



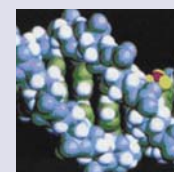
Европейская
Ассоциация
Урологов (EAU)
СЕГОДНЯ (стр. 3)



Календарь
мероприятий
на 2010 г. (стр. 6–7)



Как стать урологом
в России? (стр. 8)



Маркеры болезни –
маркеры жизни
(стр. 10)

От редактора



**Баходур
Камолов**

К.м.н., отделение
урологии РОНЦ
им. Н.Н.Блохина РАМН
kamolov@roo.ru

Дорогие коллеги!

Я рад представить вам предновогодний выпуск нашей газеты. По традиции в это время принято подводить итоги уходящего года и строить планы на будущее. Мне приятно сообщить вам, что этот год принес нам и всему урологическому сообществу России ощутимые результаты. В 2009 г. Российское общество онкоурологов выпустило на русском языке полные версии Европейских рекомендаций по лечению онкоурологических заболеваний. Стандарты лечения, основанные на самых современных исследованиях, впервые стали доступны всем заинтересованным специалистам нашей страны.

Мы считаем, что это действительно является значимым достижением, которым можно по праву гордиться, так как использование современных рекомендаций не только улучшит результаты рутинного лечения больных и позволит применять методы терапии с доказанной эффективностью и безопасностью, но и даст возможность развивать отечественную медицинскую науку.

В 2010 г., кроме совершенствования уже вышедших рекомендаций по онкоурологии, мы планируем выпустить европейские рекомендации по всем разделам урологии. Над этим уже работают ведущие урологи нашей страны. В то же время не секрет, что многие стандарты, написанные для других стран, не могут быть полностью воспроизведены в условиях «другого» здравоохранения. Это верно, например, в отношении применимости стандартов Великобритании для Германии или стандартов США для Великобритании. Тем более это верно

для России. В будущем мы намерены создать отечественные стандарты лечения, которые вберут в себя все лучшее из зарубежных рекомендаций, но при этом смогут быть полностью применимы в условиях нашей страны. Но сделать это необходимо на единой основе, дабы не прийти к исходной точке, когда видоизменение стандартов, проведенное хаотично, на базе отдельных клиник, вновь приведет к полной дискоординации в подходах к лечению. Чтобы это произошло, нам всем необходимо постоянно исследовать и обсуждать актуальные проблемы, с которыми мы сталкиваемся в ежедневной клинической практике. В этом нам помогут специалисты, работающие над подготовкой Европейских рекомендаций, и газета «Урология сегодня», которая уже показала свою высокую эффективность как площадка, где высказывают свои мнения представители как практического здравоохранения, так и академических институтов.

Благодаря трем сигнальным номерам газеты, вышедшим по 20 000 экземпляров в период 2008–2009 гг., активному привлечению подписчиков и бесплатной прямой почтовой рассылке нам удалось охватить практически всех урологов России и стран СНГ. Мы проанализировали состав аудитории, скорректировали концепцию газеты в соответствии с запросами читателей и теперь рады представить ее вам в обновленном виде. Следующий шаг – привлечение к сотрудничеству ведущих урологов, что позволит сделать газету не только интересной, но и значимой для всего профессионального сообщества.

Сотрудничество в газете и работа над европейскими стандартами лечения уже помогла объединить лучших специалистов в области урологии. Мы не намерены останавливаться и будем дальше работать в этом направлении. А газета, которую вы держите в руках, раз в два месяца будет сообщать вам о современных исследованиях, новых технологиях лечения и об опыте ведущих специалистов.

До встречи в следующем году!

Тема номера

Урогенитальные инфекции как причина мужского бесплодия



**Андрей
Степанович
Акопян**

Д.м.н., генеральный директор
Республиканского центра репродукции человека
МЗиСР РФ, председатель
Национального этического комитета РМА
asakopian@yandex.ru

Интервью с профессором А.С. Акопяном

На сегодняшний день известно, что на долю мужского фактора – изолированного либо в комбинации с женским – приходится около половины всех случаев бесплодия в паре. В течение последних 50 лет концентрация сперматозоидов в эякуляте здоровых мужчин, проживающих в технологически развитых странах, постоянно снижалась. При этом значимого прогресса в лечении бесплодия для зачатия в естественном цикле достигнуть не удалось – по разным причинам, в том числе вследствие недостатка знаний об этиологии патоспермий. Их патогенез, структура, диагностика до сих пор излагаются нечетко и противоречиво, не говоря уже о подходах к лечению, особенно консервативному. В отечественной урологической практике далеко не последняя роль в этиологии мужского бесплодия традиционно отводится урогенитальным инфекциям. О том, насколько это оправданно и какова действительная взаимосвязь этого фактора и бесплодия, мы решили обсудить с директором Республиканского центра репродукции человека Минздравсоцразвития РФ, д.м.н., проф. Андреем Степановичем Акопяном.

– Андрей Степанович, какое влияние могут оказывать инфекции урогенитального тракта на фертильность мужчин, и велика ли «вклад» этого фактора в общей структуре причин мужского бесплодия?

А.С. Акопян: Говоря об этиологии бесплодия, следует различать последствия инфекций, которыми пациент переболел в про-

шлом, и инфекции настоящие, т.е. протекающие у больного на момент обследования. В первом случае распространенное осложнение – обтурационная аспермия, возникающая вследствие обструкции семявыносящих путей. Подобным осложнением чаще всего чревата острая гонорея, на втором месте – хламидийная инфекция, на третьем – различные длительно протекающие неспецифические бактериальные микст-инфекции (всевозможные сочетания микоплазм, уреоплазм, трихомонад, листерий, стафилококков, кишечной палочки и т.д.). В последнем случае роль инфекции отходит на второй план, ведущими являются тканевые пролиферативные реакции, аутоиммунный компонент, нейроэндокринные реакции, гипогонадизм (как лабораторный диагноз). В то же время, обследуя больных с идиопатическим бесплодием и тератоспермией, все чаще приходишь к выводу, что причинным фактором могла стать перенесенная несколькими годами ранее вирусная инфекция – грипп, ветрянка, корь, гепатит А, В, С, ротавирусная, энтеровирусная инфекции, и в особенности герпес, вирус инфекционного паротита, цитомегаловирусная инфекция. В этих случаях «непонятная» тератозооспермия особенно выражена в первые 2 года после инфекции. При обнаружении ДНК/РНК вируса в эякуляте, секрете простаты либо соскобе из уретры проводимая противовирусная терапия способствует более успешному лечению бесплодия. В последние годы возросло число случаев «высокой» обтурации, возникающей на уровне простаты. Если 20 лет назад соотношение обтурации на уровне придатков яичка к высокой обтурации составляло 10:1, то теперь примерно 5:2.

Я считаю, что в большинстве своем острые или хронические инфекции, не приведшие к обтурации, не являются значимым фактором, влияющим на фертильность – в структуре этиологии секреторного бесплодия на них приходится не более 5–7%.

Продолжение на стр. 2 >>

КОРОТКО

Актуальные вопросы реконструктивной урологии

26–27 ноября 2009 г. состоялась 3-я ежегодная международная конференция «Актуальные вопросы реконструктивной урологии», организованная Клиникой урологии и хирургической андрологии РМАПО. Конференция, ставшая традиционной, в этом году была посвящена проблемам хирургического лечения рака простаты и доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). Помимо сотрудников клиники на конференцию был приглашен проф. урологии Петер Альтхаус (Евангелическая клиника королевы Елиза-

веты, Берлин, Германия), известный в Европе специалист в области реконструктивной урологии.

В первый день конференции заведующий кафедрой проф. О.Б. Лоран продемонстрировал радикальную позадилодную простатэктомию (техника Campbell's). Проф. Е.И. Велиев выполнил нервосберегающую радикальную простатэктомию (РПЭ) и прочитал лекцию, посвященную современным аспектам и интраоперационным приемам нервосберегающей РПЭ. Проф. П. Альтхаус в своей лекции осветил проблемы диагностики и лечения рецидивов после РПЭ.

Продолжение на стр. 2 >>



Проф. А.В. Шабунин, акад. Л.К. Мошетова, проф. О.Б. Лоран, проф. П. Альтхаус

Урогенитальные инфекции как причина мужского бесплодия

<< Окончание, начало на стр. 1

По нашим данным, из 745 мужчин, обратившихся по поводу бесплодия, 184 (24,7 %) указали на наличие простатита в анамнезе, в сочетании с везикулитом и уретритом – 41,5 %. Так что вопрос спорный. Сами по себе урогенитальные инфекции практически не нарушают морфогенез, в основном оказывая влияние на подвижность сперматозоидов. Их роль сводится главным образом к изменению физико-химических параметров семенной плазмы: ее кислотности, вязкости и т.д. Так, например, при простатите, везикулите семенная жидкость закисляется, что может приводить, в частности, к нарушению процесса декапитации сперматозоидов, который пока малоизучен. Кроме того, следует иметь в виду, что простатит, особенно хронический, часто гипердиагностируется. Если изначально качество эякулята было хорошим, то подобные преходящие изменения состава и свойств семенной жидкости не оказывают, как правило, значимого влияния на фертильность. Определить точный «клад» инфекционного фактора в структуре причин бесплодия не так просто – мало статистических данных, да и статистика не вполне корректна, в силу специфики и организации этого вида услуг, ведь далеко не каждый бесплодный мужчина идет обследоваться, результаты разных лабораторий часто несопоставимы, из обследованных пациентов мало кто лечится, а часть больных занимается самолечением и «народной медициной», велики различия в образе жизни, половой конституции, годности. Кроме того, в последние годы, с развитием вспомогательных репродуктивных технологий, вопросы этиологии бесплодия, и особенно его патогенеза, оказались оттесненными на второй план. Так что точно на этот вопрос сегодня не ответит никто, можно говорить лишь о вариантах.

– А какие инфекции – острые или хронические – чаще осложняются обтурационной аспермией?

А.С. Акопян: Чаще обструкция осложняет недолеченные острые инфекции. Однако и вялотекущие хронические инфекции, особенно в сочетании с микротравмой, могут привести к обтурации семявыносящих путей, когда сам сперматогенный эпителий, клетки сперматогенеза становятся средой и материалом пролиферации. Усугубить ситуацию при этом может длительное воздержание пациента от половой жизни, провоцирующее застой спермы в семявыносящих путях. К сожалению, не редки случаи, когда урологи не разъясняют пациенту важность регуляр-

ной эякуляции для лечения инфекций половых путей. В целом же обструкция, возникшая вследствие острой инфекции, легче поддается хирургическому лечению, поскольку происходит на относительно небольшом отрезке семявыносящего протока в области придатка, скажем, порядка 0,5–1 см. В то же время хронический воспалительный процесс может привести к обструкции длиной до 10 см, а то и поразить семявыносящий проток на всем протяжении. Чаще стали выявляться случаи, когда зоной обструкции является система канальцев придатка, вплоть до «ворот» яичка. В литературе появляются сообщения относительно правомерности отнесения этих случаев в ту или иную группу причин мужского бесплодия по действующим классификациям. Впрочем, с развитием технологии криоконсервации сперматозоидов в сочетании с хирургической экстракцией (биопсией) сперматозоидов показания к микрохирургическому восстановлению проходимости семявыносящих путей значительно сузились.

– Существует ли стандартный алгоритм обследования на урогенитальные инфекции у пациентов с бесплодием, пла-

Если спустя год лечение бесплодия не дает результат – необходимо ставить вопрос о применении вспомогательных репродуктивных технологий, особенно когда речь идет о первом ребенке. Хочется верить, что и в нашей стране со временем вспомогательные репродуктивные технологии станут на порядок доступнее.

нирующих зачатие в естественном цикле либо согласных на вспомогательные репродуктивные технологии?

А.С. Акопян: Минимальный набор обследования определен официально Приказом МЗ РФ №67, включающий для мужчины анализ крови на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С. Как правило, в схему обследования сегодня входит определение ИППП – трихомониаз, гонорея, уро- и микоплазмоз, вирус простого герпеса I и II типов, цитомегаловирус. Этот набор можно расширять, однако важно все-таки не злоупотреблять диагностическими приемами и руководствоваться в том числе соображениями экономии средств пациента и данными анамнеза. Что касается лабораторных методик определения, имеющий революционное значение метод полимеразной цепной реакции – ПЦР (ДНК-диагностика) чрезвычайно чувствителен, в связи с чем для контроля результатов лечения инфекции его лучше не использовать, либо применять не ранее 4–6 месяцев после лечения – в противном случае можно получить ложноположитель-

ный результат и претензии со стороны пациента. С целью контроля более оправдано проведение микроскопии соответствующего биоматериала через 2–4 недели после завершения приема антибактериальных препаратов. Что же касается антител крови к инфекционным возбудителям – их выявление и вовсе ничего не дает, а лишь свидетельствует о встрече с инфекцией ранее, не более того. Требования детализации диагноза не должны быть причиной отсрочки начала лечения.

– Провоцируют ли инфекции образование антиспермальных антител (АСА) в эякуляте? Характерен ли этот феномен для каких-то определенных урогенитальных инфекций?

А.С. Акопян: Да, такое возможно, наряду с другими факторами. А какая инфекция может с наибольшей вероятностью этому способствовать, вопрос индивидуальной реакции организма. Есть мнение, что основной причиной АСА является все-таки микрообструкция, при которой постоянный аутолиз созревающих сперматозоидов приводит к повреждению гематотестикулярного барьера. Во всяком случае, так считается. Кроме этого, синтез АСА может провоцироваться кистами придатка яичка,

травмой, варикоцеле. Влияние АСА (IgA и IgG) на фертильность проявляется «склеиванием» сперматозоидов, блокирующим возможность свободного передвижения. Похожая ситуация может возникнуть при уреаплазмозе, поскольку доказано, что уреаплазма обладает способностью фиксироваться к головке сперматозоида.

– А каковы показания к обследованию на АСА в эякуляте?

А.С. Акопян: Всем пациентам с бесплодием необходимо делать спермограмму совместно с тестом на агглютинацию (MAR-тестом – mixed antiglobulin reaction). Если он положительный, то обследовать более подробно, количественно. В случае выявления высоких титров антител пациентам показано проведение ICSI по специальной методике «отмывания» сперматозоидов.

– Нередко приходится слышать о том, что в практической урологии роль инфекции как причины необструктивного

бесплодия часто переоценивается и это может приводить к неоправданно длительному, дорогостоящему, зачастую неэффективному лечению. Вы согласны с этим утверждением?

А.С. Акопян: Проблема эта комплексная и имеет целый ряд причин. Во-первых, гипердиагностика урогенитальных инфекций – своеобразная традиция в нашей стране, подобно тому, как в некоторых развитых странах продолжают выпускать автомобили с правым рулем или пользуются устаревшей системой мер. Думаю, что со временем, с появлением новых знаний, при адекватном современной науке обучении молодых специалистов эта традиция постепенно уйдет в прошлое. Во-вторых, зачастую такая ситуация бывает выгодна самому пациенту и его супруге – им бывает легче и удобнее длительно лечить какую-нибудь безобидную инфекцию, чем признать наличие других причин той же эректильной дисфункции (например, разлада в отношениях, отсутствия влечения к половой партнерше). Ну и, наконец, гипердиагностика и превеличение роли инфекций в этиологии бесплодия выгодна некоторым урологам, а также организациям и лицам, практикующим всевозможные нетрадиционные методы лечения. Это благодатная почва для заработка. Не стоит забывать, что и у возбудителей есть свой цикл жизни и развития и ситуация может меняться.

– Подводя итог беседы: что бы Вы пожелали практикующим специалистам-урологам?

А.С. Акопян: Прежде всего, не увлекаться слишком дотошной диагностикой и длительным лечением инфекций в качестве основной причины бесплодного брака. Если спустя год лечение бесплодия не дает результат – необходимо ставить вопрос о применении вспомогательных репродуктивных технологий, особенно когда речь идет о первом ребенке. Увы, в нашей стране это пока еще весьма дорогостоящее «удовольствие», доступное далеко не всем желающим. В Европе в этом отношении ситуация более благоприятная: в большинстве европейских стран существуют программы, в соответствии с которыми пара или одинокая женщина могут сделать несколько попыток ЭКО/ИКСИ за счет государства или страховых фондов. Хочется верить, что и в нашей стране со временем вспомогательные репродуктивные технологии станут на порядок доступнее. Это требование времени, тем более что для этого существует вся необходимая инфраструктура и андрологической помощи, и женских консультаций и центров репродукции.

Беседу вела **Екатерина Иванова**

Актуальные вопросы реконструктивной урологии

<< Окончание, начало на стр. 1
Доктор А.В. Живов рассказал о показаниях и технике первичной сатурационной биопсии простаты и ее влиянии на технику РПЭ.

Второй день конференции был посвящен особенностям РПЭ у пациентов из группы высокого риска и новой технике открытой аденомэктомии.

Проф. П. Альтхаусом была показана РПЭ с расширенной тазовой лимфаденомэктомией. Об опыте клиники РМАПО в выполнении РПЭ у пациентов со стадией cT3 рака предстательной железы рассказал в своей лекции

проф. О.Б. Лоран. Проф. А.В. Серегин осветил роль тазовой лимфаденомэктомии в хирургическом лечении рака предстательной железы.

В секции, посвященной открытой хирургии ДТДЖ, проф. Е.И. Велиев продемонстрировал позадилодную аденомэктомию – технику, разработанную РМАПО, позволяющую добиться оптимального гемостаза, минимальной кровопотери, значительного сокращения койко-дней и послеоперационных осложнений. В последующей лекции профессор детально остановился на особенностях техники открытой аденомэктомии.

В работе конференции приняли участие урологи и онкологи Москвы, Санкт-Петербурга,

Магадана, Хабаровска, Екатеринбурга, Ростова и других городов России.

Во время трансляции операций осуществлялась двусторонняя связь между залом и операционной, что позволило поддерживать живую дискуссию. Врачи имели возможность в режиме реального времени задавать вопросы операторам, благодаря чему были подробно освещены детали хирургической техники.

Многочисленные отзывы участников конференции в очередной раз подтвердили важность выбранной тематики и высокий уровень организации конференции.



Оперирует проф. Е.И. Велиев

Европейская Ассоциация Урологов (EAU) СЕГОДНЯ

Вопрос создания Европейского урологического общества впервые был затронут в 1972 г. проф. Georgio Ravasini из Падуи и десятью известными европейскими урологами. А уже в 1973 г. в Амстердаме на Международном конгрессе по урологии произошло официальное утверждение Европейской ассоциации урологов (European Association of Urology – EAU). В состав EAU тогда было принято 259 членов, а сегодня Ассоциация включает в себя более 16 тысяч врачей-урологов.

Первоначально конгрессы проводились каждые 2 года, начиная с 1974 г., когда состоялся первый конгресс в Падуе (Италия), председателем которого был избран проф. G. Ravasini. Так продолжалось до 1997 г., когда общим голосованием было решено проводить конгресс ежегодно, такая же система работы сохраняется и сейчас.

На первом конгрессе прозвучало предложение об учреждении научного журнала EAU под названием «Урология в Европе», первый номер которого вышел 1 января 1975 г. Журнал издается на высоком научном уровне, в нем публикуются обзоры только оригинальных статей по различным проблемам урологии, а также имеются рубрики по онкологии, эндоскопической урологии, детской урологии, вопросам импотенции и бесплодия и некоторым другим направлениям в урологии. Читатели могут узнать о последних мировых достижениях и разработках в области урологии, новой урологической техники и инвентарии. Следует заметить, что данное весьма авторитетное издание предоставляется всем членам EAU, как и газета «Европейская урология сегодня» (European Urology Today), также издаваемая урологической ассоциацией. В газете, которая издается 1 раз в 2 месяца, можно получить не только информацию о предстоящих и состоявшихся конференциях и конгрессах, новостях EAU, но и ознакомиться с обзорами новых книг, рубрикой о новых технологиях, прочитав статьи общепопулярной и паранаучной тематики. Представляет интерес также раздел под названием «Мой взгляд», где публикуются статьи врачей и ученых мирового уровня, выражающих свою точку зрения на те или иные проблемы.

На сегодняшний день Европейская ассоциация урологов – это современная ведущая научная организация в Европе, членство в которой доступно для каждого уролога, включая урологических медицинских сестер. Управление EAU осуществляется благодаря работе исполнительного комитета, генеральным секретарем которого является проф. P.-A. Abrahamsson. Испол-

нительный комитет утверждает работу отдельных центров, призванных решать определенные задачи в выполнении главной миссии EAU – улучшение качества урологической помощи в Европе. Таким образом, основными целями EAU являются: работа организации как представительства всех урологов Европы, содействие в развитии урологии и ее субспециальностей, а также во внедрении медицинских стандартов в процесс оказания урологической помощи, поощрение проведения научных исследований в области урологии и предоставление возможности для анонсирования результатов этих исследований, распространение достижений в области урологии в Европе и по всему миру, установление стандартов обучения и практики по урологии в Европе, участие в определении направления развития урологической помощи в Европе. Осуществление поставленных целей достигается при помощи различных научных, образовательных и публицистических направлений работы, включая проведение конференций и образовательных секций, а также распространение медицинской литературы и клинических рекомендаций (clinical practice guidelines).



Пер-Андерс Абрахамссон
Генеральный секретарь EAU

Развитию научно-исследовательского направления в урологии способствует Европейская урологическая образовательная программа (The European Urological Scholarship Programme – EUSP). По мнению создателей программы, настоящий прорыв в науке возможен не благодаря достижениям отдельных лиц или институтов, а в результате совместных усилий, благодаря суммированию опыта всех ученых мира. В рамках этой программы при финансировании EAU и ее спонсоров для врачей-урологов и резидентов 3-го и 4-го года обучения предлагаются различные направления для совершенствования и проведения фундаментальных, клинических и экспериментальных научных исследований.

В состав EAU входит и не менее известная Европейская школа урологов (the European School of Urology – ESU), председателем кото-

рой является известный бельгийский уролог проф. H. van Poppel. Основная задача ESU – это обеспечение каждого уролога полным обзором всех текущих изданий и данных самых последних исследований в области урологии. Каждый год в рамках ежегодного Конгресса EAU проводятся постдипломные образовательные курсы ESU, включающие в себя клинические и научно-исследовательские направления. Также вниманию предлагаются практические секции при участии Европейского общества урологических технологий, одного из центров EAU.

ESU организует и финансирует собственные курсы (ESU Organized Courses), программа которых может быть адаптирована под интересы частных лиц и варьировать по продолжительности от 2 ч до 2 дней. Курсы проводятся на всех крупных региональных конгрессах. Регулярно проходят мастер-классы, касающиеся новейших методик и последних разработок во всех направлениях урологии. Последние мастер-классы были посвящены проблемам онкоурологии, урогинекологии и реконструктивной урологии. ESU разрабатывается виртуальная Европейская школа урологов, которая позволит практикующим урологам и резидентам получать необходимую информацию on-line, аккредитованную CME (Continuing Medical Education).

В рамках Европейской программы образования для резидентов (European Residents Education Programme – EUREP) ESU также организует образовательные курсы, которые включают в себя обучающие модули для подготовки к сдаче экзамена EBU (European Board of Urology). В задачи EAU также входит поддержание тес-

ных контактов с урологическими организациями по всему миру. На ежегодном конгрессе EAU 1 день проводится под девизом «Урология за пределами Европы». В рамках EAU функционирует Международная программа по взаимному обмену опытом в области урологии с американскими коллегами, работа которой основывается на системе предоставления грантов. Однако международные контакты EAU заключаются не только в обмене опытом с другими странами, но и в обеспечении их необходимым медицинским оборудованием. Так, за последние несколько лет фонд поддержки EAU направил свои средства в Пакистан, Грузию, Македонию и Молдавию.

Еще одним проектом EAU является организация 1 раз в год Недели урологии (Urology Week), в рамках которой проводятся тематические мероприятия, посвященные одному из урологических заболеваний, находящихся в фокусе внимания в текущем году, что, по мнению EAU, потенцирует урологическую настороженность специалистов. Тематика Недели урологии 2009 года была представлена заболеваниями предстательной железы и проблемами эректильной дисфункции.

Таким образом, EAU выступает в качестве ведущей урологической организации в Европе в сфере научной деятельности, обучения и научной литературы. Более подробную информацию о EAU, последних событиях и планируемых мероприятиях можно получить на сайте: (<http://www.uroweb.org>).

Анна Маркова, врач-уролог

II Всероссийская урологическая видеоконференция

Оперативное лечение заболеваний органов мочеполовой системы

Основана в 1924 году

25-26 февраля

По вопросам участия обращаться:

тел./факс +7(495) 614 40 61, 614 43 63,

medicinet@mail.ru www.medq.ru

Ординаторы, аспиранты, интерны, студенты и молодые урологи, объединяйтесь!

Евгений Губанов

К.м.н., ассистент кафедры урологии Самарского государственного медицинского университета, координатор проекта UroWeb.ru

gubanov@uroweb.ru

Существующая проблема стандартизации образования в России, отсутствие единой образовательной базы в немалой степени сказываются на профессиональной подготовке медицинских работников, а в конечном итоге – на нынешнем состоянии и будущем отечественного здравоохранения. Сегодня перед нами открывается возможность представить перспективное направление в образовании молодых специалистов по урологии. На данный момент проект реализуется при поддерж-

ке кафедры Самарского государственного медицинского университета. Информационная поддержка будет осуществляться на русскоязычном сайте, посвященном деятельности ESRU (Европейского Сообщества Резидентов Урологии) – esru.uroweb.ru.

Приглашаем молодых урологов – ординаторов, аспирантов, практикующих врачей, студентов – присоединиться. На данном сайте уже зарегистрировались молодые коллеги из ближнего зарубежья: Узбекистана, Украины, Казахстана, Азербайджана, Армении, Молдавии, Белоруссии, Грузии, Таджикистана, Киргизии.

Повышение образовательного уровня, знаний, умений наших молодых специалистов – одна из наших главных задач. Мы публикуем интересные клинические случаи, ваши статьи и рассказы, поможем в проведении онлайн-конференции и многое другое.

В 2010 г. мы вводим бонусные программы. Активным участникам будет оплачен регистрационный взнос в EAU. В качестве одного из призов ожидается широкоформатная цветная печать постера для конференции и помощь в его редактировании. Наиболее активным будет оказана материальная поддержка для участия в различных конференциях в объеме возмещения денежных затрат на дорогу, проживание и регистрационный взнос. Желающие могут принять участие в любой форме: вы можете быть модераторами, редакторами, фотографами, переводчиками, журналистами. Не ограничивайтесь клинической работой, поверьте, хороший врач – это человек с широким кругозором и разнообразными интересами.

Если вы еще не знаете, как реализовать свой научный и творческий потенциал, мы с радостью поможем вам. Для вас открыто широкое поле деятельности: научные работы на основе опыта в вашем регионе, литера-

турные обзоры по актуальным проблемам урологии, публикации интересных клинических случаев в форме презентации или рассказа с фотографиями на нашем форуме. Мы с надеждой смотрим на нынешнее поколение молодых урологов, ибо уверены в том, что они уже сегодня закладывают фундамент новой урологической школы России.

Мы не берем на себя смелость данным проектом решить современные образовательные проблемы. Наша задача более скромная – помочь молодому поколению урологов, их квалификационному росту, накоплению опыта, наконец, приобщить к достижениям современной мировой медицины. Хорошо известно, что процесс обучения дипломированного врача непрерывно продолжается всю его профессиональную деятельность. Не упустите свой шанс зарегистрироваться на сайте esru.uroweb.ru. Мы приглашаем присоединиться специалистов других кафедр.

Элигард – новое слово в гормональном лечении рака простаты

В июле 2009 г. компанией Астеллас Фарма в России был зарегистрирован новый препарат группы аналогов гонадотропин-рилизинг гормона (ЛГРГ) – Элигард. Препарат Элигард – единственный из аналогов ЛГРГ, при введении которого благодаря большому количеству действующего вещества у 98% больных раком простаты удалось добиться снижения уровня тестостерона ниже 20 нг/дл. Кроме того, при его применении была отмечена меньшая частота подъема тестостерона на фоне терапии и при повторных введениях препарата, что привело к более эффективной андрогенной депривации.

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

Одним из неотъемлемых компонентов лечения распространенных форм рака простаты является гормональная терапия, цель которой заключается в максимальном снижении уровня тестостерона. Это приводит к угнетению роста ткани простаты, снижению содержания ПСА и тормозит прогрессирование заболевания, улучшая качество жизни больных, а в сочетании с лучевой терапией повышает радикальность лечения.

«Золотым стандартом» антиандрогенной терапии и по сей день остается хирургическая кастрация, однако с 1971 г. с целью снижения уровня тестостерона в клинической практике стали применять и аналоги ЛГРГ, а с 1990 г. их пролонгированные формы. Наличие препаратов длительного действия способствовало широкому распространению аналогов ЛГРГ в лечении распространенных форм рака простаты.

В ранних тест-системах предельный уровень тестостерона, который можно было измерить, составлял 50 нг/дл. Как и орхиэктомия, все применяемые аналоги ЛГРГ позволяют снизить тестостерон ниже данного уровня. С появлением новых тест-систем выяснилось, что при орхиэктомии у большинства пациентов уровень тестостерона не превышает 20 нг/дл (рис. 1), тогда как при назначении традиционных аналогов ЛГРГ у 13–38% пациентов уровень тестостерона выше этого значения, а после каждой инъекции наблюдается дополнительный всплеск синтеза андрогенов.

В отличие от традиционных аналогов ЛГРГ на фоне приема Элигарда концентрация тестостерона снижается до уровня после билатеральной орхиэктомии практически у всех пациентов (рис. 2). Также отмечается низкая частота повышенного уровня тестостерона на фоне лечения и при повторных инъекциях. Вероятно, это объясняется большей дозой действующего вещества и более равномерным его высвобождением в течение длительного времени.

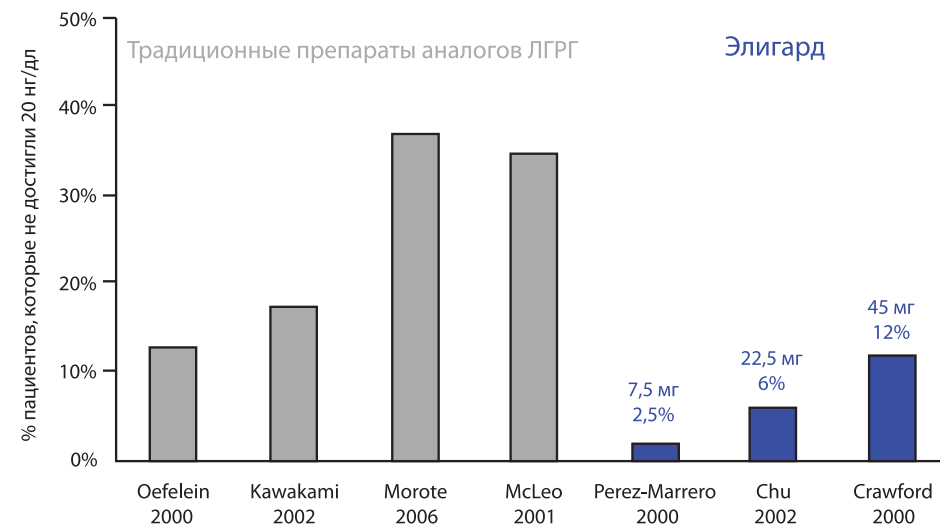


Рис. 2. Доля пациентов, уровень тестостерона у которых не опустился ниже 20 нг/дл

Препарат Элигард впервые был зарегистрирован в США в 2002 г., а к настоящему времени применяется более чем в 20 странах мира, включая Евросоюз, Канаду, Израиль, Южную Корею, Австралию, Новую Зеландию, страны Центральной и Южной Америки и др. Действующим началом препарата является лейпрорелин, наиболее распространенный и часто применяемый в мире аналог ЛГРГ. В течение более чем 20-летнего применения лейпрорелин проявил себя в качестве эффективного и хорошо переносимого средства лечения гормонозависимого рака предстательной железы. В отличие от других препаратов лейпрорелина Элигард содержит инновационную систему высвобождения действующего вещества – Атригель. Этот носитель позволяет создавать лекарственные формы с увеличенным содержанием действующего вещества. В частности, в препарате Элигард содержится 7,5 мг лейпрорелина, в то время как в препаратах с системой высвобождения в виде микросфер содержание лейпрорелина составляет лишь 3,75 мг. Большая доза активного вещества позволяет максимально снизить частоту повышенного

В отличие от других препаратов лейпрорелина Элигард содержит инновационную систему высвобождения действующего вещества – Атригель.

уровня тестостерона на фоне терапии и при повторных введениях препарата и повысить эффективность андрогенной супрессии.

Препарат состоит из двух компонентов в двух отдельных стерильных шприцах. В одном шприце находится порошок действующего вещества – лейпрорелина ацетата, во втором – Атригель, который представляет собой биodeградирующий полимер, растворенный в растворителе – N-метил-2-пирролидоне. Компоненты носителя прошли строгий контроль на токсичность и безопасность и допущены к применению Федеральным управлением США по продуктам питания и лекарствам. Непосредственно перед введением содержимое двух шприцов перемешивается до получения однородной смеси. Раздельная упаковка

бе активное вещество, которое по мере постепенной биodeградации основы высвобождается (рис. 3).

Благодаря жидкой консистенции, позволяющей вводить препарат через тонкую иглу, и небольшому объему имплантата система высвобождения Атригель более удобна и комфортна для пациентов по сравнению с другими имеющимися формами доставки препаратов данной группы. Кроме того, Элигард – единственный препарат в России, который можно применять не только 1 раз в месяц и в 3 месяца, но и 1 раз в 6 месяцев, что заметно повышает качество жизни пациентов.

Более редкое применение приводит к снижению частоты местных нежелательных явлений, связанных с подкожной инъекцией, – боли, покраснения, отека, уплотнений в месте укола. Кроме того, требуется меньше посещений врача, пациент реже вспоминает о своей болезни. Так, 3/4 пациентов считают, что применение препарата 1 раз в 6 месяцев существенно улучшает качество их жизни; 81% пациентов моложе 70 лет выбрали именно 6-месячную дозировку.

Побочные эффекты при приеме Элигарда не отличаются от таковых при приеме других аналогов ЛГРГ. Большинство возникавших в ходе клинических испытаний побочных эффектов были небольшой или умеренной выраженности. Ни один пациент не прекратил лечения в связи с возникновением нежелательных реакций во время клинических испытаний. Таким образом, Элигард позволяет добиться лучшего контроля над уровнем тестостерона без увеличения частоты или выраженности побочных эффектов, которыми сопровождается терапия аналогами ЛГРГ.

Появление в России нового высокоэффективного аналога ЛГРГ Элигард с уникальной системой доставки, удобной и комфортной в применении, в различных дозировках, с максимальным периодом действия 6 месяцев, позволяет расширить возможности лечения, сделать его более удобным и безопасным и повысить качество жизни больных раком простаты.

Астеллас Фарма

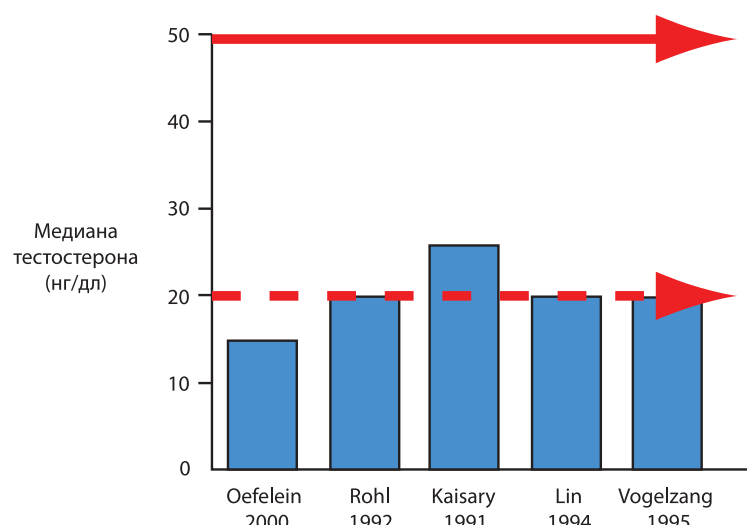


Рис. 1. Медиана уровня тестостерона после хирургической кастрации по данным различных авторов (нг/дл)

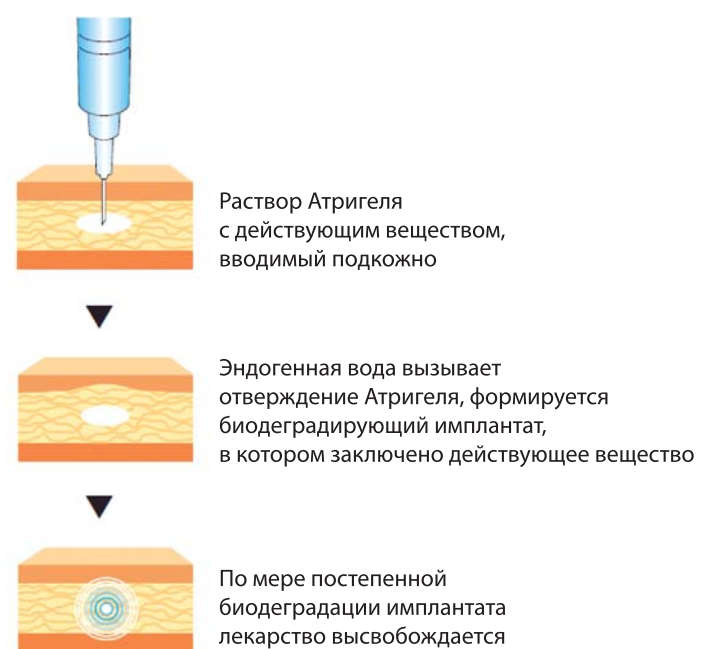


Рис. 3. Схема формирования подкожного имплантата Атригель

ка для носителя и действующего вещества позволяет избежать химического взаимодействия между ними при длительном хранении, увеличить срок годности и сохранить препарат в максимально чистом виде и необходимой дозировке. Под действием воды в подкожной жировой клетчатке полимер Атригеля осаждается, полученная смесь затвердевает, заключая в се-

Элигард – единственный препарат в России, который можно применять не только 1 раз в месяц и в 3 месяца, но и 1 раз в 6 месяцев.

Интерпретация результатов биопсии простаты: современные аспекты проблемы



Баходур Камолов

К.м.н., отделение урологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН
kamolov@roou.ru



Алексей Викторович Живов

К.м.н., доцент кафедры урологии МГМСУ
urorec@gmail.com

Широкое распространение скринингового исследования мужчин для выявления рака предстательной железы путем определения уровня простатспецифического антигена (ПСА) привело к значительному увеличению числа трансректальных биопсий предстательной железы – метода, считающегося «золотым стандартом» диагностики рака простаты. Биопсия простаты, выполненная по надлежащим показаниям и с использованием оптимальной методики, предоставляет врачу необходимую информацию о наличии у пациента предракового поражения (простатическая интраэпителиальная неоплазия – ПИН – высокой степени) либо рака простаты, локализации опухоли, протяженности опухоли в биоптате, наличии периневральной инвазии или инвазии капсулы предстательной железы, стадии дифференцировки опухолевых клеток (традиция по шкале Глисона). Эти показатели в сочетании с другими клиническими данными позволяют установить стадию Т и степень риска прогрессирования заболевания и/или рецидива после радикальной простатэктомии (РПЭ) либо иного терапевтического вмешательства. Без этих сведений невозможно принять правильное решение по выбору метода лечения и дальнейшему ведению пациента, и потому **интерпретация результатов биопсии простаты – одна из важнейших задач, которые стоят перед специалистом, практикующим в области урологии и онкоурологии.**

Прежде чем коснуться вопросов диагностики собственно рака простаты, заметим, что патоморфологическое исследование биоптата может выявить наличие незлокачественных изменений железистого эпителия, ассоциированных с повышенным риском развития рака простаты у пациента и в связи с этим требующих проведения повторной биопсии. К таким настоятельно рекомендуемым находкам относятся атипия с подозрением на аденокарциному или **атипичная мелкоацинарная пролиферация (ASAP)** и ПИН высокой степени. В первом случае в препарате обнаруживаются мелкие пролиферирующие ацинусы, вызывающие подозрение на аденокарциному (может наблюдаться ядерная/ядрышковая атипия, отсутствие базальных клеток и другие признаки нарушения дифференцировки). Термин ASAP (atypical small acinar proliferation, мелкие участки атипичной пролиферации ацинусов), или «атипия с подозрением на аденокарциному», широко распространена за рубежом, однако отечественные патоморфологи достаточно редко дают такое заключение по результатам биопсии. Сразу подчеркнем, что ASAP не является предраковым состоянием, а выражает лишь неясность диагноза, т.е. патолог не может с уверенностью сказать, соответствует ли наблюдаемая картина аденокарциноме или доброкачественному поражению. В связи с этим при получении диагноза ASAP рекомендуется консультация с пересмотром гистологических стекол у другого специалиста (желательно экспертного уровня), возможно использование иммуногистохимических мето-

дов анализа биоптатов. Показано, что **атипия с подозрением на рак ассоциирована примерно с 50%-ной вероятностью диагноза аденокарциномы при повторной биопсии, причем локализация аденокарциномы в большинстве случаев соответствует участку обнаруженной ранее атипии.** Поэтому в течение 3 месяцев после первой биопсии рекомендуется провести **повторную биопсию по расширенной схеме**, причем для повышения диагностической ценности ребиопсии NCCN (Национальная всеобщая онкологическая сеть США) рекомендует брать дополнительные пробы из участка атипии. Если при повторной биопсии рак не обнаружен, показано тщательное наблюдение с периодическим измерением уровня ПСА, проведением пальцевого ректального исследования и повторной биопсии (известно, впрочем, что проведение двух повторных биопсий после первоначальной достаточно для диагностики подавляющего большинства опухолей простаты). Диагноз ПИН означает, что в биоптате обнаружены железы, ацинусы и протоки которых выстланы атипичными клетками, однако присутствует интактный базальный слой, что отличает ПИН от аденокарциномы. Считается, что **ПИН – это предраковое состояние**: она может иметь высокую или низкую степень в зависимости от спектра и выраженности наблюдаемых неопластических изменений. В западных странах распространено убеждение, что не следует указывать ПИН низкой степени в патоморфологическом заключении, поскольку этот диагноз имеет плохую воспроизводимость среди различных патологов и не ассоциирован с повышенным риском рака при последующей биопсии. Исследования прошлых лет показали, что ПИН высокой степени ассоциирована с 30–50%-ным риском выявления рака простаты при ребиопсии, однако более современные работы, включившие данные расширенных биопсий, свидетельствуют о том, что риск все же не столь высок и составляет примерно 10–20%. В соответствии с рекомендациями NCCN в случае обнаружения ПИН высокой степени после стандартной секстантной биопсии (либо биопсии с количеством взятых проб менее 10) необходимо через 3 месяца провести повторную биопсию по расширенной методике (10 и более биоптатов). Если же с самого начала была проведена расширенная биопсия, больного следует подвергнуть повторной биопсии через 6–12 месяцев с использованием расширенной или сатурационной методики.

В тех случаях, когда при оценке срезов, окрашенных гематоксилин-эозином, нельзя сделать окончательное заключение, соответствует ли наблюдаемая картина злокачественному поражению или нет, патологи могут прибегнуть к помощи иммуногистохимического анализа. К наиболее часто используемым иммуногистохимическим маркерам, позволяющим отличить злокачественные клетки от доброкачественных, относятся антитела к цитокератинам 5 и 14, белку р63 и альфаметилалилацкоэнзим А-рацемазе (AMACR). Положительно окрашиваются ткани на цитокератины 5 и 14 и белок р63, которые постоянно экспрессируются базальными клетками нормального эпителия простаты (а также при доброкачественной гиперплазии простаты, атрофии и ПИН высокой степени), свидетельствует об отсутствии злокачественного поражения. Напротив, AMACR в большинстве случаев гиперэкспрессируется клетками рака простаты, поэтому положительное окрашивание ткани антителами к этому ферменту свидетельствует о наличии рака.

Если в препарате все же обнаружен рак, то перед патологом встает задача охарактеризовать наблюдаемую картину, а перед урологом – сделать из данной характеристики выводы относительно выбора оптимальной тактики дальнейшего ведения больного. **Наиболее широкоис-**

пользуемая система патоморфологического стадирования рака простаты – это система градации Глисона, вошедшая в практику врачей уже более 40 лет назад. Оценка опухоли по Глисону основана исключительно на рассмотрении гистологической структуры ткани без учета каких-либо цитологических (ядерных/ядрышковых) признаков атипии. Данная система подразумевает оценку гистологической структуры опухоли по 5-балльной шкале, в которой 1 балл соответствует наиболее дифференцированной структуре, а 5 баллов – наименее дифференцированной. Рак предстательной железы, как известно, весьма гетерогенный и зачастую имеет несколько участков различной степени дифференцировки, поэтому в заключении патолога указывается сумма Глисона – сумма баллов, присвоенных наиболее распространенной (первичный показатель) и второй по распространенности (вторичный показатель) гистологической картине опухоли в биоптате. При этом патолог должен указать не только само значение суммы, но и ее составляющие, ставя на первое место первичный показатель. В последние годы количество проводимых биопсий простаты и РПЭ значительно возросло по сравнению с тем временем, когда была создана система Глисона. Многочисленные исследования последних лет свидетельствуют о том, что **оценка по старой системе Глисона биоптата опухоли, полученного после трансректальной биопсии простаты, и образца той же опухоли после простатэктомии совпадает только в 35–45% случаев, причем первоначальная недооценка стадии опухоли встречалась почти в 2 раза чаще, чем переоценка.** В связи с вышесказанным возникла необходимость в доработке системы Глисона и адаптации ее к сложившимся условиям. Современная модифицированная система Глисона была предложена и введена в практику в 2005 г., после состоявшейся в Сан-Антонио конференции урологических патологов, организованной ISUP (International Society of Urological Pathology) и призванной достичь соглашения в противоречивых и спорных аспектах системы Глисона. В результате **в систему Глисона были введены поправки**, сделавшие ее более надежным диагностическим инструментом. Во-первых, была уточнена процедура выбора и оценки вторичного показателя Глисона. В случае если вторичный показатель имеет более низкую степень дифференцировки по сравнению с первичным, то он учитывается, даже если соответствующий ему участок опухоли занимает менее 5% всего объема опухолевой ткани в биоптате. В то же время, если вторичная по распространенности гистологическая картина имеет, наоборот, более высокую степень дифференцировки, она принимается во внимание, только если на нее приходится более 5% объема опухоли, в противном случае число баллов преобладающей картины просто удваивается. Если в опухоли можно выделить три различные по степени дифференцировки картины – 3, 4 и 5, то в сумму входят первичный и наихудший показатели. Также **было решено не выставлять сумму Глисона 2 или 3** независимо от типа и состояния исследуемого образца (считается, что во времена, когда система Глисона только была разработана, показатель 1 балл по Глисону зачастую присваивался не аденокарциноме, а аденозу или атипичной аденоматозной гиперплазии, кроме того, он встречается очень редко и обладает плохой воспроизводимостью). Что же касается значения суммы 4 (2+2), его также предписано избегать вследствие чрезвычайно плохой воспроизводимости среди различных экспертов и низкой корреляции с результатами, полученными после резекции простаты или РПЭ (как правило, на самом деле имеет место более высокий балл). Тем не менее возможность постановки диагноза с суммой по Глисону 4 балла осталась с оговоркой, что диагноз этот может поставить не общий патолог, а только патолог-эксперт, специализирующийся в урологии, при этом в заключении рекомендуется указывать, что вероятность

обнаружения картины, соответствующей большему числу баллов при резекции/удалении простаты, очень велика. Наконец, были несколько изменены сами критерии отнесения наблюдаемой гистологической картины к той или иной степени дифференцировки по Глисону. Примером может послужить оценка криброзного варианта железистых структур: старая система допускала наличие этого варианта при 2, 3 и 4-й степенях дифференцировки, в новой же системе криброзный вариант по большей части относится к 4-й степени, в то время как критерии его диагностики в рамках 3-й степени в значительной степени ужесточились.

Теперь, спустя 4 года, появилась возможность судить об итогах вышеописанных изменений. Большинство авторов сходятся во мнении, что модификация пошла на пользу старой системе Глисона. По сравнению с традиционной системой значительно возросли воспроизводимость результатов оценки и процент совпадения диагноза при оценке образцов ткани железы, полученных путем биопсии или после РПЭ (по данным исследования Helppar и Egevad, включившего 3000 образцов простаты, процент совпадения вырос с 58 до 72%).

Теперь перейдем к вопросу, представляющему непосредственный интерес для практикующего уролога: **какие выводы можно извлечь из полученной по результатам биопсии информации?** Во многих исследованиях было показано, что сумма Глисона – независимый и очень сильный прогностический фактор не только для предсказания естественного протекания болезни, но также и риска рецидива после РПЭ или лучевой терапии (по некоторым данным, прогностическая ценность исследования по модифицированной системе Глисона в отношении оценки риска рецидива после РПЭ достоверно повысилась). Величина суммы Глисона, полученная как по старой системе, так и по новой, коррелирует с другими прогностическими параметрами: возрастом, уровнем ПСА в сыворотке крови, клинической и патологической стадией рака. Считается, что показатель 4 балла негативно отражается на прогнозе. В ряде исследований было показано, что сумма Глисона 7b с первичным показателем 4 (т.е. 4+3) отражает более «продвинутой» патологическую стадию рака и более высокий риск прогрессирования заболевания после РПЭ, чем сумма Глисона 7a с первичным показателем 3 (3+4). Современные исследования свидетельствуют о том, что подавляющая часть образцов опухоли, полученных при биопсии ткани простаты у больных с концентрацией ПСА менее 10 нг/мл и распространенностью опухоли менее 10%, получают оценку не более чем 7a по Глисону. Также, по некоторым данным, 95% опухолей с оценкой 7a имеют стадию pT2, в то время как 70% опухолей с оценкой 7b имеют стадию pT3-4. Прогностические различия суммы Глисона 7a и 7b нашли отражение, в частности, в **таблицах Партина** – широко используемом инструменте оценки прогноза в зависимости от величины ПСА, суммы Глисона и клинической стадии рака. Кроме того, было показано, что преобладание паттерна 4 хотя бы в одном столбике или его наличие в трех столбиках и более повышает риск инвазии регионарных лимфатических узлов до 20–45%.

Изучая полученный препарат ткани простаты, патолог может не только качественно оценить обнаруженное злокачественное поражение, но и дать его количественную оценку. Наиболее часто применяются следующие методики: 1) подсчет общего числа позитивных проб (столбиков ткани, содержащих опухолевую ткань) или их процентного содержания, 2) общее процентное содержание опухолевой ткани в пробах, 3) наибольший процент опухолевой ткани в индивидуальной пробе, 4) количество опухолевой ткани в миллиметрах в одном столбике либо суммарно во всех пробах.

Продолжение на стр. 8 >>

04.06.2010	2-й Роттердамский симпозиум по раку и сексуальным проблемам	Нидерланды, г. Роттердам	E-mail: secretariat@ISSC.nu
10-11.06.2010	Ежегодная встреча Ассоциации урологов Словакии	Словакия, г. Кошице	Website: www.sus.sk/index.php
16-18.06.2010	6-й конгресс «Мужское здоровье»	Россия, г. Москва	Камалов Арманс Альбертович Телефон: +7 (495) 432 96 22
22-24.06.2010	2010 BAUS Ежегодная встреча	Великобритания, г. Манчестер	Phone: +44 20 786 969 50
18.08.2010	1-я международная конференция по вопросам неудачного лечения типоспадии	Италия, г. Ардецо	E-mail: admin@baus.org.uk
27-31.08.2010	10-й Конгресс урологов Азии – 2010 (АСУ-2010)	Тайвань, г. Тайпей	Website: www.faiedhyrospradis.com
16-17.09.2010	Конференция Российского общества онкологов в Дальневосточном федеральном округе	Россия, г. Владивосток	E-mail: 2010asu@kainai.com.tw
29-01.10.2010	Пленум Российского общества урологов	Россия, г. Краснодар	Оргкомитет РООУ Телефон: +7 (495) 645 21 98. E-mail: roou@roou.ru
29-01.10.2010	6-й Европейский конгресс по андрологии	Греция, г. Афины	Оргкомитет РОУ Телефон: +7 (495) 611 31 29
29-01.10.2010	7-й Европейский урологический симпозиум по роботической хирургии	Франция, г. Бордо	Endocrine Dept., Elena Venizelou Hospital Phone: +30 210 6402389. E-mail: efko_efko@yahoo.gr
7-8.10.2010	5-й Конгресс Российского общества онкурологов	Россия, г. Москва	ISMAR Healthcare. E-mail: info@erus2010.com
13-16.10.2010	SUJ – связь международного общества урологов	Марокко, г. Маракеш	Оргкомитет РООУ Телефон: +7 (495) 645 21 98. E-mail: roou@roou.ru
18-21.10.2010	Конгресс Французской ассоциации урологов	Франция, г. Париж	SUJ
23-27.10.2010	20-й Конгресс урологов Греции	Кипр, г. Лимассол	L'association Fran aise d'Urologie
27-29.10.2010	7-й Мировой конгресс по мужскому здоровью (WSMN). Мужское здоровье: как преодолеть проблемы?	Франция, г. Ницца	Nellemic Urological Association (NUA)
31-01.11.2010	Национальный конгресс Федерации урологов Аргентины (FADU)	Аргентина, г. Кордоба	Astid Lederer
16-22.11.2010	28-й Конгресс Ассоциации урологов Южной Африки (SAUA 2010)	Южная Африка, г. Дурбан	Phone: +43 1 409 60 10 12. E-mail: alederer@ismh.org
11-12.12.2010	2-й связь детских урологов-андрологов	Россия, г. Москва	E-mail: sau@sau-net.org
			SAUA
			Общественная организация детских урологов-андрологов. Сайт: www.redutgol.ru

Январь

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
			1	2	3	
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

Февраль

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
						1
2	3	4	5	6	7	
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

Март

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
						1
2	3	4	5	6	7	
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Апрель

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

Май

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

Июнь

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

Июль

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

Август

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

Сентябрь

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

Октябрь

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
			1	2	3	
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

Ноябрь

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

Декабрь

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

УРОЛОГИЧЕСКАЯ СЕТОДНЯ

специализированное издание для урологов

www.urotoday.ru

Дата

Мероприятие

Место проведения

Организатор

15-17.01.2010	7-я встреча онкологической секции EAU (ESOU)	Австрия, г. Вена	EAU
16-23.01.2010	Королевское медицинское общество, секция урологии – Зарубежные зимние встречи	Великобритания, г. Лондон	Обергех (Австрия) – проф. Георг Ватсх и департамент урологии, университет Innsbruck Dr. Diego Rozza. Phone: +39 6 519 28 58 E-mail: diegro@in.it
23.01.2010	13-я ежегодная встреча андрологов Италии	Италия, г. Рим	Mohamed A. Ghoneim. Phone: +20 50 223 52 52 E-mail: validein@yahoo.com
23-29.01.2010	1-й международный обучающий курс «Методы реконструктивной урологии»	Египет, г. Мансура	E-mail: validein@yahoo.com
23-24.01.2010	Резиденты и молодые урологи в урологии. Международный саммит – 2010	Турция, г. Стамбул	Website: www.turkiyesur2010.com
27-31.01.2010	20-я международная встреча по раку простаты	США, г. Вэйл	David Utz. Phone: +1 434 817 20 00
04-07.02.2010	43-я ежегодная встреча «Урологическое общество Индии» (USICON)	Индия, г. Агра	Website: www.usicon.in/agra2010.html
05.02.2010	Мастер-класс по роботической хирургии при патологии верхних мочевых путей	Бельгия, г. Брюссель	Mrs. Anouk Verlinden, Ismar Healthcare Phone: +32 (0) 3 491 8746 E-mail: info@masterclassroboticurology.com
12-16.02.2010	Европейский урологический форум – 2010	Швейцария, г. Давос	ESU
18-19.02.2010	Почечно-клеточный рак: на каком этапе мы находимся в 2010 году?	Португалия, г. Лиссабон	Website: www.iem.pt
24-27.02.2010	3-й международный симпозиум по фокальной терапии и вопросам визуализации рака простаты и рака почки	США, г. Вашингтон	Website: www.sanep.duke.edu/focaltherapy
25-26.02.2010	2-я Всероссийская урологическая видеоконференция. Оперативное лечение заболеваний органов мочеполовой системы	Россия, г. Москва	Оргкомитет: Сергей Петрович Даренков, Дмитрий Юрьевич Пушкарь Телефон: +7 (495) 614 40 61, 614 43 63 E-mail: medicinet@mail.ru . Сайт: www.med.ru
25-28.02.2010	3-й Всемирный конгресс. Противоречия в урологии	Греция, г. Афины	E-mail: cunr@comtesmed.com
03-05.03.2010	5-я Интернациональная встреча по реконструктивной урологии (MORU)	Германия, г. Рамбург	Technology Consult Berlin GmbH Phone: +49 30 4 05 04 53 0. E-mail: info@imopt.de
15-19.03.2010	Минимально инвазивная хирургия в урологии	Португалия, г. Брага	School of Health Sciences, University of Minho Phone: +351 253 60 48 59 E-mail: sec-rg@essaide.uminho.pt
25-28.03.2010	2-я Урологически ассамблея	США, г. Дарем	Robin Phillips. Phone: +1 919 668 3532 E-mail: robin.phillips@duke.edu
02.04.2010	Конференция Российского общества онкоурологов в Центральном федеральном округе	Россия, г. Воронеж	Оргкомитет РООУ. Телефон: +7 (495) 645 21 98 E-mail: roou@roou.ru
16-20.04.2010	25-й ежегодный конгресс EAU	Испания, г. Барселона	EAU
22-24.04.2010	Структуры уретры у взрослых и детей – курс ESRU	Бельгия, г. Гент	W. Oosterlinck, Dep Urology, Ghent University Hospital, B-9000
06-08.05.2010	2-й Интернациональный конгресс франкоязычных урологов	Бельгия, г. Брюссель	Pr. Vincent Delmas. E-mail: info@fasul2010.com
07-08.05.2010	5-й Европейский международный симпозиум по раку почки	Великобритания, г. Лондон	Kidney Cancer Association. Phone: +1 847 332 1051 Phone: +44 (0) 20 7290 3859
14.05.2010	Королевское медицинское общество, секция урологии – Главная ежегодная встреча – Президентский день, вручение премии Geoffrey Shestolm Commemoration. Winship White Lecture	Великобритания, г. Лондон	E-mail: urology@rsm.ac.uk
15.05.2010	Встреча лидеров урологии	Италия, г. Лаго Маджори	EAU
20-21.05.2010	Конференция Российского общества онкоурологов в Северо-Западном федеральном округе	Россия, г. Санкт-Петербург	Оргкомитет РООУ. Телефон: +7 (495) 645 21 98. E-mail: roou@roou.ru
27-28.05.2010	2-й Евразийский конгресс по андрологии	Казахстан, г. Алматы	Профессиональная Ассоциация андрологов России, ЕвразЭС, МЗ Республики Казахстан, Научный центр урологии им. Б.У. Джарбусынова

Как стать урологом в России?



Игорь Шадеркин

Заведующий отделом телемедицины
ФГУ «НИИ урологии
Росмедтехнологий»

info@uroweb.ru

Покинуть учебную парту медицинского вуза – не значит стать доктором. Сегодня требует воплощения идея перехода от принципа образования «на всю жизнь» к образованию «через всю жизнь». Поэтому узкий специалист – это, прежде всего, специалист с высоким уровнем непрерывной подготовки. Как же на данный момент реализована эта стратегия в России? О врачах-урологах подробнее в этой статье.

Несмотря на наметившиеся тенденции к дроблению урологии на субспециальности (онкоуролог, урогинеколог, фтизиуролог, андролог и др.), образовательные стандарты на них отсутствуют. Таких специальностей просто не существует. Исключение составляет детский уролог-андролог, благодаря приказу Минздрава РФ от 12 августа 2003 г. № 404.

Сегодня врач вынужден проходить обучение каждому курсу отдельно, а потом только совмещать полученные знания в своей практике. Такой подход упрощает для образовательных учреждений профессиональную подготовку специалистов. И для государства в целом рентабельнее повысить квалификацию каждого доктора. Это позволяет оказывать разностороннюю помощь пациенту одним специалистом.

Сегодня трудно сделать вывод, каким же доктором является данный специалист в первую очередь. Дополнительную путаницу создает приток в урологию врачей совершенно иного профиля: дерматовенерологов, сексопатологов и др. Кроме того, и сама урология, начиная с 2007 г., потеряла в статусе, став субспециальностью хирургии. Такое состояние дел заставило статистов сбиться со счета: а сколько же у нас «действительных» урологов?

Далее рассмотрим проблему стремительных изменений законодательной базы за последние 10 лет. В таблице представлены варианты получения образования по специальности уролога на разных этапах жизни страны. Последней строкой приводится перечень документов, требуемых сегодня при приеме на работу, для специалистов разных годов выпуска.

После получения основного образования в силу вступает необходимость в дополнительном. Это:

– **Циклы общего и тематического усовершенствования** – получение удостоверения установленного образца (см. Приказ Минздрава СССР от 11.11.71 г. № 810).

– **Аттестация** – присвоение квалификационной категории. Аттестация проводится по желанию специалистов и является добровольной. Переаттестация на подтверждение имеющейся квалификационной категории проводится каждые 5 лет (см. Приказ Минздравмедпрома РФ от 16.02.95 №33 (ред. от 28.09.99)).

– **Сертификация** – получение сертификата после окончания аспирантуры, ординатуры или дополнительного образования (специализации или повышения квалификации), а также после прохождения проверочного испытания (см. Ст. 54 «Основ законодательства «Об охране здоровья граждан» (далее «Основ») в последней редакции).

Любопытен тот факт, что доктора впервые услышали о сертификате в связи с выходом в свет нашумевшего Приказа Минздравмедпрома от 19.12.1994 №286. И хотя ему было отказано в регистрации Минюстом, он имел силу в течение чуть более 5 лет, до отмены его Приказом Минздрава РФ от 11 января 2000 г. № 4. После чего возникло полное замешательство в вопросе приема сотрудников на работу и продолжения их трудовой деятельности. Был ли еще хоть один документ, также упоминающий о необходимости сертификата на тот момент? Оказывается, что нет.

После отмены приказа вышло в свет долгожданное Письмо Минздрава РФ от 08.02.2000

№ 2510/1276-32 с разъяснениями по сертификации и допуску медицинских и фармацевтических работников к их профессиональной деятельности. Документ предписывал руководствоваться «Основными». Там же приводился дополнительный перечень подкрепляющих документов.

Таким образом, в период с 2000 и 2003 г. требовать у специалистов сертификат было неправомерно. Приказа не существовало, а «Основы» предписывали иметь его только «на занятие определенными видами деятельности, перечень которых устанавливается Минздравом РФ». Самого «перечня» не существовало.

Спорная ситуация, можно сказать, разрешилась только с выходом «Основ» в редакции от 10.01.03 №15-ФЗ, где право на занятие медицинской деятельностью в РФ получили лица «...имеющие диплом и специальное звание, а также сертификат специалиста».

Теперь у нас есть ответ на вопрос «Как стать урологом в России?» и возможность благополучно быть принятым на работу.

ТАБЛИЦА. Требуемое образование для врача-уролога

Периоды	до 27.08.1999 г.	с 27 августа 1999 г.	с 20 августа 2007 г.	с 11 марта 2008 г. по настоящее время
Действующий приказ	Пр. Минздрава СССР от 11.11.71 г. № 810	Пр. Минздрава РФ от 27 августа 1999 г. № 337	Пр. Минздравсоцразвития РФ от 20 августа 2007 г. № 553	Пр. Минздравсоцразвития РФ от 11 марта 2008 года № 112н
Образование, полученное в вузе	«Лечебное дело»	«Лечебное дело»	«Лечебное дело»	«Лечебное дело»
Основная специальность	«Хирургия»	«Урология»	«Хирургия» + 3 года стаж работы в хирургии	«Хирургия»
Специальность, требующая дополнительной подготовки	«Урология» – не менее 3 месяцев	–	«Урология» (проф. переподготовка или ординатура)	«Урология» (ординатура)
Документы, необходимые при устройстве на работу или продолжении своей профессиональной деятельности врача-уролога в 2009 г.	Диплом «Лечебное дело», первичная специальность «Хирургия», удостоверение по «Урологии», стаж работы от 5 лет урологом до 2000 г., сертификат по «Урологии», квалификационная категория и документы о повышении квалификации в течение последних 5 лет в объеме не менее 144 ч в образовательных учреждениях высшего или дополнительного профессионального образования*	Диплом «Лечебное дело», первичная специальность «Урология», стаж работы по «Урологии», квалификационная категория, сертификат по «Урологии»	Диплом «Лечебное дело», специальное звание, сертификат по «Урологии»	Диплом «Лечебное дело», специальное звание, сертификат по «Урологии»

* См. письмо Минздравсоцразвития РФ от 15 января 2007 г. № 156-ВС.

Примечание. Тем, кто работает по специальности уже более 5 лет и не проходил обучение по урологии в ординатуре, нет причин для беспокойства. Им достаточно пройти обучение согласно Приказу Минздравсоцразвития от 9 декабря 2008 г. № 705н.

Аналитика

Интерпретация результатов биопсии простаты: современные аспекты проблемы

<< Окончание, начало на стр. 5

В ряде исследований была продемонстрирована положительная корреляция количества опухолевой ткани в биоптате с размером опухоли, риском экстрапростатического распространения рака, инвазии семенных пузырьков и положительных хирургических краев после РПЭ. Систематический обзор литературы, проведенный британскими исследователями Hamden и соавт. в 2008 г. подтверждает, что процентное содержание опухолевой ткани в биоптате (общее процентное содержание или процент в «наихудшей» пробе) является независимым предиктором исхода заболевания и динамики уровня ПСА, причем прогностическая ценность этих методов оценки превышает таковую при простом подсчете позитивных проб. В соответствии с клиническими рекомендациями Европейской ассоциации урологов (EAU), подсчет количества опухоли в миллиметрах или в процентах имеет одинаковую прогностическую ценность. Тем не менее, до сих пор нет единого мнения по вопросу, имеет ли показатель количества опухолевой ткани, взятый изолированно от других параметров, какую-либо прогностическую ценность в клинической практике, поэтому для определения прогноза его надо рассматривать в комплексе с дру-

гими факторами. Кроме того, получены данные о том, что **малый объем опухоли в биоптате (микрофокальный рак) не исключает последующего биохимического и клинического рецидива рака после РПЭ или лучевой терапии, и, таким образом, не является критерием хорошего прогноза.**

Наконец, хотелось бы сказать несколько слов о таком параметре гистоморфологической оценки биоптата, как наличие/отсутствие периневральной инвазии (ПНИ). Считается, что **ПНИ – это основной механизм распространения раковых клеток за пределы простаты.** Обнаружение ПНИ в препарате ассоциировано, по данным некоторых исследований, с экстрапростатическим распространением опухоли и биохимическим рецидивом после РПЭ. До сих пор, однако, нет единой точки зрения насчет того, является ли ПНИ независимым прогностическим фактором и добавляет ли что-либо к прогнозу, когда уже учтены уровень ПСА, клиническая стадия и сумма Глисона. Несмотря на то, что проводилось множество исследований, посвященных этому вопросу, их результаты противоречивы и трудно поддаются оценке при попытках проведения метаанализа –

главным образом из-за большой вариабельности и недоработок в дизайне исследования (пример часто встречающейся курьезной недоработки – включение в исследование биоптатов, не содержащих нервы, и трактовка таковых как отрицательные, т.е. без ПНИ). Имеются также данные о том, что при наличии в биоптате ПНИ удаление сосудисто-нервных пучков при РПЭ может снизить частоту выявления позитивных хирургических краев у пациентов группы низкого риска, однако требуется большее число исследований, чтобы сделать какой-либо окончательный вывод.

В добавление к вышесказанному нам представляется важным упомянуть о том, что **правильное проведение и интерпретация результатов биопсии простаты может не только помочь определить прогноз при лечении рака простаты, но также выделить группу пациентов, которым не требуется немедленное активное вмешательство.** Так, в соответствии с рекомендациями NCCN «активное наблюдение» (выжидательная тактика с тщательным наблюдением пациента и вмешательством в случае прогрессии) возможно для пациентов группы низкого риска (стадия T1-T2a,

сумма Глисона не более 6, ПСА менее 10 нг/мл), а также для пациентов группы среднего риска при ожидаемой продолжительности жизни менее 10 лет. Помимо вышеупомянутых основных критериев, некоторые авторы рассматривают и другие – плотность ПСА (менее 0,15), кинетику ПСА, процент позитивных проб по результатам биопсии (менее 33%), объем опухолевой ткани в «наихудшей» пробе (менее 50%). Проблема отбора больных для проведения тактики «активного наблюдения» весьма актуальна, поскольку пациенты, имеющие хороший прогноз, могут больше пострадать от лечения, чем от самого рака.

В заключение мы будем рады сообщить читателю о том, что Российское общество онкоурологов планирует в 2010 г. проведение школы, посвященной рассмотрению спорных вопросов методики выполнения и трактовки результатов биопсии простаты. С учетом важности рассматриваемых вопросов, а также проблемы дефицита информации в среде российских врачей мы не сомневаемся в том, что участие в школе будет интересно и полезно врачам-урологам, а также патологам, лучевым терапевтам и врачам смежных специальностей.

Роль Тадалафила (Сиалис) в реабилитации больных после нервосберегающей простатэктомии



**Андрей
Зиновьевич
Винаров**

Д.м.н., проф. Урологической клиники ММА им. И.М. Сеченова
avinarov@hotmail.com



**Эльхан
Санай**

Врач-уролог
Отделение урологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН
elhan6@gmail.com

деляет качество жизни пациентов. Даже в случае выполнения нервосберегающих операций эректильная дисфункция той или иной степени выраженности наблюдается у 65–75% больных [3]. Это особенно важно для пациентов молодого возраста, более заинтересованных в сохранении эрекции, которые все чаще становятся кандидатами для простатэктомии благодаря раннему выявлению заболевания.

Препаратами первой линии для восстановления эректильной функции после нервосберегающей простатэктомии являются ингибиторы ФДЭ-5, так как они наиболее удобны, безопасны и достаточно эффективны у больных этой группы [2]. В недавнем крупном многоцентровом рандомизированном исследовании на примере вardenафила было показано, что ингибиторы ФДЭ-5 одинаково эффективны вне зависимости от времени начала лечения (сразу или через год после операции) [4].

Один из препаратов этой группы – Сиалис – появился в 2003 г. В крупном многоцентровом рандомизированном исследовании при приеме по требованию после выполнения двусторонней нервосберегающей простатэктомии Сиалис улучшал эректильную функцию у 71% пациентов против 24% в группе плацебо, доля успешных половых актов составила 52% при приеме Сиалиса и 26%, т.е. в два раза меньше, при приеме плацебо [5].

Тадалафил, действующее вещество Сиалиса, по химической структуре отличается от двух других используемых в настоящее время лекарств этой группы (силденафил и вardenафил). Скорость и величина всасывания тадалафила в желудочно-кишечном тракте не зависят от приема пищи и алкоголя. Время его полувыведения составляет 17,5 ч, тогда как у силденафила и вardenафила оно равняется 4–5 ч. Достижение как одной, так и нескольких эрекций после приема Сиалиса возможно в течение 36 ч [6]. Это позволяет принимать препарат не только непосредственно перед половым актом, но и за долго до него.

Длительность действия и постоянство концентрации тадалафила в крови также дают возможность принимать Сиалис ежедневно, а не только по требованию. Благодаря этим особенностям Сиалис является препаратом выбора в ситуациях, когда сложно предсказать точное время полового акта, а также при частоте половых актов два раза в неделю и более. В некоторых случаях указанные особенности тадалафила способствуют большей уверенности пациентов и меньшим их опасениям по поводу времени, прошедшего с момента приема препарата. Это подтверждается с данными существующих исследований по выбору того или иного ингибитора ФДЭ-5, в большинстве из которых пациенты отдавали предпочтение именно Сиалису [7–11].

Препарат назначается в дозировке 20 мг не чаще одного раза в сутки. Побочные эффекты при приеме Сиалиса обычно умеренно выражены и при последующих приемах уменьшаются или исчезают. Среди них диагностируют головную

боль и диспепсию. Еще реже бывают боль в спине, миалгия, головокружение, заложенность носа. В ходе клинических испытаний число пациентов, отказавшихся от приема Сиалиса из-за появления побочных эффектов, было таким же, как и количество отказавшихся от плацебо [12]. Как и в случае с другими ингибиторами ФДЭ-5, Сиалис нельзя принимать одновременно с нитратами, он также не должен применяться пациентами с сердечно-сосудистыми заболеваниями, которым противопоказана физическая нагрузка.

Таким образом, Сиалис является удобным и эффективным средством лечения эректильной дисфункции даже у такой сложной группы больных, как пациенты, перенесшие нервосберегающую простатэктомию. Он обладает всеми преимуществами ингибиторов ФДЭ-5, а благодаря особенностям фармакодинамики позволяет расширить рамки времени и режима приема лекарства, давая пациентам дополнительную свободу выбора и уверенность в результате.

Все большему числу больных раком простаты в настоящее время выполняется нервосберегающая простатэктомия, в связи с чем особенно актуальной становится проблема их реабилитации, в том числе восстановление эрекции. Средствами первой линии лечения эректильной дисфункции у этих больных являются ингибиторы фосфодиэстеразы-5 (ФДЭ-5), в частности препарат длительного действия Сиалис.

Рак простаты является серьезной проблемой современной медицины. В 2007 г. он занимал в России четвертое место (8,9%) по уровню заболеваемости и первое (60%) – по ее приросту среди всех злокачественных новообразований у мужчин [1]. В то же время благодаря внедрению скрининга уровня ПСА за последнее десятилетие заметно изменилась структура заболеваемости в сторону более ранних, локализованных форм. Это привело к тому, что все большему числу больных в настоящее время выполняется радикальная простатэктомия, в том числе нервосберегающие операции [2].

Эректильная дисфункция после радикальной простатэктомии в значительной мере опре-

ЛИТЕРАТУРА

1. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007 г. Под ред. М. И. Давыдова, Е. М. Аксель. Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, т. 20, № 3 (прил. 1), 2009.
2. EAU Guidelines on Prostate Cancer. Update March 2009.
3. Robinson JW, Moritz S, Fung T. Meta-analysis of rates of erectile function after treatment of localized prostate carcinoma. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2002;54(4):1063-8.
4. Montorsi F, Brock G, Lee J, et al. Effect of nightly versus on-demand vardenafil on recovery of erectile function in men following bilateral nerve-sparing radical prostatectomy. Eur Urol. 2008 Oct;54(4):924-31.
5. Montorsi F, Padma-Nathan H, McCullough A, et al. Tadalafil in the treatment of erectile dysfunction following bilateral nerve sparing radical retropubic prostatectomy: a randomized, double-blind, placebo controlled trial. J Urol 2004;172(3):1036-41.
6. Porst H, Padma-Nathan H, Giuliano F, Anglin G, Varanese L, Rosen R. Efficacy of tadalafil for the treatment of erectile dysfunction at 24 and 36 hours after dosing: a randomized controlled trial. Urology 2003;62(1):121-5; discussion 125-6.
7. Govier F, Potempa AJ, Kaufman J, et al. A multicenter, randomized, double-blind, crossover study of patient preference for tadalafil 20 mg or sildenafil citrate 50 mg during initiation of treatment for erectile dysfunction. Clin Ther. 2003;25:2709–2723.
8. Ströberg P, Murphy A, Costigan T. Switching patients with erectile dysfunction from sildenafil citrate to tadalafil: results of a European multicenter, open-label study of patient preference. Clin Ther. 2003;25:2724–2737.
9. Eardley I, Miron V, Montorsi F, et al. An open-label, multicentre, randomized, crossover study comparing sildenafil citrate and tadalafil for treating erectile dysfunction in men naïve to phosphodiesterase 5 inhibitor therapy. BJU Int. 2005;96:1323–1332.
10. Tolra JR, Cuadrado Campana JM, Ciuttu LF, et al. Prospective, randomized, open-label, fixed-dose, crossover study to establish preference of patients with erectile dysfunction after taking the three PDE-5 inhibitors. J Sex Med. 2006;3:901–909.
11. Conaglen HM, Conaglen JV. Investigating women's preference for sildenafil or tadalafil use by their partners with erectile dysfunction: the Partners' Preference Study. J Sex Med. 2008;5:1198–1207.
12. Brock GB, McMahon CG, Chen KK, Costigan T, Shen W, Watkins V, Anglin G, Whitaker S. Efficacy and safety of tadalafil for the treatment of erectile dysfunction: results of integrated analyses. J Urol 2002;168(4 Pt 1):1332-6.

Сиалис®: Наслаждайтесь жизнью без эректильной дисфункции

- Сиалис® – это высокая эффективность и качество эрекции^{1,2}
- Доказанная продолжительность действия до 36 часов^{1,2}
- Эффективность Сиалиса не снижается после приема жирной пищи и алкоголя³



МНН: Тадалафил.
Фармакотерапевтическая группа: Эректильной дисфункции средство лечения, ФДЭ-5 ингибитор. Тадалафил является эффективным, обратимым селективным ингибитором специфической фосфодиэстеразы типа 5 (ФДЭ5) циклического гуанозин монофосфата (цГМФ).
Показания к применению: Нарушения эрекции.
Противопоказания: Установленная повышенная чувствительность к тадалафилу или к любому веществу, входящему в состав препарата; В случае приема препаратов, содержащих любые органические нитраты; Применение у лиц до 18 лет.
Способ применения и дозы: Для приема внутрь. Рекомендованная максимальная доза препарата СИАЛИС® составляет 20 мг. СИАЛИС® принимают перед предполагаемой сексуальной активностью независимо от приема пищи. Препарат следует принимать как минимум за 16 минут до предполагаемой сексуальной активности. Максимальная рекомендованная частота приема – один раз в сутки.
Побочное действие: Наиболее часто отмечаемыми нежелательными событиями являются головная боль и диспепсия. Нежелательные события были обычно незначительными или средними по степени выраженности, транзиторными и уменьшались при продолжении применения препарата. Другими обычными нежелательными эффектами являлись боль в спине, миалгия, заложенность носа и «приливы» крови к лицу.
Форма выпуска: Таблетки, покрытые пленочной оболочкой 20 мг по 1, 2, 4 таблетки в упаковке.

Литература:

1. Eardley I, Miron V, Montorsi F, et al. An open-label, multicentre, randomised, crossover study comparing sildenafil citrate and tadalafil for treating erectile dysfunction in men naïve to phosphodiesterase 5 inhibitor therapy. BJU International 2005; 96: 1323-32
2. Brock GB, McMahon CG, Chen KK, et al. J Urol 2002; 168(4): 1332-1336.
3. Инструкция по медицинскому применению препарата Сиалис® П N014761.01-050309



ООО «Лилли Фарма»
 123317, Москва, Краснопresненская наб., 18 к.1
 тел/факс: (495) 799 55 75
 www.bud-uveren.ru



Маркеры болезни – маркеры жизни

Достижения отечественной молекулярной генетики для клинической онкоурологии

При всем разнообразии онкологических заболеваний существует несколько ключевых вопросов, важных для всех без исключения врачей-онкологов.

1. Диагностика. Ранняя диагностика существенно повышает шансы на полное излечение или по крайней мере значительное продление жизни больного при подавляющем большинстве онкозаболеваний.
2. Правильный выбор стратегии лечения. Этот вопрос важен, разумеется, для любого клинициста, но при онкологическом заболевании приобретает особую остроту, по причинам как медицинским (упущенное время), так и социальным (исключительная дороговизна препаратов для лечения онкозаболеваний).
3. Правильный прогноз вероятности развития рецидива опухоли.

В последние десятилетия наряду с традиционными методами анализа в практику врачей-онкологов все активнее начинают внедряться достижения современной молекулярной генетики. Выявление и анализ молекулярно-биологическими методами специфических онкомаркеров позволяет уточнить диагноз, скорректировать метод лечения, сделать прогноз о дальнейшем развитии болезни.

Первоначально под онкомаркерами понимали специфические белки, обнаруживаемые в крови больных с онкологическим заболеванием (СА 125 – маркер рака яичников, АФП – альфа-фетопrotein – маркер гепатоцеллюлярного рака печени). Однако в последние годы большое значение приобрел анализ генетических маркеров – изменений в наследственном материале злокачественных клеток. Наибольшее диагностическое значение (в настоящий момент) имеют два основных типа аномальных изменений ДНК.

1. Изменение характера метилирования ДНК в опухолевой клетке. Появление метилирования генов-супрессоров (гиперметилирование) и снижение метилирования (гипометилирование) генома в целом. Это ценнейший диагностический признак, так как он появляется еще до того, как изменится фенотип клетки. Он позволяет выявить признаки злокачественного перерождения ткани на стадии, когда методы классической патанатомии и цитологии еще не фиксируют изменения клеток.
2. Структурные нарушения ДНК. К ним относятся: 1) делеции определенных фрагментов хромосом, приводящие к «потере гетерозиготности» по содержащимся там генам-супрессорам опухолевого роста и микросателлитная нестабильность, являющаяся результатом нарушений в системе репарации ДНК; 2) активирующие мутации в клеточных онкогенах и инактивирующие мутации в генах-супрессорах; 3) образование новых химерных генов с онкогенными свойствами в результате структурных перестроек хромосом.

Исследования онкомаркеров идут во всем мире. Международная база данных PUBMED при запросе «oncology markers» выдает ссылки почти на 20 тысяч статей. Активно изучаются генетические и белковые маркеры для всех типов онкологических заболеваний, в том числе и для онкоурологических. С одной стороны, продолжают исследования таких «классических» белковых онкомаркеров, как ПСА (простат-специфический антиген), с другой – с каждым годом появляются новые маркеры, анализ которых из исследовательских лабораторий переходит в клиническую практику. Так, для рака предстательной железы параллельно исследуется несколько групп маркеров.

1. Диагностические (помогающие поставить диагноз). Таким маркером является, например, ген DD3/PCA3), который уже используется для клинической диагностики в лабораториях США. Другим диагностическим маркером служит метилирование по гену GSTP1.
2. Прогностические (позволяющие установить степень злокачественности опухоли и вероятность метастазирования и сделать предположение о вероятном сценарии развития заболевания и вероятности рецидива). Для рака простаты подобным прогностическим значением обладают такие признаки, как длина теломера в опухолевых клетках (у пациентов, в опухолевых клетках которых теломеры длиннее, чем в неизмененных клетках, вероятность рецидивов и метастазирования опухоли выше).
3. Маркеры наследственной предрасположенности. У носителей этих генов вероятность развития болезни выше, чем в среднем по популяции. О наследственной предрасположенности к раку простаты свидетельствуют мутации в генах фермента RNaseL и белка MSR-1 (macrophage specific receptor 1).

Генетические нарушения при раке мочевого пузыря изучены хуже, однако для этого заболевания описано несколько диагностических маркеров, такие, например, как гены цитокератинов (CYFRA), ген BCLCA-4 и сурвивина (Survivin).

Что же касается светлоклеточного рака почек, то для него активно исследуются такие генетические маркеры, как гены MN/CA9 (G250) и мутации в генах, отвечающих за клеточную адгезию (cadherin-6 и β -catenin). Для всех урологических онкопатологий важным диагностическим маркером является повышенная экспрессия гена теломеразы в опухолевых клетках.

Данный перечень онкоурологических маркеров, разумеется, не претендует на полноту, тем не менее, позволяет представить основные направления научных исследований. Российские ученые также активно занимаются изучением онкомаркеров с перспективой разработки тестовых клинических систем. Рассказать об успехах отечественной молекулярной онкоурологии мы попросили заведующего лабораторией молекулярной генетики человека ММА им. И.М. Сеченова проф. Дмитрия Владимировича Залетаева.



Проф. Д.В. Залетаев

МАРКЕРЫ РАКА ПРОСТАТЫ

В нашей лаборатории был протестирован спектр молекулярных маркеров для рака простаты. Для анализа использовали послеперационные образцы опухоли и материал тонкоигольной биопсии (в сочетании с лазерной микродиссекцией для повышения результативности диагностики). Некоторые, но пока не все, маркеры удается определить даже в сыворотке крови.

Если говорить о структурных аномалиях ДНК, то нами было показано, что делеция длинного плеча 16-й хромосомы коррелирует с более злокачественными формами заболевания (маркер прогноза). Делеции длинного плеча 13-й хромосомы определяются

на ранних этапах этого типа рака. Нами разработана новая медицинская ДНК-технология «Молекулярно-генетическая методика определения потери гетерозиготности и микросателлитной нестабильности хромосомных районов 13q14 и 16q23 у пациентов с подозрением на рак предстательной железы» (разрешение на применение новой медицинской технологии ФС №2008/151).

Еще один ценный структурный маркер – химерный ген (при раке простаты определяется целый набор химерных генов, но один встречается наиболее часто). Для того чтобы его выявить даже нет необходимости делать микродиссекцию, он определяется просто в тканях пораженной железы и имеет очень высокое прогностическое значение. Он характерен для более агрессивных форм рака и, кроме того, дает возможность скорректировать стратегию лечения. Химерный ген характерен для гормонозависимых форм рака. При этом показано, что в ходе правильно подобранной гормональной терапии его содержание снижается – что, в свою очередь, может служить критерием эффективности лечения. Нами разработана новая медицинская ДНК-технология «Молекулярно-генетическая методика определения маркера TMPRSS2/ERG4 для диагностики и проведения эффективной гормональной терапии у пациентов с раком предстательной железы» (разрешение на применение новой медицинской технологии ФС №2008/153).

Другой маркер рака предстательной железы – аномальное метилирование гена GSTP (глутатион-S-трансфераза P). Метилирование этого гена определяется уже в простатических интраэпителиальных неоплазиях и даже в сыворотке крови, хотя и с меньшей частотой, чем в опухолевом материале. В настоящее время одной из приоритетных задач нашей лаборатории является создание диагностической панели для определения 5–7 генов-маркеров рака простаты в сыворотке крови. Концентрация опухолевой ДНК в сыворотке крови невелика, поэтому и чувствительность определения маркеров невысока, однако система из 4–5 маркеров метилирования имеет вполне приемлемую чувствительность и специфичность с диагностической точностью порядка 80–90%.

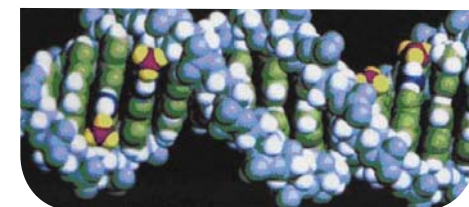
В настоящее время одной из приоритетных задач нашей лаборатории является создание диагностической панели для определения 5–7 генов-маркеров рака простаты в сыворотке крови. Концентрация опухолевой ДНК в сыворотке крови невелика, поэтому и чувствительность определения маркеров невысока, однако система из 4–5 маркеров метилирования имеет вполне приемлемую чувствительность и специфичность с диагностической точностью порядка 80–90%.

В настоящее время одной из приоритетных задач нашей лаборатории является создание диагностической панели для определения 5–7 генов-маркеров рака простаты в сыворотке крови. Концентрация опухолевой ДНК в сыворотке крови невелика, поэтому и чувствительность определения маркеров невысока, однако система из 4–5 маркеров метилирования имеет вполне приемлемую чувствительность и специфичность с диагностической точностью порядка 80–90%.

МАРКЕРЫ РАКА ПОЧКИ

Показано, что делеция короткого плеча 3-й хромосомы (где находятся гены-супрессоры, в том числе ген VHL) коррелирует со светлоклеточным раком почки. При этом размер делеции имеет прогностическое значение: чем больший фрагмент делетирован, тем хуже прогноз. А если при этом имеет место еще инактивация (метилирование или делеция) гена E-кадгерина, ответственного за межклеточные взаимодействия, то это с высокой вероятностью указывает на метастазирование рака почки. Нами разработана новая медицинская ДНК-технология «Молекулярно-генетическая методика оценки прогрессии первичной опухоли при светлоклеточном раке почки» (разрешение на применение новой медицинской технологии ФС №2008/150).

В последний год интерес урологов к онкомаркерам рака почки резко возрос в связи с появлением на фармацевтическом рынке России таргетных препаратов для лечения определенных форм рака почки. Если при светлоклеточном раке почки инактивирован ген VHL, то это является показанием для совершенно определенной и высокоэффективной таргетной терапии. При других формах этого рака, связанных с нарушениями в других генах, эта терапия будет неэффективна. Таким образом, молекулярно-биологический анализ с использованием новой медицин-



Метилирование ДНК – метильные группы СН3 (красно-желтые) выступают в бороздку ДНК

ской технологии «Молекулярно-генетическая методика оптимизации таргетной терапии при светлоклеточном раке почки» (разрешение на применение новой медицинской технологии ФС №2008/152) позволяет выбрать оптимальную форму лечения этого типа опухоли.

МАРКЕРЫ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Поиск молекулярных маркеров поверхностного рака мочевого пузыря мы проводили вместе с коллегами из Медико-радиологического научного центра (г. Обнинск), а теперь продолжаем работу совместно с МНИОИ им. П.А. Герцена. Нашей задачей было попытаться с помощью молекулярных маркеров разграничить рецидивизирующие и нерезидивизирующие формы рака мочевого пузыря. Было установлено, что делеция короткого плеча 9-й хромосомы, где расположены гены-супрессоры, в том числе P16, имеет ассоциацию с ранним (в течение года после удаления первичной опухоли) рецидивированием рака мочевого пузыря. При этом детальный сравнительный анализ первичных опухолей и рецидивов, с точки зрения молекулярной патологии, показывает, что очень часто в их основе лежат разные молекулярные маркеры, а возможно, и механизмы – обстоятельство, которое обязательно надо учитывать для выработки стратегии лечения. Тем не менее нами разработана новая медицинская ДНК-технология «Молекулярно-генетическая методика оценки риска неблагоприятного течения заболевания у больных поверхностным раком мочевого пузыря» (разрешение ФС №2009/311 от 4.09.2009 г.), которая достаточно эффективно позволяет прогнозировать течение заболевания. Кроме того, нами проводится поиск молекулярных маркеров, которые позволяют определять вероятность перехода поверхностной опухоли в инвазивную форму.

В целом отечественные разработки в области молекулярной диагностики онкоурологических заболеваний выполняются на уровне мировых научных стандартов, однако из-за известных проблем с материально-техническим обеспечением отечественной медицины они пока еще слабо сопрягаются с повседневной практикой врачей-онкологов. Однако мы уверены, что в ближайшее время разработанные нами тест-системы станут обычной диагностической составляющей отечественных клинических лабораторий. Большие надежды мы возлагаем также на разработку отечественных микрочипов для диагностирования маркеров основных, наиболее распространенных онкозаболеваний с помощью неинвазивной технологии определения патологических маркеров в сыворотке крови. Использование таких диагностических систем для массового мониторинга лиц старше 50 лет позволило бы значительно улучшить раннюю диагностику онкозаболеваний в России, а значит, увеличило бы шансы наших пациентов на исцеление и долгую полноценную жизнь.

Роман Курынин,
научный сотрудник, врач-уролог

Лечение диссеминированного рака почки



**Вагиф
Ахмедович
Атдусев**

Д.м.н., проф. кафедры
хирургии ФОИС
Нижегородской ГМА

atduev@mail.ru

В мае 2007 г. при обследовании по поводу болей в правой половине живота пациенту В., 65 лет, было выполнено УЗИ органов брюшной полости и почек, обнаружившее опухоль верхней половины правой почки размером 10 x 6 см. Диагноз опухоли правой почки был в последующем подтвержден при КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Метастазов в лимфатических узлах и отдаленных метастазов выявлено не было. В начале июня 2007 г. пациенту было проведено хирургическое лечение: выполнены тораколумботомия и радикальная нефрэктомия справа. При гистологическом исследовании операционного материала диагностирован светлоклеточный вариант почечно-клеточного рака с прорастанием в капсулу почки, но не выходящий за ее пределы, степень дифференцировки G2. Послеоперационный период протекал без осложнений, и больной был вскоре выписан и переведен на амбулаторное лечение под наблюдением онколога по месту жительства.

Контрольные обследования пациент не проходил, а в октябре 2008 г. обратился за медицинской помощью по поводу упорного сухого кашля. Рентгенографическое исследование грудной клетки выявило метастазы в легкие. С помощью УЗИ был диагностирован опухолевый конгломерат над аортой в области сосудистой ножки левой почки общим размером 10 x 6 см. Подтверждение диагноза было получено методом МРТ: в области ворот левой почки была обнаружена опухоль с неровными контурами, тесно прилегающая к сосудам, размером 7,4 x 3,9 x 3,6 см, а также увеличенные парааортальные лимфатические узлы (рис. 1 а,б). На КТ легких от 04.12.08 было выявлено 4 метастаза опухоли: очаги размерами 28 x 19 мм, 12 x 17 мм и 5 x 4 мм в правом легком и очаг размером 10 x 8 мм в левом легком (рис. 2 а,б). Больному был назначен таргетный препарат Нексавар в дозе 400 мг 2 раза в день. На контрольной МРТ органов брюшной полости, выполненной через 2 мес, была выявлена некоторая положительная динамика в виде уменьшения размеров образования и появления участков распада внутри узлов. На КТ легких дополнительных метастазов обнаружено не было, а размеры уже имевшихся очагов оставались прежними. Еще спустя месяц при

проведении УЗИ было отмечено разделение имеющегося ранее конгломерата на 2 опухолевых узла размерами 61 x 37 мм и 29 x 33 x 35 мм. Таким образом, была зафиксирована стабилизация процесса и трансформация опухоли в резектабельное состояние.

27 марта 2009 г. пациенту была выполнена лапаротомия, удаление опухоли ворот левой почки с адреналэктомией слева и забрюшинной лимфодиссекцией. Гистологическое исследование опухолевых узлов из ворот левой почки и надпочечника установило наличие светлоклеточного варианта почечно-клеточного рака с врастанием в жировую клетчатку со степенью дифференцировки G3, и в 2 из удаленных лимфатических узлов – метастазов вышеописанной опухоли. Больной получил рекомендацию продолжить прием Нексавара в прежней дозировке. Несмотря на то, что побочные явления терапии Нексаваром (артериальная гипертензия, купируемая медикаментозно, и сухость кожных покровов) были выражены умеренно, пациент самостоятельно снизил дозу препарата до 200 мг, 1–2 раза в день.

При обследовании 27 августа 2009 г. на КТ легких было установлено резкое уменьшение размеров имевшихся ранее метастазов в нижней доле правого легкого и в язычковом сегменте левого легкого, однако появилось 2 новых метастаза в верхней доле правого легкого и увеличился в размерах метастаз в корне правого легкого, что сопровождалось резким сужением просвета верхнедолевого бронха (рис. 3 а,б). В брюшной полости при проведении КТ патологии выявлено не было. Больному было настойчиво предписано соблюдать дозировку препарата. С сентября 2009 г. пациент принимает Нексавар в дозе 600 мг/сут (1 таблетка утром и 2 таблетки на ночь). Обследование, проведенное 25 ноября 2009 г., показало удовлетворительное состояние больного, жалоб нет, при проведении КТ отмечено отсутствие новых очагов в легких, уменьшение количества и размеров метастазов в правом легком и некоторое расширение просвета правого верхнедолевого бронха (рис. 4 а,б).

Приведенное описание клинического случая демонстрирует эффективность терапии диссеминированного рака почки Нексаваром в сочетании с хирургическим лечением. На протяжении всего периода лечения Нексаваром состояние больного оставалось стабильным: статус по шкале ECOG оставался неизменным и равнялся 1. Хотелось бы также отметить зависимость эффекта лечения от назначения оптимальной дозы препарата и его выполнения. Уникальность представленного наблюдения заключается в том, что фактически Нексавар

был применен в качестве неoadъювантной терапии перед оперативным вмешательством, что позволило перевести пациента из неоперабельного состояния в операбельное и успешно удалить крупный метастаз опухоли в области ворот левой почки. В ближайшем будущем,

в случае достижения стабилизации процесса в правом легком на фоне терапии Нексаваром (единственный метастатический очаг в левом легком уже склерозирован), может появиться возможность поставить вопрос об удалении также и легочных метастазов.

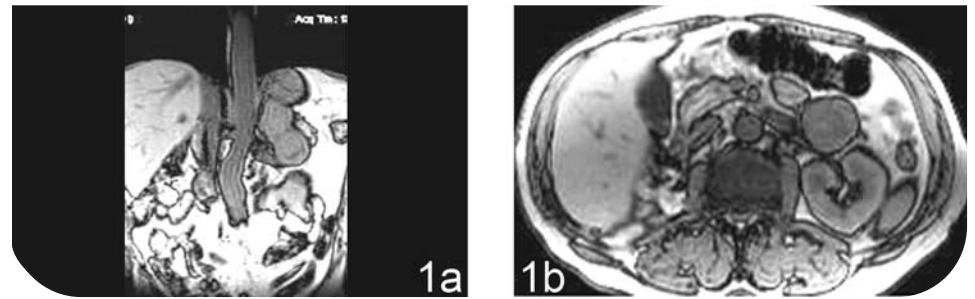


Рис. 1 а,б. Магнитно-резонансная томография. Над сосудами единственной левой почки имеются опухолевые узлы

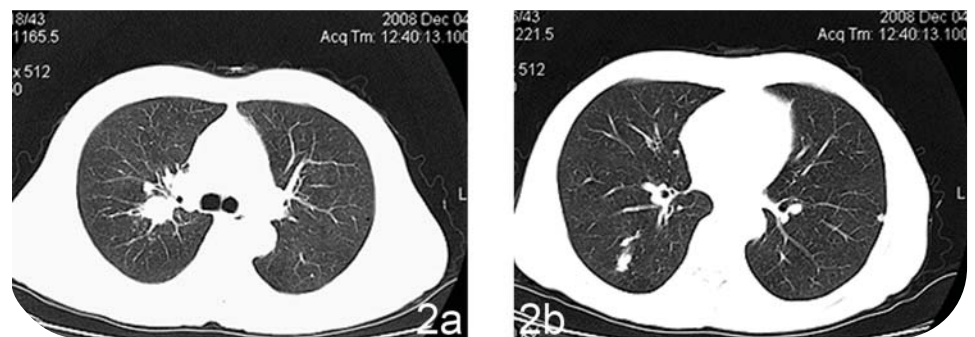


Рис. 2 а,б. Компьютерная томография легких до лечения. Метастазы в обоих легких

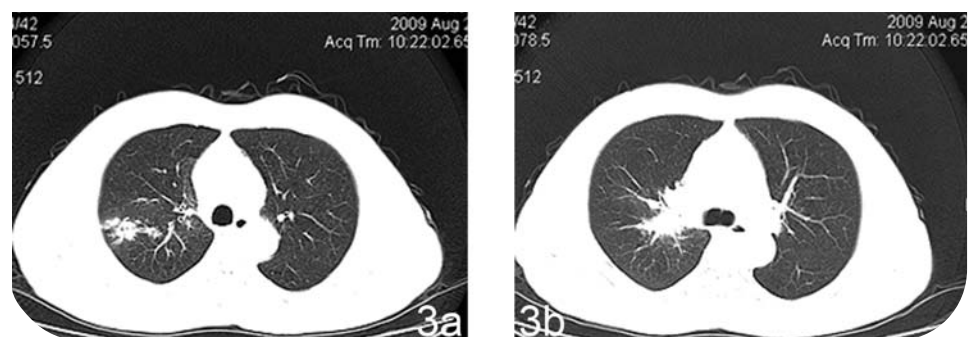


Рис. 3 а,б. Компьютерная томография легких. Появились метастазы в верхней доле правого легкого, увеличился в размерах метастаз в корне правого легкого, резко сужен просвет верхнедолевого бронха

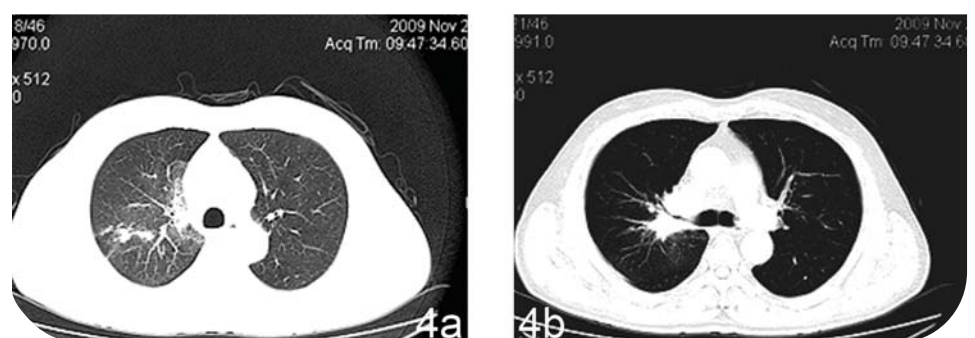


Рис. 4 а,б. Компьютерная томография легких. Количество и размеры метастазов в верхней доле правого легкого уменьшились. Несколько расширился просвет верхнедолевого бронха

Уникальная операция проведена российскими урологами

ФГУ НИИ урологии имеет уникальный опыт проведения совместных операций двух хирургических бригад, находящихся в тысячах километрах друг от друга. Так, благодаря современным высокотехнологичным системам связи и доступа, российские урологи выполняют операции при непосредственном участии коллег из Англии и США.

С 2009 г. в НИИ урологии появилось новое оборудование для проведения HIFU-терапии рака предстательной железы. Оборудование ценно не только своей возможностью малоинвазивного лечения злокачественных опухолей предстательной железы. Оборудование оснащено компьютером, который дистанционно по VPN-каналам может управлять планированием HIFU-терапии и ходом операции. При современном развитии компьютерной техники и высокоскоростных коммуникационных интернет-каналов стало возможным объединить опыт

коллег из разных стран, не прибегая к очному контакту.

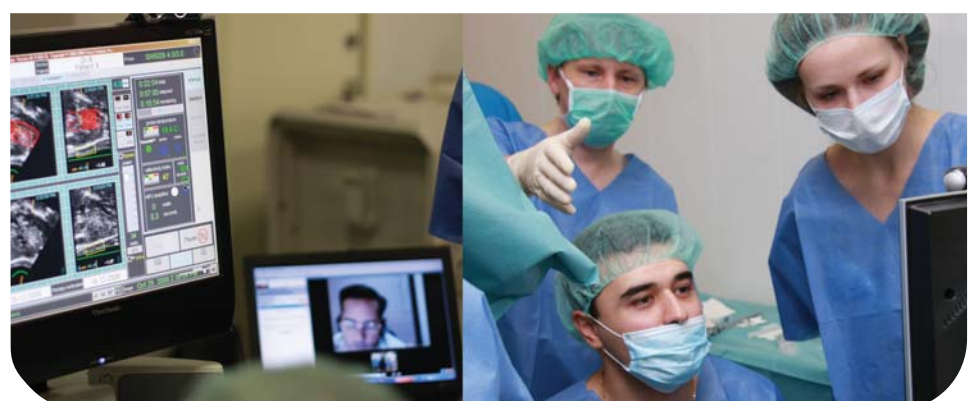
29 октября 2009 г. из операционной, расположенной в НИИ урологии (Москва), через Интернет по двум каналам была установлена связь с американским хирургом, имеющим опыт проведения HIFU-терапии более 13 лет и находящимся в тот момент в США в г. Индианаполисе штата Индиана, т.е. на расстоянии 8166 км от Москвы. Первый канал позволял осуществлять визуальный контроль над происходящим в операционной в Москве. Эта связь позволила из Америки наблюдать за ходом операции, положением пациента, операционного оборудования и обеспечивала аудиовизуальный контакт с урологами из России. По второму каналу врач из США мог управлять ходом самой операции. Операция прошла успешно, пациент был выписан домой через 3 дня.

В дальнейшем сотрудниками НИИ урологии были успешно проведены подобные малоинвазивные хирургические вмешательства совместно с коллегами из Великобритании, имеющими большой опыт выполнения HIFU-терапии.

Подобная техника позволяет уменьшить время обучения специалистов новым методам

лечения, делает доступным получение пациентами высокотехнологичной медицинской помощи, существенно снижает материальные затраты и пациентов, и врачей.

Такой подход поднимает российское здравоохранение на новый качественный уровень.



Состоялся 30-й Конгресс Международного общества урологов

С 1 по 5 ноября 2009 г. состоялся 30-й Конгресс Международного общества урологов (SIU). Впервые мероприятие проходило в Шанхае – крупнейшем городе Китая, который расположен в дельте реки Янцзы в непосредственной близости от Восточно-Китайского моря. Конгресс собрал 3300 участников со всего мира. Китайские урологи и их коллеги из других стран получили возможность поделиться своим опытом и получить информацию о передовых достижениях в мировой урологии.

Программа Конгресса охватила широкий спектр актуальных вопросов урологии. Были рассмотрены проблемы андрологии, мужского бесплодия, онкологии, мочекаменной болезни, детской урологии, недержания мочи и трансплантации, а также использование минимально-инвазивных технологий в урологии.

В рамках Конгресса прошел день военной урологии, на котором обсуждались проблемы медицины катастроф и будущее военно-полевой урологии. Была подчеркнута

необходимость развития военной урологии, так как, несмотря на стабильную обстановку в мире, непредсказуемые природные катаклизмы приводят к огромным разрушениям и человеческим жертвам.

В рамках Конгресса также был проведен хирургический курс on-line, позволивший следить за выполнением операций с применением лапароскопических и робот-ассистированных методик в урологии, осуществлением трансуретрального лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы и мочекаменной болезни посредством прямых трансляций из операционных.

Были проанализированы возможности лапароскопического забора донорской почки и пересадка почки в развивающихся странах. Оживленную дискуссию вызвало обсуждение вопросов молекулярной генетики и терапии локализованных форм рака почки.

Следующий конгресс SIU пройдет в 2011 г. в Берлине.



Впервые в России БЕСПЛАТНО полные версии КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ЛЕЧЕНИЮ ОНКОУРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ПО ВОПРОСАМ ПОЛУЧЕНИЯ ОБРАЩАЙТЕСЬ по тел./факсу: +7(495)645-21-98, e-mail: baza@roou.ru



БЛАНК БЕСПЛАТНОЙ ПОДПИСКИ на газету «УРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ» ТОЛЬКО ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ!

Пожалуйста, заполните ВСЕ ПОЛЯ бланка и передайте его в редакцию любым удобным для Вас способом:

По почте: 109443, г. Москва, а/я 35, ООО «ИД «АБВ-пресс»
По факсу: (499) 929-96-19

По e-mail: info@urotoday.ru
Или заполните форму на сайте: www.urotoday.ru

Фамилия

Имя

Отчество

Специальность

Адрес места работы

Контактный телефон

Индекс

Страна

Город

Область

Улица

Дом

Корпус

Офис/квартира

Информация по каким темам вам необходима:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Андрология | <input type="checkbox"/> Инфекции в урологии | <input type="checkbox"/> Трансплантация почки | <input type="checkbox"/> Лучевая диагностика в урологии (КТ, МРТ, УЗИ и др.) |
| <input type="checkbox"/> Онкоурология | <input type="checkbox"/> Нейроурология | <input type="checkbox"/> Мочекаменная болезнь | <input type="checkbox"/> Уропатология |
| <input type="checkbox"/> Женская урология | <input type="checkbox"/> Детская урология | <input type="checkbox"/> Реконструктивная урология | <input type="checkbox"/> Техника в урологии |
| | | <input type="checkbox"/> Научные исследования в урологии | |

* Красным цветом выделены поля для обязательного заполнения

Читайте в следующем номере:

- Мочекаменная болезнь – прошлое и настоящее
- Показания и техника биопсии простаты
- Гиперактивный пузырь – мифы и реальность
- Лучевая терапия при раке простаты – возможности в России

Урология сегодня №4/2009

УЧРЕДИТЕЛЬ:
ООО «Издательский дом «АБВ-пресс»
Руководитель проекта: Белова Анна

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

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

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

ПЕЧАТЬ:
ООО «А2С», ул. Шоосе Энтузиастов, д. 9 а, тел.: (495) 749-58-55
Тираж 8 000 экз.

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

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