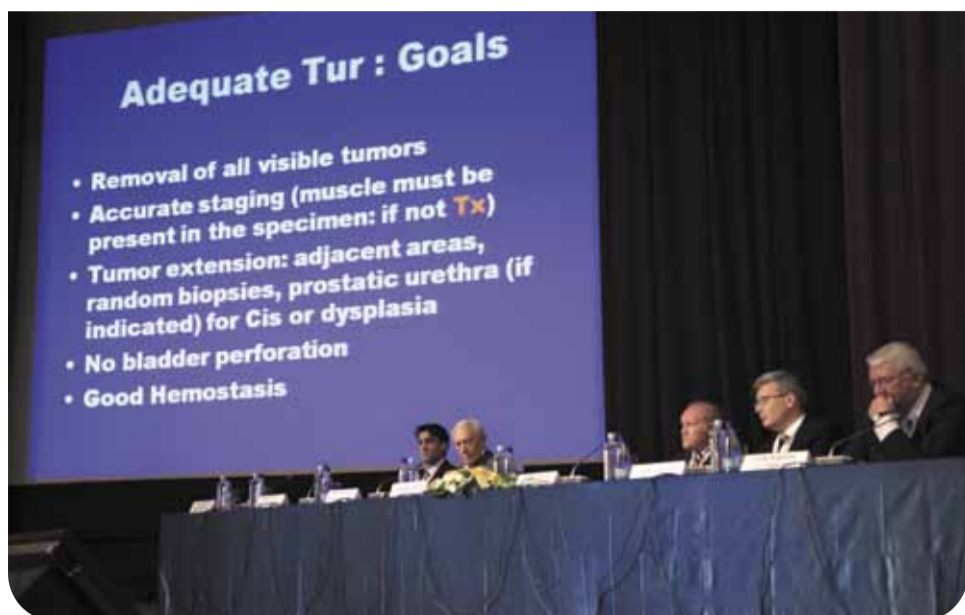
- KARL STORZ GmbH & Co.KG
- ERBE Elektromedizin GmbH
- Dufner Instrumente GmbH
- Kurz GmbH

Поставки оборудования для фотодинамической диагностики опухолей мочевого пузыря.

Акции по замене эндоскопов и инструментов.

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

Конгресс РООУ: новизна и уникальность



Президиум Конгресса РООУ 2011 год

◀ Продолжение, начало на стр. 6

«Брахитерапия: различные показания — различные результаты» прочитал **В.А. Бирюков**. Он дал четкие рекомендации по выполнению брахитерапии у пациентов различных групп риска как в качестве монотерапии, так и в комбинации с другими методами.

А.В. Говоров (Москва) представил доклад «Фокальные методы лечения у больных с первично выявленным РПЖ: кому они показаны?».

Большой интерес вызвала дискуссия на тему длительной адьювантной ГТ (АГТ) — она ведет к увеличению эффективности или же токсичности? Аргументы «за» эту методику ле-

чения пациентов РПЖ привел в своем выступлении профессор Б.Я. Алексеев. Немедленная АГТ агонистами ЛПРГ (Диферелин, Ипсен) после РПЭ позволяет достичь 72,3 % общей и 87,2 % опухолево-специфической выживаемости по сравнению с 1 только наблюдением (49 и 56,9 % соответственно).

Профессор уделил большое внимание результатам длительной и кратковременной АГТ после лучевой терапии по данным исследования EORTC 22961 (970 пациентов с местнораспространенным РПЖ), которое показало, что 5-ти летняя выживаемость, а также выживаемость без признаков клинической и биохимической прогрессии была достоверно больше в группе длительной ГТ на Диферели-



Президент РООУ В.Б. Матвеев

не 11,25 мг или 3,75 мг в течение 2,5 лет после 6 месяцев режима МАБ. Эффективность АГТ после лучевой терапии приведена в 2 самых известных 10-летних исследованиях RTOG 8531 и EORTC 22863. По данным 1-го исследования, общая выживаемость пациентов составила 49 %, по данным 2-го — 58,1 %, а 10-летняя безметастатическая выживаемость — 47,7 %. При применении только лучевой терапии эти цифры вдвое меньше.

Б.Я. Алексеев сделал вывод о том, что АГТ после лучевой терапии достоверно увеличивает безрецидивную и безметастатическую выживаемость. Длительная ГТ приводит к достоверному увеличению общей выживаемости у больных с опухолями Т3-4, с опухолями 7–10 баллов по шкале Глисона. При этом длительная АГТ не приводит к снижению качества жизни пациентов и увеличению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Профессор В.Б. Матвеев посвятил свой доклад аргументам в пользу отсроченной и кратковременной ГТ. По его мнению, длительная АГТ сопровождается серьезными осложнениями: развитие инсулинорезистентности, диабета, метаболического синдрома, ожирения, усугубляет течение сердечно-сосудистых заболеваний. Профессор отметил, что к выбору длительности АГТ надо подходить дифференцированно. Так, например, у больных РПЖ низкого риска рутинное применение комбинации ДЛТ и ГТ не оправдано. У больных промежуточного риска роль АГТ до конца не определена, в частности в свете более интенсивных современных режимов ЛТ. У больных высокого риска АГТ агонистами ЛПРГ (Диферелин, Ипсен) улучшает показатели выживаемости. Длительная АГТ (24 мес) этими препаратами является методом выбора, однако оптимальная длительность не определена. У больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями предпочтение следует отдавать кратковременной АГТ (6 мес).

К.м.н. **А.А. Жернов** (Москва) выступил с новой темой, посвященной применению аблативных технологий при рецидивах после ДЛТ. Он отметил, что местный рецидив или генерализация процесса после радикальных методов лечения (РПЭ и ДЛТ) в течение 10 лет возникает у 27–53 % пациентов. Диагностика местного рецидива после ЛТ основана на наличии злокачественных клеток при биопсии ПЖ через 18 мес и более после ДЛТ, подъема ПСА более чем на 2 нг/мл от надира, отсутствие метастатического поражения при КТ, МРТ и ОСГ. Методы спасительной терапии после ДЛТ: простатэктомия (СПЭ), криоабляция (СКА), HIFU, брахитерапия (СБТ).

Конгресс был продолжен темой новых тенденций в диагностике и лечении рака поч-

ки в России. С апреля 2008 года по настоящее время в России проводится многоцентровое исследование, касающееся диагностики и лечения рака почки (РП) в нашей стране, в которое включено 5333 больных почечно-клеточным раком (ПКР). Профессор Б.Я. Алексеев привел данные по распределению больных по клиническим стадиям: I — 44,1 %, II — 13,5 %, III — 28,9 %, IV — 13,4 %. Из них женщин — 31,1 %, мужчин — 68,9 %. В преобладающем числе случаев (80,3 %) им была выполнена нефрэктомия, в 17,6 % — резекция почки. Профессор коснулся вариантов гистологического типа опухоли, локализации метастазов, а также вариантов адьювантного лечения больных ПКР — поистине уникальные данные по России, которые были впервые озвучены на таком высоком уровне.

Профессор **В.Л. Медведев** (Краснодар) поделился уникальным опытом выполнения лапароскопических резекций при РП. По его мнению, ЛРП имеет сходные результаты с открытой резекцией как онкологические, так и по количеству осложнений. При этом сохранение почечной функции обеспечивает лучшую общую и кардиоспецифическую выживаемость пациентов. Профессор отметил, что, когда это технически возможно, надо всегда стремиться выполнять парциальную нефрэктомию. Лапароскопическая резекция почки не является стандартом, но может быть альтернативой открытой хирургии в центрах, имеющих большой опыт лапароскопии.

Д.м.н. **Д.В. Перлин** (г. Волгоград) посвятил свой доклад такой редко освещаемой теме, как тепловая ишемия, при органосохраняющих и органоуносящих операциях по поводу РП. Снижение почечной функции является независимым предиктором сердечно-сосудистых осложнений, госпитализации, смерти и сопровождается снижением общей (и канцерспецифичной) выживаемости. Увеличение времени тепловой ишемии при резекции почки свыше 20–25 мин сопровождается увеличением риска возникновения острого канальцевого некроза в раннем периоде, развитием хронической почечной недостаточности в отдаленном периоде и повышает риск необходимости заместительной почечной терапии независимо от метода операции. Выполнение резекции почки без прекращения кровотока сопровождается лучшими функциональными результатами, чем вмешательство, выполняемое в условиях тепловой и холодовой ишемии, независимо от метода операции. Посегментная ишемия, по мнению профессора, при резекции почки (как открытой, так и видеоэндоскопической) позволяет заметно уменьшить степень снижения клубочковой фильтрации в ближайшем послеоперационном периоде по сравнению с окклюзией общей почечной артерии.

Круглый стол с разбором клинических случаев лечения больных с рецидивами и метастазами РП сопровождался разбором таких тем, как «Местные рецидивы после резекции почки и нефрэктомии: тактика лечения» (В.И. Широкоград, Москва), «Роль хирургии в лечении метастатического рака почки: нужна ли нефрэктомия всем больным?» (А.П. Зырянов, Екатеринбург), «Иммунотерапия у больных метастатическим раком почки» (Д.А. Носов, Москва) и др.

Завершающий день Конгресса был посвящен теме рака мочевого пузыря (РМП). С темой улучшения результатов трансуретральной хирургии с целью уменьшения рецидивов при РМП выступил профессор **А.Г. Мартов**. Качество первичной ТУР, по мнению докладчика, зависит: в первую очередь, от уролога, ее выполняющего; применения адьювантной тера-

Окончание на стр. 8 ▶



На правах рекламы

Доказанная эффективность длительной терапии пациентов с местнораспространенным и метастатическим раком предстательной железы

ВЫДЕРЖКИ ИЗ ИНСТРУКЦИИ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ДИФЕРЕЛИН®

РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР:
Диферелин® 3,75 мг П/№011452/01 от 13.08.2010.
Диферелин® 11,25 мг П/№005557/08 от 17.07.2008.

ТОРГОВОЕ НАЗВАНИЕ: Диферелин®

МЕЖДУНАРОДНОЕ НЕПАТЕНТОВАННОЕ НАЗВАНИЕ:
Трипторелин (Triptorelin)

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА: лиофилизат для приготовления суспензии для внутримышечного введения пролонгированного действия 3,75 мг или 11,25 мг;

ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГРУППА: противополоуховое средство, гонадотропин-рилизинг гормона аналог.

КОД АТХ: L02AE04

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА:

Фармакодинамика.

Трипторелин является синтетическим декапептидом, аналогом природного гонадотропин-рилизинг гормона (высвобождающего гонадотропин). После короткого начального периода стимуляции гонадотропной функции гипоталамуса трипторелин подавляет секрецию гонадотропина и, соответственно, функцию яичек. Постоянное применение препарата снижает секрецию тестостерона, концентрация которого может достигать показателей, которые наблюдаются после хирургической кастрации.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:

Рак предстательной железы.

Рак предстательной железы с метастазами.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:

Повышенная чувствительность к Диферелину® или другим аналогам гонадотропин-рилизинг гормона. Гормоннезависимый рак предстательной железы, состояние после орхидэктомии.

С осторожностью — при остеопорозе.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ:

Препарат вводят только внутримышечно.

Рак предстательной железы.

Диферелин® вводят в дозе 3,75 мг каждые 4 недели или 11,25 мг каждые 3 месяца длительно.

ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ:

- Аллергические реакции, такие как крапивница, сыпь, зуд и очень редко отек Квинке.

- Описаны несколько случаев тошноты, рвоты, увеличение массы тела, артериальной гипертензии, повышенной эмоциональной лабильности, нарушения зрения, боли в месте инъекции и повышения температуры тела, ощущение приливов.

- Длительное применение аналогов гонадотропин-рилизинг гормона может привести к деминерализации костей и является возможным фактором риска развития остеопороза.

- У мужчин — снижение потенции, опухание и болезненность грудных желез (наблюдаются редко). В начале лечения больные раком предстательной железы могут испытывать временное усиление боли в костях, по-

раженных метастазами (лечение симптоматическое). Отмечаются отдельные случаи непроходимости мочеточников и симптомов, связанных с компрессией метастазами спинного мозга (проходят через 1–2 недели). Также в этот период может наблюдаться временное повышение активности кислой фосфатазы в плазме крови.

УСЛОВИЯ ХРАНЕНИЯ:

При температуре не выше +25 °С в недоступном для детей месте.

СРОК ГОДНОСТИ: 2 года.

Новая упаковка

Диферелин® 11,25 мг

Диферелин® 3,75 мг

3,75

11,25

трипторелин



Ипсен Фарма
Россия, 105147, Москва, ул. Таганская, 19
Тел.: +7 (495) 258 5400. Факс: +7 (495) 258 5401
E-mail: ipsen.moscow@ipsen.com



Урологическое сопровождение беременности



Олег Владимирович Абаймов

Врач уролог-андролог
МБУЗ ГКБСМП №2,
г. Новосибирск

oleg@abaimov.ru

При беременности увеличивающаяся в размерах матка постепенно начинает мешать окружающим ее органам. Легко смещаемая прямая кишка практически не испытывает никаких неудобств. В то же время органы мочевой системы начинают чувствовать себя все более и более скованно. Каждая беременность сопровождается рядом определенных изменений в работе почек. Это выражается в усилении почечного кровотока и клубочковой фильтрации примерно на 35–40 %.

На протяжении беременности претерпевает изменения и диурез — от увеличения в 1-м триместре, нормальных значений во 2-м до уменьшения в 3-м.

Также для большинства беременных характерно расширение полостной системы почек и мочеточников, начинающееся в 1-м триместре, достигающее максимальных значений ближе к 6–7-му мес и остающееся иногда вплоть до 12–14-й нед после родов.

Эти изменения чаще наблюдаются у первобеременных вследствие большей упругости передней брюшной стенки. Чаще физиологические гидронефротические изменения описываются справа ввиду тенденции беременной матки отклоняться именно в эту сторону. В формировании подобных расширений мочеточников значительную роль играет постепенное снижение мышечного тонуса и сократительной активности мочеточников, которое начинается с 11–12-й нед и продолжается вплоть до 31–32-й нед беременности. Кстати, еще А.П. Фрумкин в 1931 году писал, что мочеточники у беременных женщин «растут», становятся шире и длиннее.

Saido и Jung в том же далеком 1931 году указывали на определенную роль гормональных факторов в нарушении уродинамики верхних половых путей. С возрастанием гормональной секреции происходит расширение почечных лоханок и мочеточников, которое сходит на нет в раннем послеродовом периоде.

Как казуистику, можно привести сообщение С. Levitt и J. Ingram (1974) о молодой 23-летней повторно беременной, у которой полная компрессия дистальных отделов мочеточников беременной маткой вызвала развитие постренальной обтурационной анурии и послужила пока-

занием не только к прерыванию беременности, но и к удалению матки.

Начиная с 4-го мес увеличивается объем мочевого пузыря, достигая максимума к 7–8-му мес. При этом тонус мочевого пузыря снижается.

Давайте остановимся на самых распространенных урологических заболеваниях, приводящих беременных женщин в неотложное урологическое отделение.

Острый пиелонефрит и беременность

Беременность, как правило, создает благоприятные условия для развития и прогрессирования острого пиелонефрита. К этому приводят нарушение уродинамики верхних мочевых путей и наличие лоханочно-почечных рефлюксов. Немаловажную роль играют и такие типичные для беременных женщины факторы, как переутомление, стрессы, гиповитаминозы, переохлаждения.

Одним из главных предикторов развития острого пиелонефрита у беременных считается бактериурия. У первобеременных преобладает мономикробная мочевая инфекция, а у повторно беременных — смешанная бактериальная флора.

Существует прямо пропорциональная зависимость вероятности развития пиелонефрита от степени выявляемой бактериурии. Чаще острый пиелонефрит развивается во 2-й половине беременности — у первобеременных на 4–5-м мес, а при повторных родах — на 6–7-м мес беременности. При появлении воспаления почек в 1-е месяцы беременности можно думать о его существовании в прегравидарный период.

Беременные с острым серозным пиелонефритом, как правило, предъявляют классический набор жалоб, характерный для этой нозологии. Клиническая картина острого гнойного пиелонефрита может отличаться в зависимости от его вида — апостематозный пиелонефрит, карбункул либо абсцесс почки.

Помощь в постановке диагноза традиционно оказывают данные общеклинических, лабораторных и инструментальных методов исследований.

Лечение острых пиелонефритов беременных заключается в назначении постельного режима, «терапии положением» (лежание на здоровом боку, несколько раз в день — принятие коленно-локтевого положения), дезинтоксикационно-инфузионной и адекватной антибактериальной терапии. Известно, что 1-й линией в лечении беременных служат полусинтетические пенициллины, 2-й линией могут выступить препараты цефалоспоринового ряда. Говоря о комплексном лечении пиелонефрита, нельзя не упомянуть о фитотерапии. В настоящее время многие урологи, занимающиеся лечением урологических заболе-

ваний у беременных, видят хороший клинический эффект при назначении препарата «Канефрон Н». Как известно, он выпускается в форме капель и драже, в его состав входят экстракты таких лекарственных трав, как травы золототысячника (18 мг/1 драже), корня лоблистока лекарственного (18 мг/1 драже) и листьев розмарина (18 мг/1 драже). Препарат обладает мочегонным, противовоспалительным, спазмолитическим действием, а также усиливает действие антибактериальных препаратов. Вследствие действия розмариновой кислоты угнетается высвобождение медиаторов воспаления, что обуславливает стойкий противовоспалительный эффект. Еще одним положительным моментом применения «Канефрона Н» при беременности является возможность его длительного использования. Продолжать принимать данный препарат женщина может и после родов в период лактации.

В целях устранения экстрауренальной обструкции на фоне сохраняющегося воспалительного процесса целесообразно прибегать к дренированию почки мочеточниковым либо стент-катетером. Эта практически безболезненная процедура зачастую оказывает выраженный положительный эффект в консервативном лечении этой категории больных, восстанавливая нормальный пассаж мочи из пораженной почки и купируя в конечном итоге ее воспаление.

Большинство беременных с наличием острого гнойного пиелонефрита подлежат экстренному оперативному лечению. Как правило, объем вмешательства заключается в ломботомии, ревизии пораженной почки, ее декапсуляции и дренировании (установка стент-катетера либо нефростомы). При наличии карбункула почки выполняется его иссечение, почка также дренируется. При выявлении абсцесса последний вскрывается и выполняется дренирование как самой почки, так и гнойной полости вместе с паранефральной клетчаткой.

В идеале все женщины, перенесшие острый пиелонефрит во время беременности или в послеродовом периоде, должны подвергаться детальному урологическому обследованию и находиться под диспансерным наблюдением уролога по месту жительства.

Мочекаменная болезнь и беременность

Мочекаменная болезнь проявляется известной всем триадой симптомов: боль, гематурия, отхождение камней. Беременные женщины — не исключение. Как правило, мочекаменная болезнь у них манифестирует классической почечной коликой, чаще — справа.

Диагностика мочекаменной болезни и сопровождающей ее почечной колики обычно не вызывает у ургентного уролога никаких затруднений — дизурия, тошнота, рвота, интенсивный

болевого синдром с характерной иррадиацией, как правило, приводят к установке единственно правильного диагноза и к экстренной госпитализации такой беременной в стационар.

С целью купирования приступа почечной колики используются спазмолитики и анальгетики разнообразных групп (по индивидуальным показаниям). При сохраняющемся выраженном болевом синдроме на фоне экстрауренальной обструкции целесообразно прибегать к восстановлению пассажа мочи из пораженной почки путем ее дренирования. Для этого, так же, как и при острых воспалительных процессах, используются либо мочеточниковые, либо стент-катетеры различных диаметров.

При отсутствии тенденции к самостоятельному отхождению камня мочеточника и сохраняющихся болевых приступах часто возникает необходимость прибегнуть к эндоскопическим методам лечения. Это либо оптическая литоэкстракция (при конкрементах небольшого размера), либо оптическая контактная литотрипсия. Важно отметить, что современные методы анестезии и эндоскопическая оперативная техника не оказывают никакого отрицательного влияния на течение беременности и родов.

Заклучение, или общие принципы ведения беременных с урологической патологией

Женщина с наличием любого урологического заболевания должна находиться под чутким диспансерным наблюдением уролога.

При возникновении мыслей о планировании беременности это заболевание должно быть устранено. Если же, по тем или иным причинам, женщина входит в гравидарный период с имеющейся урологической патологией или приобретает ее в ходе беременности, то наблюдающие ее гинекологи в тесном контакте с урологами должны обеспечить максимально физиологическое течение беременности и сохранить дальнейшее здоровье для воспитания ребенка.

Есть все основания говорить о том, что беременность и роды у женщин с большинством урологических заболеваний, и даже при наличии единственной почки, в принципе возможны. Когда же возникают показания к операции на почках и мочевыводящих путях, это не означает, что беременность обязательно должна быть прервана. Ее сохраняют даже при проведении больших урологических операций при отсутствии прямой угрозы для женщины и плода. Это реально, так как многие лекарственные препараты, в том числе и анестезиологические средства, частично или полностью выделяются из организма, не оказывая токсического действия на почечную ткань, а равно на другие органы и системы, в том числе и на плод. **УС**

Конгресс РООУ: новизна и уникальность

◀ Окончание, начало на стр. 6

пии; применения узкоспектрового или фотодинамического оборудования. Большое значение имеет техника удаления опухоли: опухоли до 2 см удаляются единым блоком; опухоли более 2 см требуют раздельного гистологического изучения экзифитной части и основания; обязательное получение мышечного слоя (для стадирования); при мультифокальном росте сначала удаляются сателлиты, а потом большая опухоль.

Профессор **М.И. Коган** (Ростов-на-Дону) в своем выступлении рассказал о необходимости применения сшивающих аппара-

тов для выполнения межкишечных анастомозов с целью повышения безопасности радикальной цистэктомии, которая пока остается одной из сложных операций с большим количеством осложнений.

Профессор отметил необходимость проспективных рандомизированных исследований в этой области для сравнения между различными техниками операций.

Тему удаления регионарных ЛУ при РМП осветил профессор **Б.К. Комяков**. В России на момент постановки диагноза около 45–50% пациентов имеют мышечную инвазию. Чем глубже инвазия опухоли, тем боль-

ше вероятность поражения ЛУ. Пятилетняя выживаемость больных после РЦЭ без поражения ЛУ составляет 50–80%. Выживаемость пациентов с регионарными метастазами после РЦЭ — около 23–36%. Пятилетняя выживаемость подобных пациентов, не получавших лечения, составляет всего 5–10%. Поэтому возникает вопрос — надо ли удалять ЛУ, как верифицировать их поражение.

Автор доклада пришел к выводу, что РЦЭ целесообразно выполнять у больных РМП с mts в регионарные ЛУ, так как она увеличивает 5-летнюю выживаемость в сравнении с химиолучевой терапией. У данных больных при РЦЭ следует выполнять расширенную лим-

фодиссекцию, так как она позволяет лучше стадировать заболевание, ликвидировать возможные микрометастазы и увеличить выживаемость. В дальнейшем у пациентов с pN+ оправдано проведение адьювантной химиотерапии. Практически все онкоурологи, находившиеся в зале, были согласны с профессором.

В рамках отчета невозможно рассмотреть все выступления. Доклады, представленные на Конгрессах РООУ, всегда отличаются новизной, индивидуальностью и уникальностью. Надеемся, что на следующем мероприятии в 2012 году авторы представят новые темы, данные исследований, которые заполнят «белые пятна» в онкоурологии. **УС**

Новый подход к лечению доброкачественной гиперплазии предстательной железы и хронического простатита



Евгений Александрович Ефремов

Врач-андролог, д.м.н., зав. отделом андрологии и репродукции человека ФГУ «НИИ урологии» Минздрава России
konfandrology@rambler.ru



Виктория Анатольевна Шадеркина

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

Абсолютное число зарегистрированных больных с заболеваниями предстательной железы в России в последние годы прогрессивно возрастает. Большинство применяющихся в настоящее время препаратов для лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) и хронического простатита (ХП) направлены в первую очередь на ликвидацию беспокоящих пациента симптомов.

Многие пациенты отказываются от терапии с использованием ингибиторов 5-α-редуктазы и α-адреноблокаторов из-за боязни возможного снижения сексуальной функции, которая для них является крайне важной. Одновременно они опасаются возможных осложнений прогрессирования заболевания и готовы при возникших показаниях к оперативному лечению. Несмотря на изученность проблемы, остается ряд вопросов, касающихся лечения ДГПЖ и ХП. Имеющиеся в настоящее время препараты не могут решить проблему в целом, так как обладают в основном симптоматическим механизмом действия и имеют выраженные побочные эффекты. Это заставляет фармацевтические компании продолжать разработку и внедрение новых высокоэффективных препаратов с совершенно иным фармакологическим принципом действия и направленностью при максимальном уровне безопасности.

Что такое простатспецифический антиген (ПСА)?

- ПСА является белком калликреинкининовой системы человека, который вырабатывается железистым эпителием предстательной железы (ПЖ) и периуретральными железами и участвует в образовании спермы;
- ПСА проявляет свойства химотрипсиновой сериновой протеазы и связывает инсулиноподобный фактор роста. Благодаря этим свойствам фермент способствует поддержанию агрегатного состояния спермы и обеспечения подвижности сперматозоидов;
- увеличение концентрации ПСА в сыворотке крови связано с повышением его количества в интерстиции ПЖ;
- являясь протеолитическим ферментом, ПСА может усиливать процессы воспаления;
- ПСА принимает активное участие в регуляции роста стромальных клеток ПЖ, при этом различные нарушения, связанные с продукцией ПСА и его распределением в железе и организме больного, играют свою роль в развитии ДГПЖ;
- ПСА опосредованно принимает участие в процессе ангиогенеза, подавляя пролиферацию и формирование сосудистых структур.

Таким образом, **восстановление нормальной активности ПСА может оказаться наиболее физиологичным подходом к лечению ДГПЖ и ХП.** В связи с этим специалистами НПФ «Материя Медика Холдинг» был разработан пре-

парат «Афала», который входит в группу лекарств, содержащих антитела к простатспецифическому антигену в сверхмалых концентрациях, стимулирующих антипролиферативную и антигистаминную активность ПСА. Предназначенный для лечения ДГПЖ и ХП «Афала» способствует замедлению атрофических процессов железистого эпителия, повышает более чем в 3 раза концентрацию цинка в ткани ПЖ, в результате чего усиливается противовоспалительное действие ПСА и ускоряется восстановление функциональной активности органа. Комплекс токсикологических исследований «Афала» (исследование острой и хронической токсичности, репродуктивной, генетической, иммунологической токсичности и аллергизирующих свойств) не выявил у препарата каких-либо отрицательных эффектов. Первые клинические исследования препарата «Афала» были проведены в 2002–2005 гг. в 4 клинических центрах России (В.Н. Павлов и др., 2005; В.И. Петров и др., 2006; З.А. Юрмазов и др., 2005; А.В. Мартышов-Поклад и др., 2005), а уже в октябре 2006 года он был зарегистрирован для применения на территории Российской Федерации. Изучение эффективности «Афала» проводится в нашей стране по настоящее время на разных урологических кафедрах и клиниках.

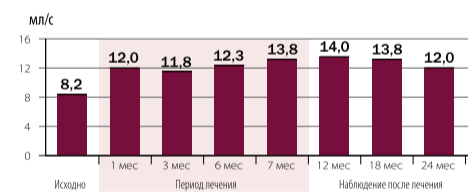
При оценке влияния «Афала» на различные группы симптомов было установлено, что этот препарат оказывает следующие действия.

1. Снижение интенсивности болевого синдрома при ХП

Через 4 недели после начала приема препарата «Афала» на боли не жаловался ни один пациент с ХП. Достигнутый эффект после отмены препарата сохранялся не менее 60 дней (Е.В. Кульчавина, 2007).

2. Улучшение уродинамических параметров при ДГПЖ

По данным исследования 2010 года, выполненного на базе ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава (зав. кафедрой урологии профессор А.В. Гудков), на фоне лечения препаратом «Афала» было достоверно отмечено увеличение максимальной скорости потока мочи, значительное снижение объема остаточной мочи.



3. Повышение качества жизни пациентов с ДГПЖ

- Суммарный балл по IPSS уменьшился на 61 % от исходного.
- Индекс QOL снизился на 54 %.
- Результат лечения как «отличный» отметили 93,8 % пациентов.
- Число эпизодов никтурии снижалось в 3 раза.

Самым большим достижением применения «Афала» у пациентов с ДГПЖ можно считать достоверное повышение качества их жизни, которое оценивалось по показателю QOL (с 4,6 баллов до начала лечения до 2 баллов после 3-месячного курса терапии). Вместе с тем, значительно улучшилась и субъективная оценка состояния пациентами. Индекс IPSS уменьшился в 2 раза (И.А. Абян, 2010 г.).

Улучшение секреторной функции ПЖ

Параметр	Динамика (p < 0,05)	Изменение
Объем эякулята	с 3,3 ± 0,5 мл до 4,7 ± 0,9 мл	+ 43 %
Вязкость эякулята	с 18,0 ± 2,5 мм до 14,2 ± 1,2 мм	- 21 %
Срок разжижения эякулята	с 25,9 ± 4,5 мин до 15,2 ± 4,0 мин	- 41 %
Уровень лимонной кислоты	с 17,5 ± 1,9 ммоль/л до 24,8 ± 2,1 ммоль/л	+ 42 %

4. Положительное влияние на показатели спермограммы и половую функцию

В 2008 году в СПбГМУ им. Павлова профессор В.Н. Ткачук впервые целенаправленно изучил применение препарата «Афала» у пациентов с абактериальным ХП. Основанием для применения этого препарата стал тот факт, что «Афала» нормализует обменные процессы в ПЖ, повышает концентрацию цинка, снижает проявления асептического воспаления, уменьшает отек и нормализует функциональное состояние ПЖ. Результаты контрольных исследований показали уменьшение объема ПЖ и нормализацию ее эхоструктуры, увеличение объема эякулята и повышение его качества, улучшение половой функции в целом (см. таблицу). После лечения «Афала» у 50 % пациентов улучшилась подвижность сперматозоидов, и у 80 % наблюдалась нормализация половой функции. Однако автор исследования отметил, что длительность лечения больных должна быть больше заявленных 30 дней и составлять не менее 90 дней. Клинический эффект от лечения «Афала» у 90-98 % пациентов проявлялся в первые 4 недели приема препарата и сохранялся до 1,5 лет. В ходе исследования не было отмечено каких-либо нежелательных явлений. Оптимальная дозировка препарата составляет

4 таблетки в сутки – по 2 таблетки 2 раза в день. При увеличении количества таблеток до 6 в день положительная динамика оценки качества жизни проявлялась более четко. Увеличение частоты приема «Афала» до 3 раз в день эффективнее устраняло никтурию и инфравезикальную обструкцию (А.И. Неймарк, В.И. Исаенко, 2009 г.). Примечательным является тот факт, что применение препарата «Афала» не оказывало заметного воздействия на уровень сывороточного ПСА, что является положительным моментом, исключая маскировку патологических процессов, возникающих в ПЖ. Таким образом, клиническими исследованиями совершенно четко определено место «Афала»: препарат можно применять в лечении ДГПЖ I и II стадии, а также в составе комплексной терапии острого и хронического простатита – в качестве противовоспалительного и обезболивающего средства, в лечении дизурических расстройств (частые позывы на мочеиспускание, включая ночные, затруднение при мочеиспускании, боль или дискомфорт в области промежности). В заключение необходимо отметить, что «Афала» с высокой степенью безопасности может назначаться пациентам с сопутствующими заболеваниями, так как не вызывает побочных эффектов и совместим со всеми лекарственными средствами.

афала®
принципиально новый подход к лечению ДГПЖ и простатита

У МЕНЯ ВСЁ В ПОЛНОМ ПОРЯДКЕ!

афала
лечение одними простатспецифическими антителами
100 таблеток

Информация о препарате
Состав: антитела к простатспецифическому антигену – 0,003г.
Показания к применению: Доброкачественная гиперплазия предстательной железы I и II стадии. В составе комплексной терапии острого и хронического простатита.
Способ применения и дозы: Внутрь. На один прием 2 таблетки. Дважды в день. Рекомендуемая длительность приема препарата - 16 недель. При выраженных болевом синдроме и дизурических нарушениях в первые 2-3 недели терапии показан прием препарата до 4 раз в сутки. При необходимости возможно проведение повторного курса лечения через 1-4 месяца.
Побочное действие: не выявлено.
Взаимодействие с другими лекарственными средствами: Случаев несовместимости с другими лекарственными средствами до настоящего времени не зарегистрировано.

materia medica
Новый путь к здоровью!

ООО «НПФ «Материя Медика Холдинг»
www.materiamedica.ru
www.afala.ru

Инновационный метод диагностики рака предстательной железы – компьютер-ассистированная ультразвукографическая система Histoscanning



Андрей Владимирович Сивков

К.м.н., первый заместитель директора ФГУ «НИИ урологии» Минздравсоцразвития России
uroinfo@yandex.ru



Андрей Викторович Корякин

Врач-уролог, научный сотрудник отдела онкоурологии ФГУ «НИИ урологии» Минздравсоцразвития России
vatatava@yandex.ru

В данной статье были использованы материалы, подготовленные группой урологов, патоморфологов, врачей функциональной диагностики – Г.Д. Ефремова, А.А. Жернова, О.Б. Жукова, Н.Г. Кешишева, под руководством директора НИИ урологии О.И. Аполинкина.

Несмотря на высокие темпы развития методов лучевой диагностики, одной из самых актуальных проблем при выявлении рака предстательной железы (РПЖ) остается сложность визуализации опухолевых очагов. Как следствие, биопсия предстательной железы (ПЖ) порой выполняется лишь на основании повышенного ПСА, при этом чаще всего практически вслепую — ТРУЗИ далеко не всегда позволяет дифференцировать подозрительные участки, и забор материала производят из стандартных зон. Существует альтернатива — МРТ-биопсия, но она технически и организационно довольно сложна и требует значительно больших затрат времени и денег.

Оптимальной представляется методика — быстрая и несложная, как ТРУЗИ, но при этом более чувствительная и специфичная. Еще недавно такая возможность казалась фантасти-

ческой, но последние технологические достижения в ультразвукографии позволяют нам надеяться, что скоро эра «слепых» биопсий закончится.

В НИИ урологии Минздравсоцразвития проходит апробацию компьютер-ассистированная ультразвукографическая система Histoscanning, предназначенная для обнаружения опухолевых образований в ПЖ и выполнения их одновременной или отложенной биопсии. Система анализирует данные, полученные с помощью ультразвукового сканера, и показывает расположение, форму и объем предполагаемого опухолевого поражения ПЖ. Основой алгоритма Histoscanning является сопоставление «сырого» ЭХО-сигнала с результатами тщательно выполненных патогистологических исследований ПЖ, пораженных злокачественным процессом.

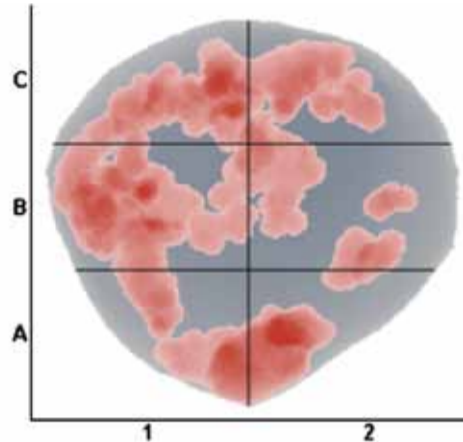
В нашем институте ведется исследование по оценке точности данного метода при диагностике РПЖ на основании патогистологического исследования препаратов после РПЭ, а также выполнения template-биопсий. В настоящее время выполнено 7 РПЭ и 22 template-биопсии у пациентов, которым до вмешательства было проведено исследование с применением системы Histoscanning. Воз-



Система Гистосканинг



Пример предоставляемого системой Histoscanning отчета: при подозрении у пациента РПЖ обнаруженные очаги могут быть как спроецированы на серошкальное ультразвуковое изображение, так и представлены на генерируемой компьютерной графикой модели органа.



раст пациентов колебался в пределах от 51 до 73 лет, ПСА — от 3,8 до 11,3 нг/мл. Из 22 пациентов, которым выполнялась биопсия ПЖ, у 18 — в анамнезе уже была 1 или несколько «отрицательных» биопсий, некоторые длительно получали ингибиторы 5- α -редуктазы.

Исследование гистологических препаратов после проведения РПЭ показало следующие результаты: в 5 случаях был выявлен высокий уровень корреляции данного метода с патогистологическим исследованием в отношении объема и локализации опухолевого поражения; в 2 наблюдениях Histoscanning показала больший объем поражения при хорошей корреляции локализации опухоли.

После выполнения template-биопсий пациентам с подозрением на РПЖ у 9 из 22 был обнаружен РПЖ, у 8 — наличие ПИН высокой или низкой степени. В связи с недостаточным объемом собственного материала и непродолжительным временем использования этой методики, несомненно, отражается на полученных результатах, мы вынуждены в большей степени ориентироваться на данные зарубежных авторов. Так, Van Erps сообщает о 75 % чувствительности в отношении локализации опухоли, при этом в 64 % случаев наблюдается хорошая корреляция с объемом опухолево-

го поражения. С помощью Histoscanning было обнаружено 53 % малых опухолей (< 0,5 мл), 86 % — среднего размера (0,5–2 мл) и 85 % больших фокусов РПЖ (> 2 мл). Учитывая простоту использования системы Histoscanning и незначительный промежуток времени, необходимый для обработки полученных данных, система представляется весьма перспективным методом проведения более эффективной целевой биопсии ПЖ.

В результате проводимых исследований мы планируем в последующем оценить чувствительность и специфичность этого метода для дальнейшего использования отчетов, генерируемых системой, в совокупности с данными МРТ, для того чтобы создать модель органа до проведения биопсии или операции. В перспективе полученные данные могут быть использованы при принятии решения о нервосберегающей простатэктомии, а также малоинвазивных методов лечения, таких как брахитерапия, криоабляция, HIFU.

Хочется отметить, что данный метод при диагностике РПЖ, безусловно, требует дальнейшего изучения, так как при подтверждении высокой точности его применение может предоставить возможность назначения пациентам фокальной терапии, а также осуществления контроля ее результатов. **УС**

Исследования

Набор пациентов в исследование мультипараметрической магнитно-резонансной томографии при раке предстательной железы

Рак предстательной железы (РПЖ) — одна из немногих опухолей, диагностируемых на основании анализа уровня онкомаркера ПСА. С одной стороны, это позволяет выявлять больных на ранней стадии, с другой — приводит к увеличению числа биопсий простаты, в том числе когда заболевание отсутствует.

В Российском онкологическом научном центре (РОНЦ) им. Н.Н. Блохина РАМН под руководством к. м. н. Вадима Олеговича Панова проводится исследование по применению мультипараметрической магнитно-резонансной томографии (МРТ) с контрастированием в диагностике РПЖ.

По предварительным данным нашего исследования, применение МРТ у пациентов перед биопсией простаты позволяет выявить наиболее подозрительные участки и пунктировать их прицельно, уменьшая общее количество вколов. При этом после МРТ частота выявления РПЖ повышается, а при отрицательном результате выше уверенность, что рака действительно нет. Метод особенно полезен при повторных биопсиях, когда сохраняется высокая вероятность наличия опухоли на основании клинических данных. По статистике сатурационная биопсия после 2 и более отрицательных стандартных биопсий оказывается положительной примерно в 40 % случаев.

В нашем исследовании на данный момент вместо 24 биоптатов при сатурационной биопсии медиана количества биоптатов составляет 8 при сходном числе предшествующих отрицательных биопсий и частоте положительных результатов.

Кроме того, мультипараметрическая МРТ по сравнению с трансректальным ультразвуковым исследованием (ТРУЗИ) позволяет точнее определить наличие, локализацию и распространенность выхода опухоли за капсулу простаты, увеличение регионарных лимфатических узлов и метастазы в костях малого таза.

В исследовании включаются больные до биопсии, после отрицательной биопсии с сохра-



няющимся подозрением на РПЖ и с установленным диагнозом локализованного РПЖ, которым планируется радикальная простатэктомия. По вопросам включения пациентов в исследование обращайтесь по тел. 8 (926) 151-84-44 к Поле Ильгаровне Ахвердиевой.

Основные принципы ведения пациентов с цистостомами



Армен Мансович Галстян

Врач-уролог
хирургического
отделения МЛПУЗ
КДЦ «Здоровье»
GalstyanAM@yandex.ru

Пациенты с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), по данным литературы, занимают значительное место в урологической практике и составляют более 50 % больных урологических клиник. В 30,9–44,5 % случаев ДГПЖ осложняется острой задержкой мочеиспускания (ОЗМ), что требует катетеризации мочевого пузыря и назначения различных препаратов из группы α-адреноблокаторов.

Неоправданное затягивание тактики консервативного ведения пациентов с ДГПЖ связано с такими опасными осложнениями, как развитие пузырно-мочеточникового рефлюкса, инфекционно-воспалительных изменений верхних и нижних мочевых путей и возникновение хронической почечной недостаточности.

В различных регионах России цистостомия по поводу ОЗМ назначается в 22,2–47,3 % случаев.

Цистостомия выполняется:

- пациентам с ДГПЖ и раком предстательной железы (РПЖ);
- больным с травмами нижних мочевых путей;
- на 1-м этапе отведения мочи с последующим выполнением различных реконструктивно-пластических операций;
- при тяжелых нейрогенных дисфункциях мочевого пузыря.

Патогенез изменений в мочевом пузыре при цистостомии

Основным общепринятым методом ведения больных с цистостомами является пассивная эвакуация мочи при помощи различных дренажных систем с регулярными сменами дренажной трубки и промываниями полости мочевого пузыря растворами антисептиков. Однако уже доказано, что промывание полости мочевого пузыря с целью профилактики камнеобразования и инкрустации дренажа солями неэффективно.

Более того, промывание полости мочевого пузыря опасно, так как способствует возникновению пузырно-мочеточникового рефлюкса, диссеминации инфекции в верхние мочевые пути и развитию уросепсиса.

На примере работ некоторых авторов (А.Ю. Альбицкая, 2008 г.) уже доказано, что пассивное отведение мочи при цистостомии со временем приводит к нарушению деятельности детрузора, который является основным функциональным механизмом мочевого пузыря. При этом последний теряет способность как накапливать, так и эвакуировать мочу. Кроме того, нарушаются трофические процессы в мочевом пузыре, кровоснабжение, иннервация, что в конечном счете приводит к прогрессированию воспалительных изменений, склерозу и сморщиванию мочевого пузыря.

Развитие склеротических изменений в мочевом пузыре в свою очередь вызывает нарушение анатомических взаимоотношений

элементов треугольника Льево, что проявляется возможным развитием пузырно-мочеточникового рефлюкса, либо ретенционных изменений верхних мочевых путей. Доказано, что пассивное дренирование мочевого пузыря может приводить к развитию тяжелых морфофункциональных изменений, среди которых основными являются: уменьшение площади мышечной ткани детрузора по отношению к соединительной ткани; снижение количества артериол и венул в слизистой оболочке, а также клеток эпителия, что подтверждается биопсией мочевого пузыря.

Эти изменения в итоге приводят к развитию хронического рецидивирующего воспалительного процесса в верхних мочевых путях, хронической почечной недостаточности, периодическим атакам пиелонефрита. Вышеперечисленные изменения значительно осложняют течение межоперационного периода у пациентов с цистостомами, создавая порочный круг изменений, результатом которых, как правило, становится инвалидизация пациента.

Таким образом, не сам дренаж, а распространенный способ ведения пациентов с длительно функционирующей цистостомой приводит к потере резервуарной функции мочевого пузыря, прогрессирующему склерозу с возможным образованием у пациента микроцистиса. Неудивительно, что в настоящее время назрела насущная необходимость в поиске оптимального режима и методики ведения данной категории пациентов.

Принципы ведения пациентов с цистостомами на современном этапе

1. *Использование современных малотравматичных катетеров.* Ранее применялись катетеры Пейцера. Однако, учитывая их недостатки (разрушение осаждающимися на нем солями, образование камней, вероятность отрыва головки катетера при его смене и т. д.), использование данного вида катетеров в настоящее время ограничено. На смену им пришел катетер Фолея, удерживающийся в мочевом пузыре за счет надувного баллончика. Единственный его недостаток (на взгляд пациента) – более частая смена, т. е. через 10–14 дней. Плюсы применения – удобство установки и фиксации катетера.

2. *Минимизация осложнений, ассоциированных с пассивным отведением мочи – интермиттирующая эвакуация мочи из мочевого пузыря.* Основными осложнениями цистостомы, установленной на фоне острой и хронической задержки мочеиспускания у больных с аденомой и раком предстательной железы, являются (данные А.Ю. Альбицкой, 2008 г.):

Осложнения	Число случаев	%
Острый цистит	34	10,4
Острый уретрит	4	1,3
Острый простатит	23	7
Острый пиелонефрит	16	5
Атония мочевого пузыря	64	19,6
Пузырно-мочеточниковый рефлюкс	107	32,7
Уретерогидронефроз	23	6,7
Хроническая почечная недостаточность	30	9,2
Дивертикулы мочевого пузыря	35	10,7

Большинство из этих осложнений связано с методикой пассивного отведения мочи на

фоне цистостомы, которая приводит к запуску целого ряда механизмов патогенеза, вызывающих нарушение координированной деятельности структур мочевого пузыря и вторичные нарушения функционирования всех органов мочевой системы.

В качестве альтернативы методике постоянного пассивного отведения мочи необходимо предлагать пациентам интермиттирующую эвакуацию мочи из мочевого пузыря. Данная методика проста в использовании и может широко применяться как в условиях урологического стационара, так и амбулаторно самим пациентом под контролем врача.

3. По нашему мнению, пациентам с цистостомами необходимо в наиболее ранние сроки выполнять «тренировку» мочевого пузыря, что позволяло бы сохранять функционирующий объем органа и, несомненно, являлось бы важным предиктором результата предстоящей операции.

С этой целью, при наличии у пациента эпизодической цистостомы, «тренировку» мочевого пузыря нужно начинать на 6–7-е сутки, при троакарной цистостоме – на 3-е сутки. У пациентов с хронической задержкой мочеиспускания при наличии сохраненного позыва «тренировка» мочевого пузыря должна быть начата на 7–10-е сутки.

«Тренировка» мочевого пузыря включает:

- периодическое пережатие цистостомического дренажа;
- сохранение обычного питьевого режима;
- разжатие дренажа и опорожнение мочевого пузыря;

- имитацию нормального акта мочеиспускания.

Во время контрольного осмотра врачом-урологом у пациента в обязательном порядке определяется объем выделенной мочи и объем остаточной мочи при помощи ультразвукового исследования.

4. Уродинамический контроль в процессе ведения пациентов с цистостомами обязателен, так как позволит измерять цистометрическую емкость мочевого пузыря, своевременно выявлять нарушения функциональной способности мочевого пузыря, проводя их коррекцию.

5. Для оценки морфологических изменений стенки мочевого пузыря при длительной цистостомии необходимо выполнение интраоперационной биопсии. На этом фоне очень важно проводить весь комплекс консервативных методов лечения, включающий противовоспалительную, антибактериальную терапию, а также различные методы эфферентной терапии.

6. Требуется постоянный ультразвуковой контроль состояния верхних мочевых путей пациентов, мониторинг лабораторных показателей азотистого обмена, контроль инфекционно-воспалительных изменений со стороны мочевых путей и своевременная коррекция этих нарушений.

Соблюдение перечисленных в этой статье правил, безусловно, позволит избавить пациентов от большинства осложнений в процессе лечения и тем самым сохранить приемлемое качество жизни данной категории больных. **УС**



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

Эксклюзивный поставщик
эндоурологической продукции фирмы
«UROTECH GmbH», Германия

Основной разработкой фирмы является
двухкомпонентное покрытие: РС-покрытие
(фосфорилхолин) + гидрофильное –
биосовместимость и биостабильность,
легкость в постановке

Все эти свойства практически к нулю сводят
риск возникновения инфекции, снижают
возможность образования камней
при длительном нахождении в организме



ПРОДУКЦИЯ:

различные виды мочеточниковых стентов и наборов;
стенты мочеточниковые после литотрипсии;
нефростомические дренажи и наборы;
набор для надлобковой пункции;
баллонные катетеры Фолея;
диагностические катетеры;
проводники;
экстрактор камней

Будем рады сотрудничеству!

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

Пленум РОУ 2011 – нейроурология и санаторно-курортное лечение

7–9 сентября 2011 г. в городе-курорте Kislovodsk в Сафоновском зале Филармонии проходил XII Пленум правления Российского общества урологов (РОУ), в котором приняли участие около 600 ведущих специалистов из всех регионов России, стран СНГ и дальнего зарубежья. Основные вопросы Пленума – проблемы нейроурологии и курортного лечения урологических заболеваний.

Работа Пленума была открыта приветственным словом Президента РОУ Николая Алексеевича Лопаткина. «Мы собираем Пленум в канун съезда 2012 года. Тематика пленума была выбрана необычная – нейроурология. Если проанализировать состояние проблемы, мы увидим, что не настолько специализированная помощь оказывается пациентам. Мы надеемся, что Пленум принесет пользу не только врачам, но и нашим пациентам. Второй темой является санаторно-курортное лечение. После распада СССР мы потеряли систему курортного лечения урологических пациентов, поэтому выбор этой проблемы имеет большое значение».

В первом докладе, прочитанном Г.Т. Кривобородовым, приводились данные по актуальным вопросам оказания нейроурологической помощи в России. Нейроурология находится на стыке 2 наук, поэтому важную роль играет наличие единой терминологии. В частности, недавно появился новый термин – нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (НДМП), который отражает возможность поражения не только мочевого пузыря, но и сфинктера. НДМП встречается почти в 100 % случаев у пациентов со спинальной травмой, и у 50 % пациентов со *spina bifida*. Докладчик отметил, что в настоящее время не существует методов восстановления функции мочевого пузыря у данного контингента больных. Также был поднят вопрос о дефиците узких специалистов в этой области, что делает необходимым создание специальных курсов по обучению врачей-нейроурологов. Проблемными также являются недостаточная преемственность в ведении пациентов и неинформированность урологов о возможности обеспечения пациентов бесплатными одноразовыми катетерами.

В продолжение темы, в докладе Г.Р. Касяна, отмечался высокий уровень финансовых затрат на пациентов с нейрогенным мочевым пузырем. Так, в США эти расходы составляют более 26 млрд долл. в год. По России данные не опубликованы, однако распространенность симптомов гиперактивного мочевого пузыря составляет от 3 до 43 %, а императивного недержания – у 16–19 % взрослого населения России.

В докладе американского профессора Джона Коско были представлены последние изменения в оказании помощи пациентам в США. Лишь 100 урологов из 10 500 специализируются на нейроурологии, поэтому в США недавно была проведена реформа по децентрализации медицинской помощи по месту жительства, где наиболее эффективно работают механизмы социальной поддержки. В США все урологические кабинеты оснащены необходимым оборудованием для диагностики пациентов с рассеянным склерозом. Это позволяет сосредоточить оказание помощи в руках урологов первичного звена. Во время дискуссии, после окончания сессии, обсуждались вопросы проведения уродинамических исследований и показания к ним в группе пациентов с недержанием мочи.

Вторая пленарная сессия была открыта докладом Л.Б. Меновщиковой, которая отметила особенности нейрогенного мочевого пузыря в детском возрасте, основной причиной которого являются врожденные пороки развития. Частота спинальных форм составляет 1,2 ребенка на 1000 родившихся детей. Особенности обследования

детей включают выявление не только недержания мочи, но и скрытых форм спинальных нарушений, а также дисфункции толстой кишки. Важным методом является ультразвуковое исследование тазового дна и измерение везикоуретрального угла, увеличение которого указывает на детрузорно-сфинктерную диссинергию. Наиболее часто встречается рефлекторно-неадаптированный мочевой пузырь. Многопрофильный подход позволяет добиться улучшения качества жизни у 90–95 % детей.

Л.А. Дерюгина представила опыт антенатальной диагностики нарушений мочеиспускания и прогнозирования развития нейрогенного мочевого пузыря в постнатальном периоде. При диагностике у плода мочевого пузыря малого объема с небольшим количеством остаточной мочи можно прогнозировать постнатальное развитие гиперактивного мочевого пузыря (с давлением детрузора выше 40 мм ртутного столба). Наличие признаков обструкции у плода связано с высоким риском постнатального развития выраженной гипертензии детрузора и сфинктера, расширения верхних мочевых путей. Представленные данные позволяют прогнозировать постнатальные изменения и производить своевременную их коррекцию.

В докладе профессора С.Х. Аль-Шукри был представлен обзор медикаментозной терапии нейрогенного мочевого пузыря. Особое внимание было уделено результатам исследований по применению М-холиноблокаторов. Также докладчик отметил эффективность редко применяемых препаратов, например капсаицина. Доклад, посвященный терапии ботулиническим токсином типа А, прочитал Г.Т. Кривобородов.

А.Ю. Павлов описал важные изменения в лечении детей с нейрогенным мочевым пузырем, вызванным миелодиспазией. Стерильная периодическая катетеризация не только повысила эффективность консервативной терапии, но также позволила применять хирургическое лечение по созданию резервуаров, обеспечивающее хорошее качество жизни и защиту почек. Автор отметил перспективы применения α -адреноблокаторов, в частности тамсулозина, в лечении циркуляторной гипоксии мочевого пузыря и ускорении мочеиспускания при детрузорно-сфинктерной диссинергии. Докладчик представил данные по применению ботулотоксина у детей, а также поделился опытом по созданию резервуаров для лечения рефрактерного гиперактивного мочевого пузыря.

Модератор секции, С.Н. Николаев, отметил, что особенностью тактики детских урологов при различных формах недержания мочи является крайне бережное отношение к шейке мочевого пузыря, в частности: «не применимы сечения шейки у спинальных пациентов». И.В. Казанская сделала заключение по детской части сессии, подчеркнув, что за последние 30 лет произошли большие изменения в данной области урологии. Появилась преемственность ведения пациентов, оперируемых в детском возрасте.

Главным событием 2-го дня Пленума стал курс Европейской школы урологии, посвященный нейроурологии.

Первый доклад F. Stus был посвящен патогенезу нарушений мочеиспускания при нейрогенном мочевом пузыре. Особая роль отводилась риску повреждения верхних мочевых путей, также было подчеркнуто, что необходимо профилактировать развитие гидронефроза, а не лечить его. Автор привел данные «классического исследования», в котором впервые, пусть и ретроспективно, было показано, что давление в стенке детрузора более 40 мм водного столба – главный фактор риска повреждения почек у неврологических пациентов. Во 2-м докладе автор представил роль

уродинамических исследований перед началом лечения. Наиболее достоверную информацию обо всех изменениях функции мочевого пузыря и уретрального сфинктера дает видеоуродинамическое исследование. Было подчеркнуто, что в настоящее время не существует точных рекомендаций по времени и частоте его проведения. Докладчик предлагает интервал – 1 год, либо в случае развития 1-х признаков ухудшения мочеиспускания (например, появление недержания мочи). В 3-м докладе обсуждались варианты лечения нейрогенного мочевого пузыря. Среди прочих применяются М-холиноблокаторы, ботулинический токсин, крестцовая нейромодуляция. Также был дан краткий обзор хирургических вмешательств, а закончился доклад очень удобным и подробным алгоритмом ведения данной группы пациентов. Во время обсуждения был поднят очень важный вопрос – как оценивать эффективность лечения нейроурологического пациента? Какие существуют для этого критерии? Все 3 докладчика сошлись во мнении: основными целями являются повышение качества жизни, достижение удержания мочи и предотвращение повреждения верхних мочевых путей. Также необходимо понимать, что некорректно сравнение качества мочеиспускания у неврологических пациентов и здоровых людей. Ведь утрата клеток спинного мозга и функции мозговых центров, ответственных за регуляцию акта мочеиспускания, необратимы. В последующих докладах иностранных коллег были описаны варианты лечения рефрактерного нейрогенного мочевого пузыря, например, смена антимускаринового препарата. Был дан подробный обзор применения ботулинического токсина, показания к которому постепенно расширяются, и крестцовой нейромодуляции. Завершилась школа докладом по

бальнеологическому лечению пациентов с нейрогенным мочевым пузырем.

Третья пленарная сессия была открыта докладом Р.В. Салюкова, охватившим вопросы реабилитации пациентов с травматической болезнью спинного мозга.

Д.А. Мазуренко представил доклад о лечении НДМП при болезни Паркинсона. Было указано, что шкала IPSS является основным инструментом для обследования пациентов, и при отсутствии обструктивной симптоматики нет необходимости проводить комплексное уродинамическое обследование. Лечение пациентов данной группы в основном симптоматическое, поскольку антипаркинсонические препараты не позволяют полностью устранить СНМП. Препаратом выбора является тропиума хлорид, который не проникает через гематоэнцефалический барьер, тем самым не оказывая влияния на когнитивную функцию.

И.Б. Осипов поделился опытом выполнения континентной везикостомии у детей с миелодиспазией. Операция повышает независимость и социальную адаптацию пациентов с более чем 90 % положительными результатами. В докладе А.Д. Ефременко был показан огромный опыт лечения пациентов (650 детей) с дисрафическим (аномалия ликворной системы) синдромом. Авторы считают обоснованным проведение реконструктивных, в том числе и повторных, операций на проводниковом аппарате спинного мозга, что позволило при длительном периоде наблюдения (до 20 лет) получить положительные

Продолжение на стр. 13 ▶

ЭКСПЕРТ В ЛЕЧЕНИИ ПРОСТАТЫ

Витапрост®



- эффективность обусловлена комплексным воздействием на основные составляющие патогенеза хронического простатита
- значительно снижает выраженность воспалительного процесса в предстательной железе
- купирует симптомы хронического простатита

Самый назначаемый урологами препарат для лечения хронического простатита*

STADA
RUS

* по данным исследований GfK-RUS 2010 г.

Пленум РОУ 2011 – нейроурология и санаторно-курортное лечение

◀ Продолжение, начало на стр. 12

результаты (появление пузырного рефлекса, резервуарной функции мочевого пузыря) в 70 % случаев.

Третий день Пленума был посвящен бальнеологическому и медикаментозному лечению пациентов с урологическими заболеваниями. Открыта пленарная сессия была докладом А.А. Камалова «Основы профилактической помощи в урологии». Важность работы первичного звена, а также открытие специализированных кабинетов для обследования мужчин, в которых можно получать многопрофильную консультацию, — все эти вопросы были подробно освещены докладчиком. О.И. Аполихин посвятил свое выступление раннему выявлению ДГПЖ. Для снижения расходов системы здравоохранения и улучшения качества оказания помощи пациентам необходимо возродить систему первичной профилактики, предложенной еще в годы становления советской власти Н.А. Семашко.

В докладе А.В. Живова было представлено новое направление лечения эректильной дисфункции. Препарат тадалафил в дозировке 5 мг можно ежедневно применять для реабилитации кавернозных тел. При этом происходит восстановление эрекции, позволяющее пациентам вернуть спонтанность половой жизни. Несколько докладов были посвящены применению минеральных вод при различных урологических заболеваниях, в том числе для профилактики осложнений после дробления камней мочеочника.

В рамках Пленума было организовано несколько спутниковых симпозиумов. Отдельно хотелось бы отметить симпозиум компании «Астеллас», посвященный вопросам интернет-обучения урологов и открытию нового проекта совместно с самым известным урологическим проектом UroWeb — Академией амбулаторной урологии. Впервые на симпозиуме не обсуждались препараты и лечение пациентов, а все доклады были посвящены возможности получения медицинской информации и обмена опытом между врачами. Практически половину всех больных, обращающихся за урологической помощью, составляют больные с уролитиазом. Лечение этого заболевания требует широких знаний о современных методах его диагностики, рациональном лечении мочекаменной болезни и современных принципах удаления камней. Эти и другие вопросы обсуждали ведущие российские урологи на Крулом столе «Лечение камней нижней трети мочеточника — все еще остаются вопросы?», организованном компанией «Эгис» в рамках Пленума РОУ в Кисловодске.

Активное участие в работе Пленума РОУ приняла хорошо известная урологам компания STADA CIS, выставочная экспозиция которой привлекла внимание большого количества врачей. Так, например, суппозитории Витапрост являются одним из самых назначаемых урологами препаратов для лечения простатита. Препараты для лечения бактериального простатита Витапрост Плюс и Витапрост форте для лечения ДГПЖ уже успели зарекомендовать себя как надежные средства с высоким профилем безопасности. Горячее обсуждение среди врачей на Пленуме вызвало новое показание Витапрост форте – лечение ги-

перативного мочевого пузыря не нейрогенной этиологии. Препараты для системного лечения и профилактики инфекционных процессов также давно нашли свое место в практике урологов. Делегаты Пленума отметили комбинированный препарат Сафодид, который благодаря 3 компонентам позволяет воздействовать на все этиологические агенты сразу, а однодозная терапия обеспечивает практически 100 % приверженность терапии. Заслуженное внимание получил и иммуномодулятор Лавомакс, позволяющий снизить частоту рецидивов и значительно сократить сроки и стоимость лечения хронических инфекций.

Итоги Пленума подвел Н.А. Лопаткин в своем заключительном слове. «Нейроурология является сложным и важным направлением, и работа нашего Пленума подтвердила правильность выбранной тематики. Также интересным было обсуждение курортного лечения пациентов, поскольку в Европе ему уделяется намного больше внимания, чем в России, и нам важно изучить опыт зарубежных коллег». **УС**

Материал подготовил
Кирилл Ширанов,
врач-уролог

Актуально

Академия амбулаторной урологии: только для профессионалов

Практически каждый из нас сегодня активно пользуется интернетом на работе и дома — он объединяет людей, стирая языковые барьеры, границы общения между континентами, и даже временное пространство.

Коммуникация стала неограниченной по месту, времени и количеству общения, благодаря потрясающе быстрому росту числа и видов различных электронных устройств. Разработаны совершенно новые каналы связи, обеспечивающие высокоскоростной, доступный интернет. В России не осталось ни одного города, в котором бы не было беспроводного интернета. Это дает возможность врачам, в том числе и урологам, использовать интернет в любой точке страны, в любое время и в любых условиях, непосредственно на рабочем месте. Интернет — очень мощный инструмент для профессионального развития и совершенствования.

Главный специалист-уролог Минздравсоцразвития России проф. Д.Ю. Пушкар: «Мы первый раз говорили не о препаратах или лечении пациентов. Новый формат симпозиума содержал информацию, которая для некоторых врачей была незнакомой и принципиально новой».

Одним из вопросов, затронутых на симпозиуме компании Astellas, был вопрос поиска медицинской информации в интернете и консультации пациентов.

С докладом «Интернет-поиск. Мастер-класс» выступил профессор **Е.И. Велиев**. Важной проблемой при литературном поиске является

ограниченный доступ к полнотекстовым статьям. Докладчик отметил преимущества базы Elsevier, которая имеет русскоязычную версию, Scopus и PubMed. Также он описал возможности он-лайн-обучения, представленные на сайтах Европейской и Американской ассоциации урологов.

Доклад, представленный д.м.н. **П.И. Раснером**, был посвящен возможности онлайн-консультирования пациентов. Сам докладчик имеет большой опыт проведения консультаций, о чем он и рассказал в своем выступлении.

По мнению П.И. Раснера, главной целью является образование, своеобразное медицинское просвещение пациентов, ориентирование в выборе метода лечения. По мнению докладчика, благодаря бурному развитию интернет-технологий, граница между очной и заочной консультациями становится

все менее ощутимой, и это необходимо использовать урологам в повседневной работе. Еще одной задачей, которая может быть возложена на специалистов крупных федеральных центров, урологических кафедр, является консультативная помощь коллегам из регионов в принятии решений в сложных клинических случаях.

Как правильно использовать интернет, как найти те источники информации, которым можно доверять, которые сделаны профессионалами и для профессионалов? В связи с этим, на спутниковом симпозиуме был представлен совместный проект компании Astellas, являющейся экспертной компанией в области урологии и старейшего урологического информационного портала UroWeb.ru — «Академия амбулаторной урологии» (<http://academy.uroweb.ru/>).

Создатель UroWeb.ru **И.А. Шадеркин** в своем выступлении рассказал участникам симпозиума о единственном информационном ресурсе, посвященном проблемам исключительно амбулаторной урологии. Большинство доступных в Рунете профессиональных материалов относится к «большой» урологии, в то же время амбулаторная урология незаслуженно отодвинута на второй план, а опубликованный материал чаще всего сводится к рекламе клиник, Центров или отдельных специалистов. А ведь именно на амбулаторном приеме, как на «передовой», происходит первый контакт пациента с урологом, формируется стратегия обследования и лечения больного. И.А. Шадеркин рассказал, что для создания проекта были приглашены ведущие российские урологи, лучшие эксперты, которые на страницах ресурса поделятся своим опытом, раскроют секреты «офисной» урологии. Создатели «Академии амбулаторной урологии» — компания Astellas и сотрудники UroWeb — надеются, что проект поможет урологам поднять свой профессиональный статус, пополнить свой багаж современными знаниями, позволит принять активное участие в урологической жизни, что благоприятно скажется на нашей основной цели — помощи



пациентам. Подтверждением актуальности проблем, приведенных в докладах, являются слова ведущих специалистов российской урологии.

Профессор **О.Б. Лоран** отметил: «Получение информации определяет движение науки вперед. А поскольку развивается интернет, развиваются и возможности обучения».

Директор НИИ урологии **О.И. Аполихин:** «Во многом все успехи начинаются с интернета. Контроль качества информации и ее стандартизация — основные условия развития любого проекта».

Подводя итоги прошедшего мероприятия, следует отметить, что впервые, благодаря компании Astellas у российских урологов появилась возможность профессионального он-лайн обучения. В заключение, председатель симпозиума проф. О.Б. Лоран подчеркнул, что очень важным моментом является грамотная реализация данного проекта, которая, в немалой степени, будет зависеть от активности наших врачей. **УС**

Материал подготовила
Виктория Шадеркина,
врач-уролог

Роватинекс: природа на страже здоровья

На Пленуме РОУ (Кисловодск, сентябрь 2011 г.) и на Конгрессе РОУ (Москва, октябрь 2011 г.) урологи с большим интересом узнали о препарате в секторе лечения МКБ на основе натуральных терпенов – Роватинекс.

Препарат не является новым на фармацевтическом рынке – история его применения насчитывает более 50 лет в 60 странах мира. В СССР Роватинекс поступал в ограниченном количестве в 4-е Управление Минздрава, или приобретался больными самостоятельно за рубежом. Только в 2008 году Роватинекс был зарегистрирован в России, а в 2010 г. завезен в страну в виде кишечно-норастворимых желатиновых капсул (ранее он выпускался в виде капель).

Известно, что МКБ – это хирургическая патология. Однако, любая операция по удалению камня, по сути является симптоматическим лечением, поэтому возрастает роль различных консервативных методов лечения МКБ (медикаменты, физио-, бальнео- и фитотерапия), направленных на коррекцию обменных нарушений и профилактику рецидивов камнеобразования. При этом предпочтение отдается удобным в применении природным препаратам, каким является Роватинекс. Его тройное действие (литолитическое, спазмолитическое, диуретическое) делает препарат уникальным в качестве вспомогательной терапии уролитиаза, а также способствует улучшению уродинамики в верхних мочевых путях и более быстрому отхождению камней или фрагментов и песка после их разрушения с помощью дистанционной ударно-волновой литотрипсии или другими методами.

Клинические исследования эффективности Роватинекса проводятся в нашей стране с 2010 года на базе многих клиник и урологических кафедр –

ГОУ ВПО Алтайского государственного медицинского университета (зав. кафедрой д.м.н., профессор Неймарк А.И.) г. Барнаул; Центра литотрипсии НИИ урологии (Москва, зав. центром д.м.н., профессор Дзеранов Н.К.), кафедра эндоскопической урологии РМАПО (Москва, зав. каф. д.м.н., профессор Теодорович О.В.), урологическая клиника Уральской государственной бюджетной академии (зав. каф. д.м.н., профессор Журавлев В.Н.), «Клиника профессора Азизова» (г. Махачкала) и др.

В настоящее время эффективность препарата Роватинекс для лечения пациентов, имеющих камни в почках и мочеточниках, клинически подтверждена и не подлежит сомнению. Спектр опубликованных исследований препарата предоставляет убедительные свидетельства преимуществ терапии препаратом Роватинекс.



РОВАТИНЕКС

доказанный литокинетический эффект



1. Дзеранов Н.К. и соавт. Отчет о применении препарата Роватинекс у пациентов, страдающих уролитиазом. ФГУ НИИ урологии Минздрава России.

При уролитиазе Роватинекс увеличивает долю пациентов с полным освобождением от камней с 24 до 67%¹.



Роватинекс выводит песок и мелкие конкременты при мочекаменной болезни за счет спазмолитического, диуретического и противовоспалительного действия натуральных терпенов

Режим дозирования: по 1 капсуле 3 р/сут, 2 мес.

МЕДИНТОРГ
Тел. 8 (495) 921 25 15

Мнение эксперта

Роботизированная HIFU-терапия РПЖ: 3,5-летний анализ результатов лечения



Леонид Васильевич Шаплыгин

главный врач Самарского онкологического клинического областного диспансера, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор
shaplygin.urol@mail.ru



Вячеслав Александрович Соловов

Зав.отделением интервенционных методов диагностики и лечения, д.м.н.
samarascd@yahoo.com

На базе Самарского областного клинического онкологического диспансера уже в течение 3,5 лет проводится HIFU-терапия пациентам раком предстательной железы (РПЖ). Группа урологов СОКОД – В.А. Соловов, Л.В. Шаплыгин, Д.В. Фесенко, М.О. Воздвиженский, А.В. Копылов – проанализировали результаты лечения больных РПЖ методом роботизированной фокусированной высокоинтенсивной ультразвуковой абляции (rHIFU). Ими были рассмотре-

ны данные 659 больных РПЖ, пролеченных rHIFU терапией с сентября 2007 по май 2011.

Характеристика пациентов:

- **локализованный РПЖ** – 261 больных: возраст – 69 (60–89) лет, ПСА – до лечения 40,0 (5,8–92,9) нг/мл, объем предстательной железы – 39,3 (28–92) см³;
- **местно-распространенный РПЖ** – 398 больных: возраст – 72 (62–83) лет, ПСА – до начала лечения 30,3 (20,1–60) нг/мл, объем простаты – 41,2 (25–198) см³.

Ультразвуковую абляцию проводили на HIFU-роботе «АБЛАТЕРМ» (EDAP-TMS, Франция). Всем пациентам перед rHIFU-терапией была выполнена трансуретральная резекция предстательной железы (ТУР). Среднее время наблюдения после лечения – 30 (3–46) мес.

Через 12 мес уровень ПСА у пациентов с локализованным РПЖ составил 0,04 (0–2,2) нг/мл, у больных с местно-распространенным – 0,05 (0–48,4) нг/мл, через 36 мес – 0,3 (0,02–3,2) нг/мл и 0,5 (0,04–9,3) нг/мл соответственно. В 1-й месяц после вмешательства отмечалось учащение мочеиспускания, а также императивные позывы у 18 % больных. Стрессовое недержание мочи I и II степени имелось у 30,5 % пациентов, которое купировалось в течение первых 3–6 мес медикаментозной терапии. У 18 % пациентов развилась деформация

простатической части уретры, потребовавшая проведения ТУР. У 2 (0,5 %) пациентов образовался уретрально-прямокишечный свищ, закрывшийся в течение 6 мес. Через 36 мес после лечения рецидив и прогрессия определены у 4,5 % пациентов с локализованным и у 25 % больных с местно-распространенным РПЖ. Безрецидивная выживаемость по Каплану–Мейеру через 3,5 года составила 80,9 %.

Авторы исследования пришли к выводу, что 3,5-летний опыт ультразвуковой абляции на HIFU-роботе «АБЛАТЕРМ» доказал клиническую эффективность rHIFU-терапии в лечении локализованного и местно-распространенного РПЖ с умеренными преходящими побочными эффектами.

Соавторы: Д.В. Фесенко, к.м.н. М.О. Воздвиженский, А.В. Копылов



Bringing New Horizons to Therapy

(Лион, Франция; год основания 1979; NASDAQ: EDAP) – лидер в мини-инвазивных технологиях в урологии, инвентор, производитель и поставщик HIFU-РОБОТА ABLATHERM® и литотриптера последнего поколения электрокондуктивного типа с автоматической двойной симультанной параллельной локализацией конкремента по сенсорному монитору, с on-line 3D-реконструкцией камня и фокального переменного объема, с УЗ на подвижной «руке» и встроенным гидрофоном для контроля давления в фокусе SONOLITH I-SYS\I-MOVE®.

Литотриптер обладает наибольшей в мире мощностью (1440 бар), глубиной пенетрации волны (210 мм) и фрагментацией «в пыль» камней любых локализаций. В мире установлено 500 аппаратов, в России – 60, из них 4 аппарата – последнего поколения.

Подобную информацию можно получить по тел. 8 916 522 4104 / 8 915 949 9189 e-mail : edap-tms@mail.ru



Лапароскопическая резекция единственной почки без тепловой ишемии



Дмитрий Станиславович Меринов

К.м.н., врач-уролог, зав. отделением эндурологии ФГУ «НИИ урологии» Минздрава России

dmerinov@gmail.com



Дмитрий Александрович Павлов

К.м.н., врач-уролог, отделения эндурологии ФГУ «НИИ урологии» Минздрава России

dpavlov77@gmail.com

Операционная бригада: Д.А. Павлов, Р.Р. Фатихов

Опухоль почки составляет около 3 % от всех онкологических заболеваний. В последнее десятилетие отмечается нарастание количества случаев опухолевых заболеваний почек — примерно на 2 % в год. Отчасти это объясняется совершенствованием методов диагностики (к примеру, ультразвуковое исследование, компьютерная томография). В то же время благодаря улучшенной диагностике основная масса опухолевых заболеваний почек диагностируется на доклинической стадии и при сравнительно небольших размерах опухоли, что позволяет начать своевременное лечение и снизить смертность больных от данной патологии. На сегодняшний день до 50 % опухолей обнаруживаются именно на ранних стадиях.

Наиболее эффективным способом лечения опухолей почек по-прежнему остается оперативное лечение. В то же время в последние годы пересмотрено отношение к необходимому объему операции для достижения радикальности лечения, и нефрэктомия более не является «золотым стандартом» в лечении опухолей почек, особенно небольшого размера (стадия T1). Выполнение органосохраняющей операции при стадии T1 позволяет добиться результатов, аналогичных таковым при полном удалении почки.

На основании современных данных определены показания для выполнения органосохраняющей операции (резекции почки). При этом имеются абсолютные показания к данному способу лечения, в частности наличие опухоли в единственной почке.

Выполнение органосохраняющей операции при стадии T1 позволяет добиться результатов, аналогичных таковым при полном удалении почки.

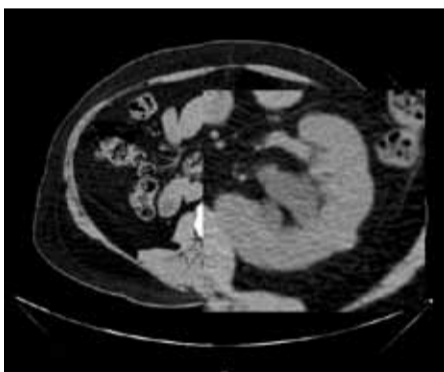
Лапароскопическая резекция почки, учитывая доступ, обладает гораздо меньшей травматичностью для пациента, однако наиболее актуальной проблемой при проведении данной операции остается необходимость во временной остановке кровотока в резецируемом органе для предотвращения значительной (угрожающей жизни) кровопотери. Средняя длительность тепловой ишемии при лапароскопической резекции составляет более 20 мин. Длительная тепловая ишемия может играть неблагоприятную роль в восстановлении функции почки в послеоперационном

периоде и оказывать негативное влияние на способность резецированного органа к поддержанию гомеостаза, особенно у пациентов с единственной почкой. В связи с этим имеет большое значение оптимизация методов оперативного лечения, позволяющая снизить либо исключить негативное влияние тепловой ишемии на почку. В этой статье мы представляем наш опыт выполнения лапароскопической резекции почки при наличии опухоли небольшого размера.

Пациентка П., 56 лет, диагноз «опухоль единственной левой почки T1aNO M0».



КТ



КТ, увеличение

Правая почка удалена ранее по поводу опухолевого образования. При динамическом наблюдении и контрольном обследовании был выявлен рецидив заболевания в оставшейся левой почке.



Начало операции



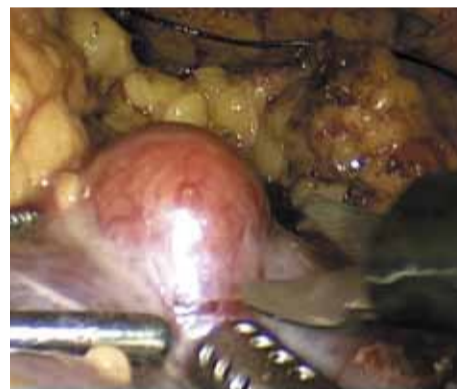
Выделение почки

При компьютерной томографии забрюшинного пространства по задней поверхности левой почки в области среднего сегмента визуализируется образование размерами до 2,0 см, активно накапливающее контрастное вещество. Примерно 1/2 образования располагается интрапаренхиматозно. Увеличения лимфати-

ческих узлов (ЛВ) и отдаленных метастазов не выявлено.

В качестве метода оперативного лечения выбрана лапароскопическая резекция почки. Учитывая наличие единственной почки и небольшие размеры опухоли, был рассмотрен вариант выполнения операции без окклюзии кровотока и тепловой ишемии.

Операция выполнена в положении пациентки на правом боку, что позволило сократить количество необходимых троакарных портов. Во время операции поддерживался карбоксиперитонеум 12 мм рт. ст. В левой параумбиликальной области установлен оптический порт 10 мм, а также рабочие порты 5 мм в левом подреберье и левой подвздошной области и рабочий порт 10 мм в левой боковой области живота. На 1-м этапе было произведено выделение почки из забрюшинного пространства по задней поверхности для обеспечения оптимального доступа к опухоли. При этом для выполнения резекции мы постарались ограничиться минимально необходимым объемом выделения.



Начало резекции



Резекция почки, продолжение

При выделении почки и опухоли использовались ультразвуковые ножницы. По нашему мнению, этот инструмент позволяет прецизионно работать с тканями, минимизируя риск повреждения соседних структур. Сосудистая ножка почки не выделялась.

При наличии опухолей небольшого размера возможно выполнение резекции почки без окклюзии кровотока.

После выделения опухоли выполнена холодная резекция обычными ножницами. При удалении опухоли визуализация поддерживалась при помощи отсоса. Наиболее интенсивное кровотечение отмечено при пересечении питающей опухоль артерии. Артерия была прижата отсосом, после чего выполнена окончательная резекция почки. Препарат помещен в контейнер, и начато ушивание ложа опухоли. Дефект почечной паренхимы закрыт узловыми викарированными швами, дополнительно в ложе опу-



Ушивание ложа



Окончательный вид ложа опухоли

холь фиксирована паранефральная клетчатка. Основное кровотечение прекращено после наложения 1-го шва. Суммарная кровопотеря составила всего 150 мл. Опухоль представляла собой солидное образование 2,0 см в диаметре, без признаков прорастания капсулы. Страховой дренаж удален на 2-е сутки. Пациентка выписана из стационара в удовлетворительном состоянии на 7-е сутки после операции. В послеоперационном периоде биохимические показатели крови оставались в пределах нормативов, тенденции к повышению уровня мочевины и креатинина также не было.



Макропрепарат

Гистологическое заключение: хромофобный рак без инвазии в капсулу почки. Опухоль удалена вместе с ее капсулой.

На основании нашего наблюдения мы считаем, что при наличии опухолей небольшого размера возможно выполнение резекции почки без окклюзии кровотока.

Наиболее сложным моментом проведения данной операции, безусловно, является риск кровотечения из места резекции. Однако слаженная работа оперативной бригады и быстрое прошивание ложа опухоли позволяют избежать значительной кровопотери и быстро завершить оперативное вмешательство.

Таким образом, отсутствие тепловой ишемии почки может стать фактором более быстрого восстановления в послеоперационном периоде и позволяет надеяться на максимальное сохранение функции почки в дальнейшем. **УС**

Кастрационно-резистентный РПЖ: актуальные вопросы диагностики и лечения



Анна Сергеевна Маркова

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

Неотъемлемой частью VI Конгресса РООУ были спутные симпозиумы ведущих фармацевтических производителей. В рамках спутного симпозиума, посвященного актуальным вопросам лечения кастрационно-резистентного рака предстательной железы (КРРПЖ), который состоялся при поддержке компании Janssen, были представлены доклады таких известных специалистов, как проф. Б.Я. Алексеев, проф. О.Б. Карякин, проф. И.Г. Русаков и проф. А.Д. Каприн. В докладах сообщалось о роли андрогенов в развитии КРРПЖ, о возможностях химиотерапии, паллиативного и симптоматического лечения КРРПЖ, а также о возможностях антиандрогенной терапии 2-й линии.

Симпозиум открыл проф. Б.Я. Алексеев с докладом «Роль андрогенных рецепторов и внегонадных андрогенов в развитии КРРПЖ», в котором он, в первую очередь, отметил важность единого понимания современной терминологии, использующейся для определений различных стадий и типов РПЖ. «Кастрационно-резистентный» или «кастрационно-рефрактерный» РПЖ – процесс, рефрактерный к кастрационной терапии, но сохраняющий чувствительность к гормонам и отвечающий на гормональную терапию 2-й линии (отмена антиандрогена, эстрогены, кетоконазол и др.). Определения же «андрогеннезависимый» или «гормон-рефрактерный» рак используются для описания процесса, резистентного к воздействию гормонов и любым вариантам гормональной терапии.

Термин «кастрационно-резистентный рак предстательной железы» приобрел актуальность с появлением доказательств сохранения чувствительности опухоли к андрогенам даже при достижении кастрационного уровня андрогенов в крови, что требует новых подходов к антиандрогенной терапии, включающей стимулирующее воздействие на опухоль даже малых доз андрогенов, например, тех, что синтезируются в самой опухоли, либо в ее метастазах.

Критериями КРРПЖ являются:

- кастрационный уровень тестостерона сыворотки (< 50 нг/дл или $< 1,7$ нмоль/л);
- 3 последовательных повышения уровня ПСА-сыворотки с интервалом не менее 1 нед, приводящие к 50 % увеличению ми-

нимального значения ПСА, достигнутого в результате гормональной терапии, при уровне ПСА > 2 нг/мл;

- отмена антиандрогенов как минимум за 4 нед (фиксация синдрома «отмены»);
- прогрессирование костных или висцеральных метастазов: появление или увеличение числа (на 2 и более) очагов при скинтиграфии или увеличение мягкотканых метастазов по критериям RECIST.

В основе формирования КРРПЖ лежит нарушение регуляции андрогенных рецепторов (АР). Измененные АР редко встречаются в опухолях, не подвергавшихся лечению, что позволяет говорить о влиянии гормональной терапии на появление изменений в АР. Большинство мутаций АР вызывает активацию их функции.

К изменению структуры и функциональной активности наиболее часто приводят генные мутации АР, чаще всего в 4–8-м экзонах гена, кодирующих лиганд-связывающий домен, что делает возможным активацию АР другими лигандами (метаболитами стероидогенеза). Также возможны гиперактивация АР за счет стимуляции вспомогательными факторами транскрипции АР и лиганднезависимая активация АР различными факторами роста и цитокинами. В 1–2 % случаев причиной изменения структуры АР является амплификация гена АР.

Автор обратил особое внимание на то, что при лиганднезависимом механизме активации АР такие изменения могут способствовать активации АР минимальными количествами андрогенов, например, синтезированными самой опухолью. Таким образом, опухоль стимулирует свой рост по интракринальному механизму. Интракринальный синтез андрогенов продолжается даже при кастрационных уровнях тестостерона, поэтому крайне важным условием лечения КРРПЖ является подавление синтеза андрогенов до минимально возможного уровня.

В докладе проф. Б.Я. Алексеева также были сформулированы новые подходы к лечению КРРПЖ:

- предотвращение синтеза андрогенов в тканях, включая саму опухоль и метастазы;
- стимуляция деградации тканевых андрогенов;
- инактивация или разрушение АР;
- разрушение сосудистой сети предстательной железы;
- предотвращение лиганднезависимой активации АР.

Первым препаратом, блокирующим синтез андрогенов на всех уровнях, включая опухолевые ткани, стал абиратерон, который ингибирует фермент СYP17, необходимый для синтеза андрогенов. Инактивацию АР вызывают всем известные антиандрогены (бикалутамид, нилумид, флутамид), а также новые

антагонисты АР («малые молекулы»): RD162, MDV3100 и др. Исследуются различные факторы роста, рецепторы и их ингибиторы, действие которых направлено на разрушение сосудистой сети предстательной железы и предотвращение лиганднезависимой активации АР.

Особый интерес вызвал доклад проф. И.Г. Русакова, в котором автор поставил перед аудиторией вопрос, что делать, если после проведенной первой линии химиотерапии наблюдается прогрессирование заболевания?

Формально таким пациентам показана 2-я линия химиотерапии. Однако стандартов 2-й линии химиотерапии не существует. Исследуются новые химиотерапевтические агенты, вакцины на основе дендритных клеток и различные комбинации био-химиотерапии (комбинация так называемых «малых молекул» с химиопрепаратами) и др. Однако все это пока находится за рамками клинических испытаний, и на практике такие пациенты получают паллиативное или симптоматическое лечение.

Также проф. И.Г. Русаков рассказал, что в Европе и США для лечения пациентов с метастатическим КРРПЖ (мКРРПЖ) после химиотерапии уже зарегистрирован препарат нового класса – абиратерон ацетат, который показал эффективность в исследованиях I–III фаз. Являясь специфическим ингибитором СYP17 (P450c17) 17-альфа-гидроксилазы/17,20-лиаза, абиратерон подавляет синтез тестостерона на всех уровнях, а именно в яичках, надпочечниках и непосредственно в опухолевых клетках. Это пероральный препарат, рекомендуемая дозировка которого составляет 1000 мг 1 раз в сутки.

Недавно были получены результаты клинического многоцентрового, рандомизированного, плацебо-контролируемого, двойного слепого исследования (COU-AA-301) III фазы применения комбинации абиратерона и преднизона у пациентов с мКРРПЖ ($n = 1195$) после терапии доцетакселом. Пациенты были рандомизированы в соотношении 2:1 на получавших абиратерона ацетат (в дозе 1000 мг/сут) и преднизон (в дозе 5 мг 2 раза/сут) и на получавших плацебо и преднизон (5 мг 2 раза/сут). Медиана периода наблюдения составила 12,8 мес. Лечение проводилось до возникновения прогрессирования. Общая выживаемость в группе абиратерона составила 14,8 мес, в группе плацебо – 10,9 мес (95 % ДИ 0,65; $p < 0,001$), а время до ПСА-прогрессирования – 10,2 мес и 6,6 мес соответственно ($p < 0,001$).

Побочные эффекты были преимущественно обусловлены минералокортикоидной активностью препарата и представлены гипокалиемией (17 %), гипертензией (10 %) и задержкой жидкости (31 %). Также наблюдались случаи

изменения активности печеночных ферментов (10 %) и нежелательные явления со стороны сердечно-сосудистой системы (13 %). Следует отметить, что при применении абиратерона ацетата не было отмечено побочных эффектов, характерных для терапии цитотоксическими препаратами или гормональной терапии.

20 августа 2010 г. на основании полученных в исследовании данных о высокой эффективности и безопасности абиратерона ацетата и увеличении медианы общей выживаемости пациентов Независимый комитет по мониторингу данных (Independent Data-Monitoring Committee) рекомендовал перевести пациентов, получавших преднизон в комбинации с плацебо, в группу лечения абиратерона ацетатом в комбинации с преднизоном.

Также абиратерон показал эффективность в исследованиях I–II фаз для пациентов с мКРРПЖ ранее не получавших химиотерапию. Сорок два пациента получали абиратерон в дозировке 1000 мг/сут. Уровень ПСА снизился более чем на 50 % у 28 (67 %) пациентов и более чем на 90 % у 8 (19 %). Медиана времени до ПСА-прогрессирования составила 225 дней (95 % ДИ 162–287 дней). Преимущественно наблюдались нежелательные явления I и II степени. Побочные эффекты III степени были представлены гипертензией и гипокалиемией (в 12 % и в 6 % случаев соответственно).

Сейчас заканчивается исследование III фазы для пациентов с КРРПЖ ранее не получавших химиотерапию. Это исследование COU-AA-302 применения комбинации абиратерона (в дозе 1000 мг/сут) и преднизона (в дозе по 5 мг 2 раза/сут) по сравнению с комбинацией плацебо и преднизона (в дозе по 5 мг 2 раза/сут). В исследование были включены около 1000 пациентов.

Важно отметить, что абиратерон является первым ингибитором синтеза андрогенов, который продемонстрировал достоверное увеличение общей выживаемости, обладает хорошей переносимостью, уменьшает болевой синдром и количество костных осложнений. Но необходимы отдаленные результаты наблюдений для оценки возможных сердечно-сосудистых и метаболических осложнений.

Таким образом, андрогены остаются основным фактором прогрессии опухоли при КРРПЖ. Опухолевые клетки генерируют «приспособительные механизмы» для продолжения злокачественного роста даже при кастрационном уровне тестостерона. Даже минимальные концентрации андрогенов могут провоцировать рост опухоли. Подавление синтеза андрогенов до минимально возможного уровня является необходимым условием лечения КРРПЖ. **УС**

Урология сегодня | № 5 (15) 2011

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

РЕДАКЦИЯ
Главный редактор: Камолов Баходур
Шеф-редактор: Шадеркина Виктория
viktorishade@uroweb.ru
Ответственный редактор: Бердникова Татьяна
ВЕРСТКА
Дизайнер-верстальщик: Степанова Елена

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

ПЕЧАТЬ
ООО «Графика»
Заказ № 49
Тираж 8 000 экз.

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

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

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

Читайте в следующем номере:

- **Интерстициальный цистит** А.В. Зайцев
- **Травмы полового члена и мошонки** В.И. Редькович, Р.А. Хромов
- **Нефрэктомия или резекция – что предпочтительнее?** И.В. Чернышев, Д.О. Перепечин
- **Календарь мероприятий на 2012 год**