

Лечение за рубежом как фактор развития медицины

стр. 5

Отчет о XII съезде Российского общества урологов

стр. 6-7

VII Конгресс Российского общества онкоурологов

стр. 10-12

Видеобуживание – новый метод оценки безопасности чрескожного доступа в чашечно-лоханочную систему

От редактора



Баходур Камолов

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

kamolov@roou.ru

Уважаемые коллеги!

Прежде всего, редакция газеты поздравляет профессора Ю.Г. Аляева, который на XII съезде РОУ был выбран председателем Общества. Кандидатура Ю.Г. Аляева была выдвинута и активно поддерживалась ректором Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова профессором П.В. Глыбочко. Хотя в ходе нашего предвыборного опроса наибольшей популярностью и признанием среди урологов пользовались профессора О.Б. Лоран, Д.Ю. Пушкарь и М.И. Коган (см. УС № 3 (19) 2012).

На наш взгляд, члены правления в кризисный для Общества период приняли политическое решение и выбрали нового председателя, приоритетными задачами которого станут возвращение «урологии» в реестр основных специальностей и восстановление утраченных позиций. Мы надеемся, что новый руководитель РОУ будет привлекать для решения данных задач все силы урологического сообщества, прислушается к мнению лидеров отечественной урологии и привлечет их к активной работе, направленной на всестороннее развитие нашей специальности.

Тему номера мы решили посвятить анализу состояния и перспектив развития частной урологии в России.

В нашей стране около 2000 частных клиник, имеющих лицензии на оказание урологиче-

ской помощи. Тем не менее, значимость коммерческих клиник среди населения и профессионального сообщества недостаточно высока. Недостаток должного профессионального контроля и чрезмерная нацеленность на извлечение прибыли дискредитируют частную урологию. При этом необходимо признать, что во многих коммерческих клиниках работают конкурентоспособные квалифицированные урологи, которые вкладывают собственные средства в образование, проходят стажировки в европейских клиниках, посещают отечественные и зарубежные конференции и используют современные рекомендации в своей практике.

К сожалению, наши коллеги из коммерческого сектора почти не участвуют в жизни профессиональных урологических сообществ. В Европе и США, напротив, большинство частнопрактикующих урологов занимают ведущие позиции в профессиональном сообществе. Безусловно, важную роль в формировании «сильного» коммерческого сектора на Западе играет не только развитая система страхования и заинтересованность врачей в самообразовании, но и здоровая конкурентная среда. Чтобы увеличить поток пациентов, крупные частные клиники привлекают высококвалифицированных специалистов, повышая тем самым престиж медицинского центра.

Российские коммерческие клиники, роль которых в оказании урологической помощи постепенно будет возрастать, станут активнее привлекать к своей работе высококвалифицированных урологов. Поэтому, полагаю, урологические ассоциации в нашей стране должны быть заинтересованы в создании современных обучающих программ, систем тестирования, курсов и школ, которые будут востребованы, в том числе специалистами из коммерческих клиник.

Тема номера

Частная урология

Для развития частной урологии нужны не только врачи и стены, но и определенные изменения в системах страхования, финансирования ВМП и лицензирования коммерческих центров... О подводных камнях, перспективах и недостатках частной урологической практики корреспондент УС беседовала с представителями частной и государственной систем.

Частный уролог не должен «питаться осетриной второй свежести»



Алексей Викторович Живов

Д.м.н., руководитель частной многопрофильной клиники MEDEM
ZhivovAV@medem.ru, urorec@gmail.com

Частная медицина начала легализоваться в конце 80-х годов, когда появились первые кооперативы. Возможностью развивать коммерческую медицину в первую очередь воспользовались стоматологи.

– Насколько развита частная урология?

– До сих пор основными частнопрактикующими врачами остаются стоматологи (около 80% россиян предпочитают за стоматологической помощью обращаться в коммерческие кабинеты); 2-е и 3-е место делят между собой специалисты эстетической медицины и гендерные специалисты – урологи и гинекологи.

В коммерческом секторе венерологи, урологи и гинекологи появились почти одновременно с частнопрактикующими стоматологами. Высокая востребованность этих специалистов именно в частном секторе объясняется тем, что пациенты рассчитывают на быстрое, качественное и индивидуальное обслуживание, соблюдение определенной конфиденциальности и возможность находиться под наблюдением одного врача.

– Какие направления развиваются в частной урологии?

– Частная практика вынуждена заниматься теми направлениями, которые более или менее рентабельны. Поэтому приходится выбирать, и, безусловно, есть определенные заболевания или группы заболеваний, заниматься которыми частным клиникам выгодно. Это, например, андрология, как хирургическая, так и консервативная, женская урология, урогинекология и некоторые разделы онкоурологии. Правда, эти области требуют очень большой специализации, наличия оборудования и высокой квалификации специалиста.

В целом урология – это рентабельное направление для частной медицины за исключением тех случаев, когда требуется выполнение высокотехнологичных операций или операций, после которых необходимо дополнительное лечение. Безусловно, и это направление можно сделать рентабельным, но на российском рынке просто недостаточно плательщиков... В США, не в пример российской системе, практически любая медицинская деятельность рентабельна, потому что она оплачивается целиком – «по всем счетам», что называется.

– Насколько востребованы услуги частных клиник среди населения?

– В крупных городах около 80% клиник – частные. Но обслуживают эти частные клиники всего 5% населения, а иногда

Продолжение на стр. 2 ▶

За бесплатную помощь придется заплатить

Коротко

Утверждены Правила предоставления платных медицинских услуг. С 1 января 2013 г. государственные клиники смогут зарабатывать на комфорте и лечении, не предусматривая госгарантиями. Коммерческие центры рискуют столкнуться с необходимостью поднимать цены.

Оказание платных медицинских услуг государственными учреждениями неоднократно запрещалось и снова разрешалось. Новый федеральный закон («Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») разрешает оказывать платные медицинские услуги, а большая часть Правил дублирует ФЗ.

«Правила не имеют положений, принципиально дополняющих ФЗ. В этом

документе конкретизируется, какие услуги могут оказываться за дополнительную плату. При этом отказ от платных услуг не может повлиять на оказание услуг в рамках ОМС, а вся экстренная помощь должна быть оказана бесплатно, – говорит Антон Радус, юрист-консульт АНО «Проект СО-действие», поясняя целесообразность появления нового документа. – В настоящих правилах уделено внимание информации, которая должна предоставляться пациенту при оказании платных услуг. Право устанавливать цены отдано учредителям медицинских учреждений, соответственно Правила дают возможность государственным и муниципальным учреждениям вести хозяйственную и предпринимательскую деятельность – обеспечивать себя». Оказание платных услуг государственными и частными клиниками отличается. Государственные клиники оказывают платные услуги,

используя государственное имущество, из-за чего частные клиники постоянно попадают в условия запрограммированного демпинга. «Это мешает нормальной конкуренции и, соответственно, развитию частного сектора медицины и всей отрасли в целом, – считает Алексей Живов, д.м.н., руководитель частной многопрофильной клиникой MEDEM. – Поэтому должно быть больше ограничений относительно спектра платных услуг, оказываемых государственной клиникой. И должна быть какая-то конкретизация того, куда могут быть потрачены заработанные средства».

В документе говорится, что любая медицинская помощь должна оказываться с письменного согласия пациента, что на практике не всегда возможно. Если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются дополнительные медицинские

услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни... медицинские услуги оказываются без взимания платы... сказано в документе.

«Думаю, что должен быть прописан механизм, устраняющий это противоречие, – продолжает Алексей Живов. – Врач должен иметь возможность действовать по своему усмотрению без согласия пациента, а пациент – возможность оспорить взимание платы за оказанные услуги». Это противоречие должно быть устранено, так как в противном случае у коммерческих медицинских учреждений остается единственный выход – искусственно увеличивать цены, покрывая риски трат, связанных с оказанием бесплатной (!) экстренной медицинской помощи.

Частная урология

◀ Продолжение, начало на стр. 1

и меньше. Сегодня не более 5% населения готовы оплачивать серьезные дорогостоящие медицинские услуги. При этом до 50% населения готовы оплатить какую-то медицинскую услугу хотя бы 1 раз в год.

– Мы уже несколько раз упомянули низкую платежеспособность. Может быть, в нашей стране у частной медицины вообще нет будущего?

– Нет, будущее есть. И на Западе, в США и Европе, если бы не было хороших государственных программ и адекватных механизмов страхования, то, в общем-то, тоже немногие могли бы оплачивать медицинские услуги. Все-таки медицинские услуги – одни из самых дорогих, поэтому государства и создают механизмы, позволяющие людям получать достойную медицинскую помощь. Эти механизмы в различных странах разные, но все они предусматривают совместный вклад государства, системы добровольного медицинского страхования и оплаты от пациента.

Есть, например, механизм сооплаты – страховка может быть использована для частичной оплаты медицинской услуги. То есть со страховым полисом пациент может обратиться в частную клинику и получить необходимое лечение, доплатив определенную часть суммы самостоятельно.

Тем специалистам, кто занимается высокотехнологичной и специализированной медициной, требующей наличия разнообразного и дорогостоящего оборудования, пока просто невозможно работать в частных клиниках, так как большинство из них преимущественно узкопрофильные и амбулаторные.

Это эффективный механизм, позволяющий сочетать несколько источников оплаты медицинских услуг. Но в нашей стране ничего подобного нет: в России оплата медицинских услуг идет из фондов ОМС или ДМС, либо от самого плательщика. Совмещать эти ресурсы российский пациент пока не может.

– Получается, что для прогресса частной урологии должны развиваться частно-государственное партнерство и система страхования, верно?

– Верно. Частные клиники работают и по системе ОМС, и по системе ДМС. В системе ДМС достаточно дорогие страховки, поэтому в рамках добровольного медицинского страхования более или менее покрываются расходы на оказание медицинских услуг, хотя и с очень значительными оговорками и ограничениями. В системе ОМС некоторые услуги специалистов оцениваются по смешным тарифам – например, 18–20 рублей за манипуляцию. Понятно, что такие расценки ограничивают возможности частно-государственного партнерства. Мы, например, взяли выполнять очень узкий перечень работ, которые могут быть более или менее рентабельными, – это выполнение некоторых видов диагностики (УЗИ, МРТ, рентген-исследование) и консультации узких специалистов. Оказывая эти услуги, мы можем рассчитывать, по меньшей мере, на окупаемость. Но вот оперировать по тарифам ОМС мы уже не можем, они слишком низкие и даже не покрывают себестоимость.

– Какие еще факторы играют важную роль в развитии частной медицины, урологии в том числе?

– Законодательство. В последние годы оно изменяется, постепенно инвестиции в медицину становятся более рентабельными: с 2012 г. налогообложение частной медицины выгодно отличается от налогообложения других бизнесов.

Пока же реальность такова: нелегально зарабатывать высококвалифицированный врач может гораздо больше, чем легально в частной клинике, поэтому специалисты самого высокого уровня и не проявляют большого интереса к работе в частной клинике.

В целом законодательство развивается прогрессивно. Шаг за шагом частная медицина уравнивается в правах с государственной и дискриминация становится все меньше. Так, в условиях частной медицины сейчас можно заниматься практически любым видом медицинской деятельности. Хотя до сих пор существуют некоторые анахронизмы. Например, в пенсионный стаж не учитывается период работы врача в частной клинике. Согласно здравой логике, не важно в какой структуре – государственной или частной – работает специалист, все-таки вне зависимости от формы собственности врач продолжает заниматься медицинской деятельностью. Правда, я знаю людей, которые через суд решали и такие вопросы, восстанавливая справедливость.

– А какие сложности частная медицина уже пережила?

– Долгое время в частной клинике невозможно было отлицензировать анестезиологов, поскольку их работа связана с использованием сильнодействующих наркотических препара-

тов. Потом – в конце 90-х или начале 2000-х годов – этот вопрос был решен. Было очень сложно отлицензировать хирургические специальности в частной практике. Ведь построить свою операционную – очень дорого. И не было механизма, позволяющего вести хирургическую деятельность в условиях аренды операционной. До сих пор есть области, куда частную медицину не пускают или сильно ограничивают ее возможности. Это различные виды экспертизы, в том числе судебной.

– Урология – это хирургическая специальность. Как сейчас обстоят дела с лицензированием хирургической деятельности частнопрактикующих врачей?

– В России отлицензировать хирургическую деятельность сложнее, чем за рубежом. Чтобы получить лицензию на хирургическую деятельность в частной урологии, у клиники должны быть собственная операционная, хранилище для сильнодействующих лекарств, палата интенсивной терапии, стерилизационная и т. д. Все это можно арендовать в государственной больнице, но сделать это крайне проблематично. Законодательство в этом плане очень несовершенно – нет механизма, который позволяет просто прийти и, как это делается на Западе, аккредитоваться при больнице и вести там хирургическую деятельность. Если бы такой механизм был в России, то специалист мог бы вести частную практику в стенах медицинского учреждения любой формы собственности, не создавая при этом юридического лица, а работая как частный предприниматель. В таком случае врач мог бы официально получать деньги, оказывая легально услуги и так же легально и планомерно оперировать. Создание и внедрение в практику такого механизма – не только один из залогов успеха развития частной урологии, но и хороший и легальный путь повышения заработной платы медицинских специалистов вообще.

– Слишком много сложностей.

Что может мотивировать уролога заняться частной практикой и уж тем более организовать собственный медицинский бизнес?

– Плюсов много. Например, юридическая защищенность врача, работающего в частной клинике. В России пока нет закона, который обязывает страховать деятельность врача. И я не знаю примеров государственных клиник, в которых профессиональная деятельность врача страховалась бы в обязательном порядке. В медицинской деятельности процент осложнений и непреднамеренных неудовлетворительных результатов достаточно высок, поэтому руководители частных клиник заинтересованы в оформлении соответствующих страховок.

Клиника не оставляет врача в беде – в случае наступления страхового случая и адвокат предоставляется, и оказывается все необходимое юридическое сопровождение.

В коммерческой клинике врач более свободен, он меньше зависит от администрации, поскольку она заинтересована, чтобы деятельность была выгодна. Поэтому врачи имеют возможность проявить себя и заниматься тем, что у них лучше получается. Условия работы, как правило, более демократичны и комфортны. Хотя бывает и такое, что заставляют заниматься не интересными, а только выгодными с коммерческой точки зрения проблемами.

Безусловный плюс – это еще и возможность самостоятельно подбирать себе кадры, выбирать модель работы и взаимоотношений, медицинское оборудование, расходные материалы, помещения, обстановку и т. д.

В частной медицинской практике все доходы – легальные, поэтому врач получает определенные социальные гарантии со стороны пенсионного фонда, фонда социального страхования. Ну и пациенты от легальности выигрывают – заплатив деньги в кассу, человек может потребовать каких-то действий со стороны врача.

– Думаете, что легальный заработок может быть значительной мотивацией для работы врача в частном секторе?

– Пока нет. В российском здравоохранении слишком велик теневой сектор – на сегод-

Между коммерческими клиниками идет конкурентная борьба за лучших в своей специальности врачей

няшний день нелегальные платежи составляют не менее 40% всех финансовых средств, находящихся в обороте в медицине. Поэтому когда врачей начнут выводить из тени и разовьется понимание, что деньги необходимо зарабатывать легально, тогда интерес к работе в частной практике существенно возрастет. Пока же реальность такова: нелегально зарабатывать высококвалифицированный врач может гораздо больше, чем легально в частной клинике, поэтому специалисты самого высокого уровня и не проявляют большого интереса к работе в частной клинике. А достойные выплаты в пенсионный фонд и фонд социального страхования на настоящий момент не выполняют значимой мотивационной роли.

– Есть же и иные причины, которые держат врачей в государственных клиниках. Какие?

– Есть. Это тяга к интенсивной и интересной работе и необходимость отработать практические навыки, что очень важно для молодого специалиста. У более опытных врачей, которые занимаются сложными и нестандартными случаями, редкими патологиями, конечно, больше возможностей сформировать большие потоки пациентов именно в государственной клинике. Все-таки в государственных клиниках помощь декларативно бесплатная, потому и пациентов обращается значительно больше. Тем специалистам, кто занимается высокотехнологичной и специализированной медициной, требующей наличия разнообразного и дорогостоящего оборудования, пока просто невозможно работать в частных клиниках, так как большинство из них преимущественно узкопрофильные и амбулаторные. Лишь единичные частные клиники страны располагают собственным стационаром, операционной, палатами интенсивной терапии, имеют в наличии специалистов большинства медицинских специальностей и оборудование надлежащего уровня. И все же главное, что частные клиники пока не имеют такого интенсивного и разнообразного пациентопотока. Но это дело времени.

– Получается, молодые специалисты должны сначала пройти «курс молодого бойца» в государственной клинике...

– Нехорошо, если молодые специалисты начинают свою деятельность с частной практики. Все-таки они должны получить практический опыт и отработать определенные навыки. Сделать это можно только в государственных учреждениях, где поток пациентов и разнообразие патологий больше. Частная же практика зачастую рафинированна – она развивает лишь некоторые направления. На сегодня добиться потока пациентов в частных клиниках пока невозможно. Почему? Из-за особенностей финансирования со стороны государства и страховой системы, о которых мы уже говорили.

– Какие еще требования, помимо пройденного «курса молодого бойца», есть к кадрам частных медицинских центров?

– Если говорить о крупных частных клиниках, которые конкурируют не с отдельными урологическими кабинетами, а с государственными клиниками, то в них, конечно же, есть определенные требования к персоналу, так как именно врач – это залог успеха, гарант рентабельности медицинского бизнеса.

Врач должен иметь серьезное хорошее образование, желателен опыт работы или стажировки за рубежом. Обязательно знание

иностранного языка. Врач, не владеющий английским языком на должном уровне, всегда получает «осетрину второй свежести» – переработанные, дополненные и кем-то переведенные публикации, монографии и рекомендации, выпускаемые во всем мире на английском языке. В частной практике зачастую нет лишних рук, поэтому врач должен иметь отработанные диагностические и хирургические навыки, уметь оперировать самостоятельно. У врачей частной практики нет под рукой аспирантов или ординаторов, поэтому он должен быть и уверенным пользователем ПК.

Резюме таково: врач должен быть полностью готов к самостоятельной работе и постоянно обновлению «интеллектуальному обновлению»; он не должен «питаться осетриной второй свежести».

Продолжение на стр. 3 ▶

Частная урология

◀ Продолжение, начало на стр. 1

– Много ли в России таких специалистов?

– Нет, достойных специалистов крайне мало. Сегодня найти высококвалифицированного врача, как и квалифицированную медсестру, крайне сложно. Между клиниками даже идет конкурентная борьба за них, мы тратим деньги на то, чтобы привлечь лучших в своей специальности, в том числе врачей из других регионов и из-за рубежа.

– Могут ли частные урологи заменить урологов поликлинических?

– Частные урологи должны (!) заменить поликлинических урологов. Государству содержать такую единицу, как «поликлинический уролог», совсем невыгодно. Да и такое явление, как «поликлинический уролог», имеет место быть далеко не во всех странах мира. Например, в США такого специалиста просто не существует.

Урология – это специальность хирургическая, поэтому каждый уролог должен не только консультировать и выполнять простые манипуляции в амбулатории, но и оперировать, работать в стационаре. В США, напри-

амбулаторно, так и в стационаре. При такой модели организации работы уролога – совмещении амбулаторной и стационарной практики – врач сам отбирает себе пациентов для лечения и дальнейшего наблюдения после хирургического вмешательства. В такой системе также исключается необходимость отправлять пациента от одного врача к другому, лучше соблюдается преемственность, больше ответственности за результат.

Думаю, что должны работать кабинеты частной практики, которые и возьмут на себя функции поликлиники. Другой вопрос в том, что и тарифы ОМС в таком случае обязаны быть адекватными. Иначе говоря, должен быть адекватный платательщик – в лице ли государства или страховой компании.

– Что еще нужно сделать, чтобы поддержать развитие частной медицины (урологии)?

– В первую очередь необходимо обеспечить равный доступ к источникам финансирования и для государственных, и для частных клиник.

Развитая система страхования и многоплановое финансирование, одинаково доступное всем участникам рынка медицинских услуг, позволят динамично развиваться и государственной, и частной медицине.

мер, у уролога есть несколько дней в амбулатории и 2–3 дня в неделю он проводит в стационаре – оперирует.

Такая практика достаточно распространена не только в США, во всем мире очень мало урологов, которые занимаются только амбулаторной практикой. Ведь примерно наполовину занятость поликлинического уролога – это работа, которую по уровню образования и мировым стандартам должна выполнять медицинская сестра. Безусловно, эта работа нужна и она востребована. Но большую часть именно врачебной работы – лечение острого цистита, уретрита, начальных стадий аденомы предстательной железы, легких случаев эректильной дисфункции – может и должен выполнять семейный врач, а не узкий специалист.

Думаю, что такая единица, как «поликлинический уролог» государственной поликлиники, должна существенно редуцироваться; количество поликлиник тоже должно уменьшаться – необходимы крупные консультативно-диагностические центры, в которых врачи работают как

То есть, если вы частнопрактикующий врач и прекрасно выполняете высокотехнологичные операции, то почему вам нельзя платить деньги из фондов, которые оплачивают эту самую высокотехнологичную медицинскую помощь? Какая разница, кто оперирует – врач частной практики или федеральной клиники?

Стоит внести изменения в систему ДМС, на сегодняшний день она достаточно странная. Так, если онкология или операция по аортокоронарному шунтированию не считается страховым случаем, то зачем тогда вообще нужна страховка? Ведь получается, что две основные причины смертности населения – онкологические и сердечно-сосудистые заболевания – в системе ДМС полноценно не лечатся; ДМС ведь нужно не для того, чтобы насморк лечить... Поэтому, безусловно, необходимы определенные изменения и в системе страхования – и обязательного, и добровольного.

Развитая система страхования и многоплановое финансирование, одинаково доступное всем участникам рынка медицинских услуг, позволят динамично развиваться и государственной, и частной медицине.

«Благословлять» частного уролога должно экспертное сообщество, а не чиновники



Игорь Михайлович Рохимов

К.м.н., зам. гл. внештатного специалиста уролога Департамента здравоохранения г. Москвы в ЦАО
rohim@urol-androl.ru

«Большой урологией» среди частных компаний занимаются только крупные медицинские учреждения. Абсолютное же большинство частных клиник делает ставку на андрологию и ту часть урологии, которая граничит с дерматовенерологией.

– Почему среди частнопрактикующих урологов столь популярна именно андрология?

– Это направление наиболее востребовано из-за особенностей государственной системы здравоохранения: как правило, поликлинические урологи не занимаются андрологией.

Краеугольный камень андрологии – это бесплодие, мультифакторное патологическое состояние, в котором разбираются немногие специалисты. Более того, за 7,5 минут, которые выделяются врачу в поликлинике, специалист не может «выкристаллизовать» причину бесплодия – на первичный прием мужчины из бесплодного брака требуется не меньше часа. Поэтому пациенты с бесплоди-

На сегодняшний день первичный прием врача-уролога в поликлинике оценивается в 62 рубля 87 копеек, повторный – в 59 рублей 72 копейки. По представлению ФОМС первичный прием у врача-уролога должен длиться 7,5 минут, повторный – 6,5 минут.

ем в абсолютном большинстве случаев обращаются в частные клиники.

– Насколько востребована в негосударственном секторе «большая урология»?

– Она востребована среди «взыскательных» пациентов или публичных людей, для которых большое значение имеет не только

качественной медицинской помощи не приходится. Поэтому коммерческие медицинские центры интересны и врачам, и пациентам.

– А как же система ДМС, какую роль она играет в развитии негосударственного сектора?

Я не могу утверждать, что помощь, оказываемая урологическому пациенту в рамках ДМС, чем-то принципиально отличается от помощи, оказываемой в рамках ОМС.

комфорт и качество, но и конфиденциальность. Такие пациенты даже в случае серьезных проблем, онкоурологических, например, предпочитают обратиться в крупный коммерческий медицинский центр или пройти лечение за рубежом.

– Неужели в коммерческом центре возможно найти специалиста, который будет заниматься тяжелыми или нестандартными случаями? Все-таки частная практика несколько «рафинированна», должно быть, частные урологи менее отъявны...

– Да, часто в крупных коммерческих клиниках на службе на постоянной основе состоят менее опытные урологи. Лидеры же урологии, как правило, работают в коммерческих клиниках в качестве «приглашенных специалистов» на договорной основе.

Действительность такова – нередко лидеры отечественной урологии совмещают работу в государственной и частной клинике.

Некоторое совершенствование системы ДМС необходимо для развития и государственной, и негосударственной медицины.

В системе ДМС есть некоторые особенности. Во-первых, с полисом ДМС пациент может обратиться не в любое медицинское учреждение. Во-вторых, страховая компания контролирует обоснованность выставления счетов за оказанные услуги. Так как на сегодняшний день по оказанию амбулаторной помощи по любой специальности, в том числе по урологии, какие-либо стандарты отсутствуют, то объем и алгоритм необходимого обследования и лечения ничем не регламентируется. В такой ситуации целесообразность оказания тех или иных медицинских услуг определяет сама страховая компания. В результате такого распределения функций на практике многие услуги оказываются выполненными, но не оплаченными по полису ДМС. Поработав однажды бесплатно, в следующий раз врач не станет стремиться проводить исследования и процедуры, которые

Нередко доктора становятся «заложниками» медицинского бизнеса: врач становится неинтересным партнером, если у него слишком много здоровых пациентов.

Поэтому порой пациент консультируется в государственной клинике, а проходит лечение у того же специалиста, но в каком-то альтернативном месте.

Но в этом специфика не только урологии, а всей российской медицины. Обычно у российского врача две работы – одна для визитной карточки, вторая для того, чтобы прокормить свою семью...

– Эта «специфика» связана с системой страхования?

– Да. Покрытие по полису ОМС едва ли превышает 4500 рублей в год на человека, поэтому и тарифы страховых компаний на оказание медицинской помощи крайне низкие. На сегодняшний день первичный прием врача-уролога в поликлинике

он считал необходимыми, однако ранее они уже были вычеркнуты из его счета-фактуры.

То есть пациент, осознавая, что у него есть дорогой полис ДМС, претендует на добросовестное и качественное обследование, квалифицированное лечение. При этом врач остается ограниченным в выборе диагностических методов и назначении лечения. И порой бывают ситуации совершенно парадоксальные, когда в поликлинике по системе ОМС пациент может пройти более детальное обследование и получить комплексное лечение, чем пациент с дорогим полисом ДМС.

По мере становления страховой системы эта ситуация как-то нивелируется: в большинстве стран есть несколько уровней страхования.

В коммерческой медицине в первую очередь должна быть медицина, а потом уже коммерция. И когда эти понятия переставляются местами, то подрывается авторитет всего сектора негосударственной медицины.

оценивается в 62 рубля 87 копеек, повторный – в 59 рублей 72 копейки. По представлению ФОМС первичный прием у врача-уролога должен длиться 7,5 минут, повторный – 6,5 минут.

При таких нищенских расценках и таком распределении времени говорить о какой-то

И поэтому, покупая себе полис, пациент гарантированно получит помощь на заявленном уровне. В нашей стране ситуация такова: я не могу утверждать, что помощь, оказываемая урологическому пациенту в рамках ДМС, чем-то принципиально отличается от помощи, оказываемой в рамках ОМС.

Окончание на стр. 4 ▶

Частная урология

◀ Окончание, начало на стр. 1

Здесь я должен заметить, что в любой стране врач никогда не бывает полностью удовлетворен сотрудничеством со страховой компанией, поскольку их цели и задачи во многом отличаются.

– Как можно изменить эту ситуацию?

– Нужны стандарты, которые будут отражать минимум и оптимум назначения исследований и анализов при каждой нозологической форме. Стандарты нужны и самим пациентам, потому что многие коммерческие медицинские центры, обладающие хорошей материально-технической базой, навязывают своему пациенту большое количество совершенно необоснованных анализов и процедур.

Решение о том, может ли настоящая клиника и работающий в ней врач оказывать платные медицинские услуги, принимают не врачи, а чиновники, которые могут дотошно проверить наличие необходимых документов, но не квалификацию врача-специалиста.

– То есть коммерческие центры «переобследуют» и «залечивают»?

– Не все и не всегда. Однако некоторые клиники следуют принципу «Нет здоровых пациентов, есть недостаточно обследованные». И если в системах ОМС и ДМС врач ограничен в своих возможностях, то в коммерческой медицине, когда между врачом и пациентом нет посредника (к примеру, страховой компании), в ловушку может попасть сам пациент. Вместе с тем это – дело добровольное, пациент сам делает выбор.

Я знаю недобросовестные коммерческие центры, в которых, например, ставят диагнозы и лечат пациентов не по наличию возбудителя половой инфекции, а по положительному результату анализа на антитела к ней.

Например, выявляют у человека антитела – иммуноглобулины класса G (IgG) – к герпесу или цитомегаловирусу – и назначают противовирусные препараты и иммуномодуляторы, хотя антитела к герпесу и цитомегаловирусу есть у большинства взрослого населения... К таким же примерам можно отнести «эпидемии» ИППП и хронического простатита, которые появились именно благодаря коммерческой медицине.

– Получается, что в государственной медицине работают более квалифицированные и добросовестные врачи, так?

– Нет, это не так. Нередко доктора становятся «заложниками» медицинского бизнеса: врач становится неинтересным партнером, если у него слишком много здоровых пациентов. Не во всех, но во многих медицинских учреждениях алгоритм и стратегия лечения определяются владельцем бизнеса, а не самим врачом.

– У вас есть настоящие примеры?

– Есть. В одной из московских сетевых клиник врачам-андрологам запрещается пациентам с эректильной дисфункцией (ЭД) назначать ингибиторы ФДЭ-5. В итоге андрологи этой клиники лечат пациентов с ЭД исключительно путем интракавернозных инъекций вазоактивных препаратов; все остальные методы лечения для них просто не существуют.

– Почему?

– Назначать ингибиторы ФДЭ-5 коммерческому учреждению просто невыгодно: они (ингибиторы ФДЭ-5) свободно продаются

в любой аптеке и у пациента нет надобности возвращаться в клинику. А вот для выполнения интракавернозных инъекций эта клиника централизованно заготавливает одноразовые шприцы, заполненные препаратом для инъекции, в основе которых относительно недорогие ингредиенты... А продают они их во много раз дороже себестоимости. Доктор получает только инструкцию, и пациент при этом не имеет ни малейшего представления, что ему вводят и в какой дозе.

Для меня было шоком, когда оказалось, что и сам врач не знает, что и в какой дозе он вводит! При этом этот «уникальный» метод лечения активно рекламируется по радио, хотя, на мой взгляд, это просто варварство в интересах бизнеса. Это уже черный бизнес, понимаете?..

В коммерческой медицине в первую очередь должна быть медицина, а потом уже коммерция. В этом мое четкое убеждение. И когда эти понятия переставляются местами, то подрывается авторитет всего сектора государственной медицины.

– Вы говорите о подрыве авторитета, а сейчас каково положение коммерческой медицины?

– В конце 90-х годов лечиться в коммерческом центре было столь же престижно, как иметь дорогой автомобиль или дорогие часы. Сейчас в абсолютном большинстве случаев ситуация противоположная. Причина в том, что, повторюсь, коммерция слишком часто становится на первое место, вытесняя медицину.

Владельцы медицинского бизнеса не только указывают врачу, что и как делать, но и «делают ставку» на молодых неопытных и, как следствие, «популярных» специалистов.

– Есть ли какие-то механизмы, которые позволяют контролировать качество медицинской помощи в частных клиниках?

– До определенного времени – до начала 2000-х годов – финальным шагом перед передачей документов в соответствующую комиссию, выдающую лицензии коммерческим медицинским центрам, привлекались эксперты по всем заявленным специальностям.

Экспертами обычно выступали главные внештатные специалисты Департамента здравоохранения и управлений здравоохранения административных округов города. И я, будучи членом такой экспертной комиссии, выезжал в будущую клинику и не только проверял наличие заявленного оборудования, но и получал представление об уровне квалификации врача. На сегодняшний день «благословить» организацию на оказание помощи по урологии, кардиологии, стоматологии и так далее должен специалист из Управления лицензирования и аккредитации Департамента здравоохранения г. Москвы. То есть решение о том, может ли настоящая клиника и работающий в ней врач оказывать платные медицинские услуги, принимают не врачи, а чиновники, которые могут дотошно проверить наличие необходимых документов, но не квалификацию врача-специалиста.

Определять уровень квалификации уролога приходит не уролог! Я же считаю, что давать разрешение на ведение медицинской деятельности должна профессиональная ассоциация:

Популярность коммерческой медицины будет только возрастать, а частная урология выйдет на очередной этап своего развития.

«благословлять» частного уролога должно экспертное сообщество, а не чиновники.

– Вы просто ставите крест на коммерческой медицине, неужели у частной урологии нет «светлого» будущего?

– Я не хочу сказать, что коммерческая медицина у нас плохая. Это не так, особенно если мы говорим о каком-то крупном центре, со своей крупной лабораторной базой, возможностью пригласить на работу высококвалифицированных специалистов и правильной расстановкой приоритетов. В таком случае коммерческие медицинские центры делают то, что не могут сделать государственные учреждения со своей скудной (на сегодняшний день) материально-технической базой.

Ведь именно из-за отсутствия адекватной материально-технической базы Департамент здравоохранения г. Москвы сейчас объединяет амбулаторно-поликлинические учреждения в более крупные амбулаторные центры. Из 250 поликлиник г. Москвы создается порядка 49 амбулаторно-поликлинических объединений с современным оснащением, а в филиалах этих центров (бывших территориальных поликлиниках) останется участковая терапевтическая служба и некоторые врачи-специалисты с весьма ограниченными инструментальными возможностями.

Такая реструктуризация государственной медицинской службы – укрупнение – вынужденная мера. К сожалению, одновременно с укреплением материально-технической базы амбулаторных центров мы теряем принцип «шаговой доступности» медицинской помощи, особенно специализированной. А значит, популярность коммерческой медицины будет только возрастать, а частная урология выйдет на очередной этап своего развития.

– Есть ли данные о количестве урологических кабинетов и урологов, работающих в коммерческой и государственной системе?

– На сегодняшний день количество частных

узнал, что на протяжении ряда последних лет негосударственные учреждения здесь не сдают никаких статистических отчетов.

Есть данные только по государственным ЛПУ: на 1 января 2012 г. в государственных ЛПУ урологами как основными сотрудниками в Москве числится 696 специалистов, из них в амбулаторной помощи занято 369 врачей-урологов.

Данные об урологах негосударственного сектора я попытался найти в Мосгоркомстате, куда поступают данные от частных медицинских центров. Оказалось, что в статистической форме, по которой отчитываются негосударственные учреждения (№ 1-Здрав), в разделе «Медицинские кадры» отсутствует строка «урологи»; врачи-урологи отнесены к «прочим специалистам хирургического профиля». Более того, по словам сотрудников Мосгоркомстата, едва ли половина коммерческих медицинских учреждений подает статистические отчеты.

После проделанной работы у меня сложилось впечатление, что никто в Москве точно не знает, сколько врачей – физических лиц – урологов работает в системе негосударственной медицины. Более того, ситуация выглядит так, словно коммерческие центры не занимаются статистикой вообще.

Возвращаясь к вопросу о перспективности частной андрологии, хочу сказать, что в России, к примеру, нет достоверной статистики о распространенности мужского бесплодия. По официальным данным, бесплодных москвичей можно по пальцам пересчитать, но это ведь не так! Поэтому если мы даем форме частной собственности вести медицинскую деятельность, то логично было бы обязать их заниматься анализом своей деятельности, вести достоверный статистический учет и сдавать отчеты наряду с государственными учреждениями здравоохранения. Но здесь нужны действенные механизмы контроля.

Выживать будут те медицинские центры, которые делают ставку не просто на направление, а на личность конкретного врача.

организаций, которые принимают урологических пациентов, даже больше, чем государственных. В Едином реестре лицензий АИС Росздравнадзора (по состоянию на 12 сентября 2012 г.) в Москве зарегистрировано 7819 организаций; среди них государственных ЛПУ – 3128, организаций частной системы здравоохранения – 4691. Всего 1338 медицинских учреждений оказывают услуги по урологии, из которых государственных ЛПУ – 588, а частных – 750.

– Но это по количеству клиник.

А сколько в Москве частных урологов?

– Я задавался этим вопросом и, пользуясь своим служебным положением, пытался найти статистические данные. Оказалось, что получить такую информацию невозможно. Дело в том, что в настоящее время учет идет по наличию лицензии у организации, а не «по головам». Поэтому понять, сколько урологов работает в каждой из лицензированных негосударственных клиник или частных кабинетах, невозможно.

Я обращался в Бюро медицинской статистики Департамента здравоохранения г. Москвы, где

– Судя по приведенным цифрам, в Москве уже переизбыток урологов, а вы говорите о какой-то перспективе развития...

– Для Москвы медицинские центры, которые оказывают помощь по урологии, в таком количестве, пожалуй, не нужны. Сейчас между ними существует жесткая конкуренция. Показателями являются недобросовестная реклама в средствах массовой информации и борьба за пациента «любой ценой», о чем мы уже говорили. Но сектор негосударственной медицины очень важен, и эта ниша всегда будет занята. Правда, выживать будут те медицинские центры, которые делают ставку не просто на направление, а на личность конкретного врача. Ведь коммерческую клинику делает конкурентно-способной прежде всего врач. А к хорошему врачу пациент всегда найдет дорогу.

Беседу записала Алла Солодова, специальный корреспондент газеты «Урология сегодня», корреспондент журнала «Детали мира»

Лечение за рубежом как фактор развития медицины



Мария Фиделевна Кривоносилова

Исполнительный директор ООО «Медицина сегодня»

km@tur-med.ru

Пациенты, рассчитывающие на большее, чем 6-минутная консультация и лечение в рамках ОМС, обращаются в частные клиники или покупают полисы ДМС. По неофициальным подсчетам специалистов, в зарубежные клиники россияне обращаются чаще, чем в отечественные коммерческие центры.

О том, кому выгодно лечить за рубежом пациентов из России и СНГ, корреспондент УС беседовала с руководителем медико-туристического агентства.

– С чем связан интерес россиян к лечению за рубежом?

– Раньше лечиться за рубежом было просто модно, сейчас – зачастую жизненно

Спектр нозологий и группа пациентов, с которыми работает конкретно наша компания, не ограничивается даже транспортной доступностью самого больного. Есть опыт работы с реанимационными пациентами, находящимися на искусственной вентиляции легких (пациенты с черепно-мозговыми травмами ожогами), – международная транспортировка от «реанимации до реанимации».

оборудованием, не во всех медицинских учреждениях есть эксперты смежных специальностей, плохо развита морфологическая служба. В связи этими и другими проблемами здравоохранения и развивается интерес населения к лечению за рубежом.

В последние десятилетия повысилась мобильность населения – поездки за границу стали обыденностью. Поэтому если есть необходимость получить медицинские услуги в зарубежной клинике, то человек старается это сделать. При этом позволить лечение в другой стране может большинство россиян, претендующих на нечто большее, чем госгарантии, – стоимость медицинских услуг за рубежом сопоставима со стоимостью лечения в нашей стране. Более того, лечение

был и такой эпизод: в России не нашлось специалиста, решившегося прооперировать больного с обширной опухолью шейного отдела пищевода, уже перенесшего лучевую терапию. Поэтому операция была выполнена в Пекине (Пекинский онкологический центр) врачом, ранее проходившим хирургическую практику в США и в настоящее время

Многих экспертов, к которым мы отправляем наших пациентов, мы знаем лично.

специализирующимся на подобных операциях. Он удалил опухоль (пищевод и гортань) и сформировал неопищевод из желудка. Уникальная операция завершилась успешно, пациент жив.

Нередко лечение за границей требуется пациентам с «банальной» патологией. Например, одного из пациентов мы отправляем в Мадрид, к профессору Игнасио Монкада – признанному эксперту по протезированию полового члена.

В Москве пациенту была выполнена простатэктомия по поводу рака предстательной железы, после чего у больного развилась эректильная дисфункция. Мужчина уже перенес две неудачные операции по эндопротезированию полового члена, поэтому резэндопротезирование будет проводить Игнасио Монкада.

Становление медицинского бизнеса – укрепление позиции коммерческого сектора и «медицинских туроператоров» – подстегивает развитие всего здравоохранения. По меньшей мере, создаются условия здоровой конкуренции, без которой на стагнацию обречена любая отрасль...

Спектр нозологий и группа пациентов, с которыми работает конкретно наша компания, не ограничивается даже транспортной доступностью самого больного. Есть опыт работы с реанимационными пациентами, находящимися на искусственной вентиляции легких (пациенты с черепно-мозговыми травмами ожогами), – международная транспортировка от «реанимации до реанимации».

– Вы говорите о неудачном лечении в нашей стране, но ведь ошибиться может и зарубежный специалист...

– Да, это действительно так. Более того, медицинские услуги оказываются в рамках каких-то вероятностей, поэтому гарантировать 100% успех лечения не могут не только компании, направляющие пациента на лечение, но и сами врачи. Тем не менее добросовестные компании должны оказывать юридическое сопровождение в случае возникновения конфликтных ситуаций.

В начале моей практики, при лечении пациента в Германии, был случай врачебной ошибки. Решать проблему пришлось путем привлечения партнерских организаций и юристов страны, в которой оказывалась помощь. Сейчас, отправляя пациента в зарубежную клинику, мы

предусматриваем и вероятность возникновения конфликтных ситуаций, для чего заключаем трехсторонний договор.

– «Утечка российских пациентов» в какой-то мере ускоряет деградацию российского здравоохранения, разве не так?

– Доля истины в этом есть: ведь они вывозят не только деньги, но и, образно говоря, «бесценный учебный материал» – свои заболевания. Однако нередко лечение пациента за границей становится едва ли не единственным шансом врача научиться чему-то новому. Сопровождая своего пациента, врач может увидеть работу зарубежной клиники, вникнуть в детали лечения и даже договориться о стажировке.

– Так происходит всегда?

– Нет. Такая модель работает в том случае, если компания-посредник выполняет

функцию не только туроператора (покупка билета, бронирование гостиницы, трансфер и т. д.), но и коммуникатора. Например, наша компания ищет не клинику, а нужного врача, который является признанным экспертом в лечении конкретной патологии, о чем я уже говорила.

Многих экспертов, к которым мы отправляем наших пациентов, мы знаем лично. Кстати, такие контакты играют важную роль и в получении второго мнения (second opinion) и организации онлайн-консультаций, когда пациент и его российский врач решают проблемы лечения и диагностики у себя на родине, но при этом консультируются со специалистом из другой страны.

– Направление пациента, участие в поиске врача и онлайн-консультациях...

Сегодня «постулат Семашко» – хорошего врача прокормит народ – гипертрофировался, а потому и медицинская школа перестала развиваться. Сложилась ситуация, при которой большинство специалистов не заинтересованы во «вращивании» молодых кадров: если доктора кормит народ, то зачем ему, доктору, растить конкурентов?

необходимо. Не секрет, что в России медицинская профессия выгорает – не все студенты получают качественное образование и, что более важно, немногие специалисты своевременно повышают квалификацию, совершенствуют теоретические знания и практические навыки в процессе работы.

Более того, в России нелегальные платежи составляют едва ли не большую часть всех финансовых средств, которые обращаются в медицине. Сегодня «постулат Семашко» – хорошего врача прокормит народ – гипертрофировался, а потому и медицинская школа перестала развиваться. Сложилась ситуация, при которой большинство специалистов не заинтересованы во «вращивании» молодых кадров: если доктора кормит народ, то зачем ему, доктору, растить

за рубежом зачастую обходится даже дешевле – агентство и врача находит, и время экономит, и приглашает специалистов из разных стран в одну клинику, избавляя пациента от необходимости одновременно обращаться в несколько медицинских учреждений.

– Какие пациенты ездят за границу?

– Есть VIP-пациенты, которые просто предпочитают лечиться с комфортом и по «последнему слову науки и техники».

Другая категория – это люди, которым не смогли помочь даже в ведущих медицинских центрах. Например, в нашей практике был пациент, страдавший раком желудка и стенозом коронарных артерий, ему, соответственно, при высоком риске сердечной недостаточности требовалась гастрэктомия. Ни одна российская клиника

Позволить лечение в другой стране может большинство россиян, претендующих на нечто большее, чем госгарантии, – стоимость медицинских услуг за рубежом сопоставима со стоимостью лечения в нашей стране.

конкурентов? За рубежом такая ситуация в принципе невозможна, так как работа врача достойно оплачивается через развитую систему страхования.

– В России просто нет хороших врачей?

– Нет, это не так – хорошие врачи есть. Но не согласиться с тем, что сейчас наша страна не является центром развития медицинской науки и технологии, нельзя. Немногие клиники оснащены современным

не взялась за лечение пациента, которому в ходе операции могла понадобиться кардиохирургическая помощь. Поэтому было принято решение оперировать больного в одной из клиник Германии в присутствии приглашенного кардиохирурга из США. Операция прошла успешно, помощь кардиохирурга не понадобилась, но его присутствие было обязательной «страховкой» на случай возникновения осложнений.

Нередко лечение пациента за границей становится едва ли не единственным шансом врача научиться чему-то новому.

Телефон +7-916-369-17-18,
сайт – www.tur-med.ru

Беседу записала **Татьяна Бердникова**

Отчет о съезде РОУ

18–21 сентября в Москве состоялся XII Съезд Российского общества урологов (РОУ). Более 1000 урологов со всех регионов России приняли участие в работе съезда, более 200 представителей стран СНГ приехали встретиться со своими российскими коллегами.

Он ознаменовался выборами нового председателя правления, президиума, членов правления РОУ, а также принятием нового устава Общества. Новым председателем РОУ стал выдающийся ученый, заведующий кафедрой урологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, чл.-корр. РАМН, заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., проф. Юрий Геннадьевич Аляев, сменив на посту академика РАМН, проф. Николая Алексеевича Лопаткина. Членами президиума стали 32 ведущих уролога России, 148 урологов вошли в правление РОУ.

С выборами нового председателя РОУ урологи приобрели надежду на возвращение специальности «урология», на оживление общественной деятельности Общества.

Научная программа съезда охватывала все области урологии, онкоурологии, андрологии, урогинекологии. Звучали доклады со всех регионов России, стран ближнего (Беларусь, Украина) и дальнего (Голландия, Германия) зарубежья.

Научная программа съезда охватывала все области урологии, онкоурологии, андрологии, урогинекологии. Звучали доклады со всех регионов России, стран ближнего (Беларусь, Украина) и дальнего (Голландия, Германия) зарубежья.

Во время мероприятия были проведены сателлитные симпозиумы фирм-спонсоров, которые носили нестандартный характер. Так, например, сотрудники компании Eli Lilly при поддержке урологов России провели социальную акцию «Зарядка с урологами – путь к мужскому здоровью», в которой приняли участие олимпийская чемпионка Ляйсан Утяшева и спортивный комментатор Кирилл Набутов. Цель акции – призвать мужчин России вести здоровый образ жизни и привлечь их внимание к проблеме сексуального здоровья. Площадь возле дома Российской академии наук превратилась в спортивную площадку, где более 200 урологов вместе с пациентами и ведущими выполняли физические упражнения, способствующие поддержанию мужского организма в тонусе и направленные на профилактику эректильной дисфункции. В конце зарядки урологи всей страны подписали обращение

к пациентам, в котором пообещали помочь им решить проблемы с эрекцией, призвав пациентов искать врача на сайте www.ochenprosto.ru и странице сервиса «Доктор-Локатор». Проявив незаурядные организаторские способности, компания Eli Lilly удивила урологов, представив их вниманию сателлитный симпозиум в виде блокбастера «Миссия выполнима», в главных ролях которого выступили профессора Д.Ю. Пушкарь, А.А. Камалов, Е.И. Велиев и другие.

Большой интерес участников съезда вызвала секция «Правовые и образовательные аспекты урологии в РФ», в которой приняли участие заведующие кафедрами урологии ведущих медицинских вузов страны, представители Минздрава РФ, юристы. Доклад «Стратегия развития высшего медицинского профессионального образования в РФ» представил ректор Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, чл.-корр. РАМН, д.м.н., проф. Петр Витальевич Глыбочко. Профессор рассказал о работе, проводимой учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России, председателем которого он является, по возвращению специальности «урология». Кроме этого, объединение проводит большую работу по оптимизации обучающих программ по урологии для студентов, программ повышения квалификации и переподготовки

преподавателей этой дисциплины в медицинских вузах. Все это позволит урологам надеяться на положительное решение вопроса о нашей специальности. Но для этого требуются не только активные действия со стороны ведущих московских специалистов, но и помощь врачей-урологов в регионах, сотрудников региональных кафедр урологии, руководителей медицинских вузов.

Тему образования продолжили проф. О.Б. Лоран, который представил российские особенности дополнительного образования, и проф. М.И. Коган с докладом «От интернатуры и ординатуры к резидентуре».

Большое внимание на съезде было уделено теме инфекций мочевыводящих путей. Учеными России предприняты большие усилия по формированию локальных рекомендаций

и формуляров антимикробных препаратов, что в 2012 г. увенчалось выпуском Российских национальных рекомендаций «Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов». В рекомендациях нашли отражение уровни резистентности уропатогенов в различных медицинских учреждениях разных регионов нашей страны. Так, например, по данным исследования ДАРМИС (2011), о котором было рассказано в докладе проф. Т.С. Перепановой (Москва), учеными были определены препараты с высоким уровнем

резистентности к ним микроорганизмов (ампициллин, ко-тримоксазол, налидиксовая кислота, фторхинолоны). Другая группа препаратов, напротив, показала нулевой уровень резистентности к ней возбудителей (фосфомицина трометамол, карбапенем, фуразидин, амикацин).

В Российских национальных рекомендациях приведены альтернативные методы лечения рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей, которые включаются в том числе применение фитопрепаратов, доказательная

Окончание на стр. 7 ▶



Все мужчины разные... Решение одно!

СИАЛИС® – свобода выбора момента интимной близости
Индивидуальный подход в выборе терапии эректильной дисфункции и способа приема СИАЛИС® позволяет вашим пациентам вернуть естественность сексуальных отношений.
Какими бы разными они ни были.



КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ
Торговое название препарата СИАЛИС® (СИАЛИС®) – Тадалафил (тадалафил).
Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой.
Действующее вещество: Тадалафил.
Фармакоэкономическая группа: эректильная дисфункция, средства лечения. ОДЗ-5 ингибитор.
Классификация: эректильная дисфункция, средства лечения. ОДЗ-5 ингибитор.
Показания к применению: эректильная дисфункция.
Противопоказания:
- заболевания, вызывающие чувствительность к тадалафилу или к любому из компонентов, входящих в состав препарата;
- одновременное применение с нитратами, содержащими нитраты органические нитраты;
- одновременное применение с ингибиторами CYP3A4.
Способ применения и дозы: для приема внутрь. Рекомендуемая максимальная доза препарата СИАЛИС® составляет 20 мг. СИАЛИС® принимают перед половым актом. Сексуальная активность развивается от 30 минут. Прием следует принимать не чаще, чем 1 раз в сутки.
Безопасность: наиболее частые побочные эффекты включают головную боль и диспепсию (11 и 7% случаев, соответственно). Побочные эффекты, связанные с приемом тадалафила, были обнаружены независимо от степени выраженности, продолжительности и регулярности приема. Другими побочными эффектами являются: боль в спине, мышечная слабость, заложенность носа и заложенность ушей.
Формы выпуска: таблетки, покрытые пленочной оболочкой 20 мг по 1, 2, 4, 8 таблеток в упаковке. За полной информацией обращайтесь к инструкции по медицинскому применению препарата Сиалис 20 мг ПМ 04-001-05-2003 от 17.02.2003.

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ
Торговое название препарата СИАЛИС® (СИАЛИС®) – Тадалафил (тадалафил).
Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой 2,5 мг.
Фармакоэкономическая группа: эректильная дисфункция, средства лечения. ОДЗ-5 ингибитор.
Показания к применению: эректильная дисфункция.
Противопоказания:
- заболевания, вызывающие чувствительность к тадалафилу или к любому из компонентов, входящих в состав препарата;
- одновременное применение с нитратами, содержащими нитраты органические нитраты;
- одновременное применение с ингибиторами CYP3A4.
Способ применения и дозы: для приема внутрь. Рекомендуемая максимальная доза препарата СИАЛИС® составляет 2,5 мг. СИАЛИС® принимают перед половым актом. Сексуальная активность развивается от 30 минут. Прием следует принимать не чаще, чем 1 раз в сутки.
Безопасность: наиболее частые побочные эффекты включают головную боль и диспепсию (11 и 7% случаев, соответственно). Побочные эффекты, связанные с приемом тадалафила, были обнаружены независимо от степени выраженности, продолжительности и регулярности приема. Другими побочными эффектами являются: боль в спине, мышечная слабость, заложенность носа и заложенность ушей.
Формы выпуска: таблетки, покрытые пленочной оболочкой 2,5 мг по 1, 2, 4, 8 таблеток в упаковке. За полной информацией обращайтесь к инструкции по медицинскому применению препарата Сиалис 2,5 мг ПМ 05-001-01 от 11.01.2011.

Московское представительство АО «Эли Лилли Восток С.А.» (Швейцария) 123317, Российская Федерация, г.Москва Пресненская наб., д.10 Тел.: (495) 258-50-01

Lilly MedInfo
Научная информация для врачей по препаратам Eli Lilly
E-mail: medinfo_ru@lilly.com
Тел.: (495) 258-50-01
Answers That Matter.



Проф. Э. Аустони руководил клиникой урологии Миланского университета (Италия), являлся ученым секретарем Европейского общества по генито-урinary реконструктивной хирургии. Он разработал и модифицировал более 15 оригинальных операций на половом члене и уретре, а также организовал и провел в Европе более 20 конгрессов, включая показательные операции.

Профессор Э. Аустони был нашим другом

Печальное известие облетело весь мир – ушел из жизни выдающийся ученый, признанный лидер в области оперативной андрологии проф. Эдоардо Аустони.

Нам повезло не только встретиться с этим удивительным человеком, но и сотрудничать с ним. Уникальный труд – «Атлас по реконструктивной хирургии полового члена», автором которого является Э. Аустони, с его разрешения был переведен на русский язык и издан в России.

Впервые «Атлас по реконструктивной хирургии полового члена» был представлен на VII Конгрессе Профессиональной ассоциации андрологов России (ПААР) в мае 2012 г. в г. Сочи. Издание

презентовал сам автор – проф. Э. Аустони. «Атлас» Аустони – первое и всеобъемлющее руководство по генитальной хирургии для урологов. В этой книге автор не только обобщил свой многолетний хирургический опыт, но и привлек к написанию других ее разделов лучших специалистов в этой области. Авторский коллектив – это 19 лучших европейских урологов, андрологов, являющихся экспертами в этой области.

Проф. Э. Аустони ушел из жизни... но оставил после себя бесценное наследство для врачей – свой многолетний опыт и опыт лучших специалистов, описанный в книге «Атлас по реконструктивной хирургии полового члена»!

ПААР, ИД «АБВ-пресс»



Отчет о съезде РОУ

◀ Окончание, начало на стр. 6

база которых показала их эффективность у пациентов, страдающих рецидивирующими инфекциями мочевых путей. Одним из препаратов, имеющих значительную доказательную базу, является Канефрон Н. Комбинация травы золототысячника, корня любистока, листьев розмарина дает выраженный мочегонный, противовоспалительный, спазмолитический, противомикробный эффект.

бактериурии не исключает наличия бактериальных возбудителей в мочевом пузыре, что и является причиной возникновения РИНМП. В этом кроется и причина неэффективности антибактериальной терапии – применяемые препараты действуют только на планктонные формы бактерий. В этой связи было предложено рассмотреть возможность, при соблюдении ряда условий, начинать лечение пациентов с применения фитотерапии до

С выборами нового председателя РОУ урологи приобрели надежду на возвращение специальности «урология», на оживление общественной деятельности Общества.

В результате применение препарата позволяет увеличить эффективность антибиотикотерапии, способствует уменьшению выраженности дизурии, болевого синдрома, увеличивает длительность межрецидивного периода.

Бактериологические аспекты рецидивирующих инфекций нижних мочевых путей (РИНМП), роль формирования биопленок в тканях мочевого пузыря были озвучены в докладе проф. Л.А. Синяковой (Москва) «Рецидивирующие инфекции нижних мочевых путей: смена парадигмы». Профессор обратила внимание всех присутствующих на исследование, проведенное в РМАПО на базе ГКБ им. С.П. Боткина в 2005–2012 гг., в котором приняли участие 254 пациентки в возрасте 16–48 лет, страдающие РИНМП более 1 года. Почти у половины из них посев мочи был стерильным, что послужило поводом для взятия у них бактериологического посева биоптатов слизистой мочевого пузыря. Результаты показали рост микрофлоры 10^3 – 10^5 КОЕ/мл, штаммы которой были способны формировать биопленки *in vitro*. Профессор отметила, что отсутствие

получения результатов посева мочи. Это позволит уменьшить неприятные симптомы у пациентов и в некоторых случаях избежать назначения антибактериальных препаратов. Данный метод пока остается обсуждаемым и требует дополнительных исследований.

Во время постерных докладов урологи проявили настоящие чудеса ораторского искусства, успев сообщить максимум информации за минимальное время.

На съезде была проведена видеосессия, во время которой были представлены сложные оперативные вмешательства на органах мочевого пузыря – экстирпация дивертикула уретры с ее реконструкцией (Д.Ю. Пушкарь, Г.Р. Касян), многоэтапная уретропластика (С.В. Котов, С.В. Беломытцев), представлены технические особенности резекции почки при центральном расположении опухоли (А.В. Серегин, Л.А. Синякова, Н.А. Шустинский) и многие другие, которые вызвали оживленную дискуссию среди специалистов.

Материал подготовила
В.А. Шадёркина

ЭСПАРОКСИ

НАСТОЯЩЕЕ
НЕМЕЦКОЕ
КАЧЕСТВО



Антибиотик оптимального действия

Новинка 2012

- ✦ Широкий спектр действия
- ✦ Создание высоких и стабильных концентраций в крови и тканях
- ✦ Высокая комплаентность пациентов
- ✦ Очень хорошая переносимость взрослыми и детьми



Представительство Эспарма ГмБХ в России:
115114, г. Москва, ул. Летниковская, д.16, оф. 306.
Тел.: 8 (499) 579-33-70; факс: 8 (499) 579-33-71. www.esparma-gmbh.ru



ЛАЗЕРНЫЙ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС

«Матрикс-Уролог»

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

Сертификат соответствия: РОСС RU.ИМ25.В04346

ДЛЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ШИРОКОГО КРУГА ЗАБОЛЕВАНИЙ:

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



В БАЗОВЫЙ СОСТАВ КОМПЛЕКСА ВХОДЯТ:

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

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



Разработчик и производитель: Научно-исследовательский центр «Матрикс»

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

Новая эра азиатской урологии



Ринат Хаматов

Врач-уролог
2-й категории
урологического
отделения № 2
МБУЗ ГКБ № 1,
Тольятти
rinat78@mail.ru

С 22 по 26 августа 2012 г. в г. Паттайя (Таиланд) прошел очередной 11-й Азиатский Конгресс урологов под девизом «Новая эра азиатской урологии». Число зарегистрированных участников составило более 1500, среди которых были не только урологи азиатского региона, но и гости из Европы, Австралии и Америки.

Новый элект-президент Apichat Kongkanand и члены организационного комитета Таиланда приложили огромные усилия для успешного проведения столь важного события в жизни урологии.

Урологическая ассоциация Азии (UAA) основана в г. Фукуока (Япония) в 1990 г. на первом Азиатском Конгрессе урологов (ACU). Инициатором и первым ее президентом стал проф. Joichi Kumazawa, внесший значительный вклад в развитие и становление Ассоциации. В настоящее время она насчитывает 20 урологических ассоциаций стран-участников (Камбоджийская, Тайваньская, Малайзийская и др.), а также одну ассоциацию-филиал – Австралия и Новая Зеландия.

На сентябрь 2010 г. в UAA было зарегистрировано 29 836 человек. Один лишь Китай обеспечил почти половину – 14 200 человек.

Идея открытия UAA возникла в умах японских урологов не случайно: здесь появилась самая первая урологическая ассоциация в Азии (в 1912 г.). Создание UAA обозначило принципиально новый рубеж в истории азиатской урологии и, как следствие, немедленно привлекло внимание ведущих сообществ.

Сотрудничество с The Society Internationale d'Urologie (SIU), The International Consultation for Urological Disease (ICUD), European Association of Urology (EAU), American Urological Association (AUA) выявило уровень развития и различия принципов оказания урологической помощи между азиатскими странами. В результате разрешение проблемы было достигнуто созданием Asian School of Urology (ASU) в 1998 г., президентом которой в настоящее время является Dr. Rainy Umbas (Джакарта, Индонезия).

Основные задачи ASU – организация практических обучающих занятий (workshops), обучение резидентов, повышение профессионального уровня урологов. Знаменательным событием в декабре 2009 г. стал синтез ASU с European School of Urology (ESU), запустивших свой первый workshop-проект под названием «Когда Запад встречается с Востоком» (Бали, Индонезия). Традиция проведения регулярных обучающих программ поддерживается и по сей день. А за последние 3 года успешно проведены курсы для резидентов при поддержке Сингапурской ассоциации урологов, которая подготовила обучающихся к сдаче сертификационного экзамена.

UAA предполагает следующие категории членства:

- полноправные члены (сертифицированные урологи из любой азиатской страны);
- ассоциативные члены (стажер по урологии из любой азиатской страны);
- аффилированные (связанные с Ассоциацией)

члены: любой сертифицированный уролог из-за пределов Азии; любой врач (лучевой терапевт, онколог или радиолог), работающий в онкоурологии; научные сотрудники в области урологии; медицинские сестры урологических отделений.

Совет UAA состоит из президента – Dr. Allen Chiu Wen-Hsiang (Тайвань), Immediate Past President – Dr. Narmada P Gupta (Индия), элект-президента – Dr. Apichat Kongkanand (Таиланд), секретаря – Dr. Osamu Ogawa (Япония), казначея – Dr. Li Man Kay (Сингапур). Работа исполнительного комитета в этом составе завершится в 2014 г.

На сентябрь 2010 г. в UAA было зарегистрировано 29 836 человек. Один лишь Китай обеспечил почти половину – 14 200 человек.

Каждый Азиатский Конгресс урологов, традиционно проводимый с интервалом в 2 года, знаменует смену исполнительного комитета, и на пост президента избирается член урологической ассоциации той страны, где проводится встреча.

Программа настоящего Конгресса включала все области науки и практики в урологии.

Активное участие приняли следующие филиалы UAA.

1. Азиатская ассоциация по ИМП и ЗППП (AAUS)

Лекция доктора Tetsuro Matsumoto (Япония) по эффективному использованию фторхинолонов в лечении воспалительных заболеваний органов мочевыводящей системы нашла положительный отклик в применении их с профилактической целью перед биопсией простаты. Kurt Naber (Германия) сделал доклад по теме «Результаты исследования биопсии простаты GPIU 2010 – многонациональное мультицентровое исследование», где в центре внимания оказались инфекционные осложнения после биопсии простаты.

2. Азиатское тихоокеанское общество онкоурологов (APSU)

Насущные проблемы онкоурологии отразились в преобладающей доле всех лекций, постерных презентаций и видеосессий. Michael Marberger (Австрия) – почетный гость Конгресса, сделал превосходный доклад на тему «Изменения в лечении опухолей почек».

Проф. Declan Murphy (Австралия) привел небезынтересное заключение по теме своего доклада «Современная роль хирургии в лечении рака предстательной железы высокой степени риска». Хирургическое лечение рака предстательной железы (РПЖ),

по мнению профессора, является важнейшим первым шагом, от которого больше всего выигрывают пациенты высокой степени риска. Лучевая терапия при оперебельной стадии РПЖ может быть успешной в качестве адьювантного или сальважного метода.

Также прозвучала лекция по эпидемиологии рака простаты в азиатском регионе, были озвучены новые принципы в лечении кастрационно-резистентного РПЖ и многое другое.

3. Азиатское общество эндоурологов (ASE)

Общество основано в 1998 г. и успешно проводит образовательные курсы мероприя-

тия в организованных учебных центрах. Приобретенный опыт и навыки в данной области послужили поводом разделить с коллегами успехи в проведении бездренажной чрескожной нефролитотрипсии, использовании гольмиевого лазера для литотрипсии, биполярных технологий трансуретральной резекции при доброкачественной гиперплазии предстательной железы, а также использовании эндохирургических методов лечения при других нозологиях.

4. Азиатское общество урогинекологов (ASFU)

Наряду с уроонкологией, проблемы мочевого пузыря привлекают к себе пристальное внимание урологов всего мира. Здесь накоплен достаточный опыт лечения стрессового недержания мочи, гиперактивного мочевого пузыря и др. Доктор Shailesh Raina (Индия) поделился опытом применения ботулинического токсина у данной группы больных. Также обсуждались результаты лечения стрессового недержания мочи у женщин по данным различных клиник.

5. Секция молодых урологов

Приуроченная к 11-му Конгрессу «Секция молодых урологов» подготовила специальную программу «Публикация статей», где молодые ученые могли получить академические знания по правильному написанию научной статьи с момента определения ее авторства до обзора используемой литературы. UAA выделило 20 000 сингапурских долларов в качестве стипендии для 20 молодых урологов, членов Ассоциации, которые были отобраны по результатам присланных анкет, абстракт для сборника статей настоящего Конгресса.

Кроме вышеперечисленных филиалов, также были проведены встречи по другим проблемам

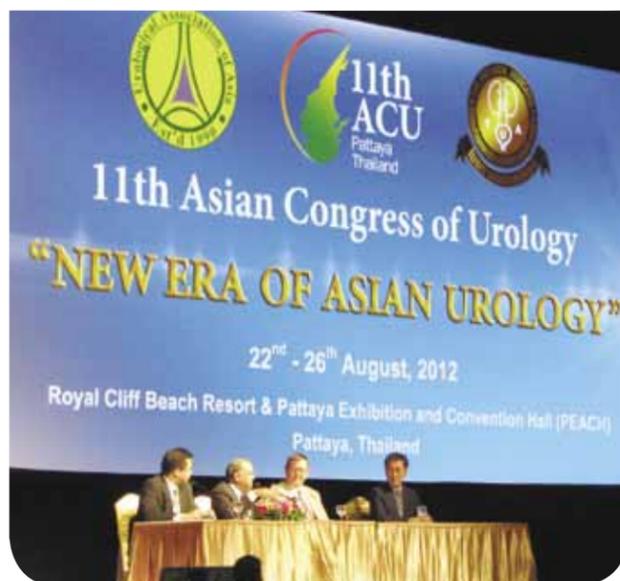
урологии: травмы мочеполовых органов, мочекаменная болезнь, андрология, трансплантация почек, лапароскопия и робот-ассистированные операции.

Официальным журналом Японской урологической ассоциации и UAA является ежемесячный «Международный журнал урологии» (International Journal of Urology), оригинальные статьи которого знакомят с последними инновациями и достижениями в области урологии азиатского региона. Также издание является местом публикации клинических рекомендаций, разработанных японскими учеными.

Работа Конгресса прошла с большим успехом. Об этом свидетельствует не только его прекращающаяся организация и большое число участников, которые проявляли нескрываемый интерес к прочитанным лекциям, видеоконференциям, а также участвовали в практических занятиях по предварительной регистрации, но и высокая дисциплина со стороны самих участников Конгресса. Поразило, как весь выставочный зал пустеет на глазах, а медицинские представители остаются наедине с собой, едва объявляется время начала заседаний. Самые популярные и посещаемые встречи – это ланч-симпозиумы, любой из которых можно было посетить без регистрации и оплаты. Как правило, они проходили в одно время в 4–6 залах.

Что касается новой эры в азиатской урологии, то следует процитировать слова президента UAA проф. Allen W. Chiu: «В настоящее время UAA предполагает активное привлечение к сотрудничеству и взаимодействию врачей из неазиатских стран, для которых стали доступными практически образовательные курсы. Я верю, что азиатская урология шагнет преуспевающей в эру быстрого экономического развития Азии в целом. По предварительным данным, гериатрическая популяция в 2017 г. составит 14% всей азиатской популяции, а к 2025 г. – 20%. Это диктует необходимость подготовки высококвалифицированных урологов для работы с престарелым населением в будущем. И наиболее важный момент касается того, что, начиная с 2014 г. наши встречи станут ежегодными, что символизирует наступление новой эры в азиатской урологии».

Следующий, 12-й Азиатский Конгресс урологов состоится на земле древней Персии – в Иране. На курортном острове Киш в Персидском заливе с 5 по 9 декабря 2014 г. урологи со всего мира смогут снова встретиться для обсуждения и решения насущных профессиональных вопросов. Председателем мероприятия избран проф. Jalil Hosseini (Иран), который в личной беседе выразил искреннее желание встретиться на родной земле представителей российской урологии.



Президиум 11-го Азиатского Конгресса урологов



Участники Конгресса

Встреча онкологов на Волге



Леонид Васильевич Шапльгин

Д.м.н., проф., главный врач ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

shaplygin.urol@mail.ru

14 сентября 2012 г. в Самарском областном клиническом онкологическом диспансере состоялась научно-практическая конференция Российского общества онкоурологов (РООУ) в Приволжском федеральном округе (ПФО).

Организаторами конференции выступили РООУ, Министерство здравоохранения РФ при поддержке Аппарата Главного федерального инспектора по Самарской области, Министерство здравоохранения Самарской области, ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Проблема онкологических заболеваний остается приоритетной для современного общества из-за постоянного роста заболеваемости злокачественными



Самарский областной клинический онкологический диспансер

Распространенность этого заболевания среди населения за последние 10 лет увеличилась более чем в 3 раза и составила в 2010 г. 76,1 на 100 тыс. населения против 25,8 в 2000 г. При этом неуклонно снижается число больных, у которых заболевание выявляется в IV стадии, увеличивается доля пациентов с начальными формами рака предстательной железы.

Благодаря внедрению современных методов лечения к 2010 г. вдвое снизилась летальность

Распространенность рака предстательной железы среди населения за последние 10 лет увеличилась более чем в 3 раза и составила в 2010 г. 76,1 на 100 тыс. населения против 25,8 в 2000 г.

посвящена профилактике и лечению злокачественных новообразований в современных условиях. Участники мероприятия – онкоурологи – осветили последние достижения в области профилактики и лечения онкологических заболеваний. Цель таких конференций – распространение передового опыта работы ведущих специалистов среди онкологов и врачей других специальностей, работающих в регионах России.

В ходе мероприятия состоялись выступления и научные дискуссии, в которых ведущие специалисты разбирали клинические случаи, научные вопросы и перспективы развития онкоурологии в России. Среди участников и гостей конференции были такие известные

250 делегатов более чем из 30 регионов Российской Федерации.

Участниками конференции были рассмотрены современные возможности органосохраняющего лечения, внедрения эндовидеохирургических и роботизированных технологий в онкоурологии, особенности комбинированного лечения рака почки и рака предстательной железы.

Активно обсуждались вопросы оказания помощи при экстренных и неотложных состояниях в онкоурологии, а также современные тенденции лекарственной терапии рака почки и предстательной железы. Внедрение

В соответствии с поручением Президента России В.В. Путина от 17.07.2012 г. перед онкологами страны поставлена задача существенного снижения смертности от новообразований к 2018 г.

новообразованиями. Вместе с тем, ориентируясь на достижения экспериментальной и клинической онкологии, уже сегодня можно утверждать, что фатальность течения онкологического заболевания преувеличена.

В соответствии с поручением Президента России В.В. Путина от 17.07.2012 г. перед онкологами страны поставлена задача существенного снижения смертности от новообразований к 2018 г.

В настоящее время можно говорить о том, что многие из опухолей относительно длительное время сохраняют локальное распространение, что позволяет при современной многоступенчатой терапии добиваться стойкой ремиссии вплоть до излечения.

Среди всех злокачественных новообразований наибольший прирост заболеваемости отмечается при раке предстательной железы.

от этого заболевания на первом году жизни с момента установления диагноза. Сегодня на диспансерном учете у онкологов в регионах РФ состоит более 107 900 больных раком предстательной железы, около 83 000 – раком почки, 79 000 – раком мочевого пузыря.

Только в ПФО ежегодно выявляется более 5000 новых случаев рака предстательной железы, 2550 – рака мочевого пузыря. Наибольшее число этих больных живут в Нижегородской, Самарской областях и Татарстане. Только в отделении онкоурологии Самарского онкологического диспансера за 5 лет вдвое увеличилось число больных раком простаты, мочевого пузыря и почки.

Научно-практическая конференция РООУ – эффективная площадка для профессионального обмена знаниями между врачами – урологами, онкологами и специалистами смежных специальностей. Конференция была

На диспансерном учете у онкологов в регионах РФ состоит более 107 900 больных раком предстательной железы, около 83 000 – раком почки, 79 000 – раком мочевого пузыря.

не только в нашей стране, но и за рубежом специалисты в области онкоурологии, как чл.-корр. РАМН, проф. А.Д. Каприн; президент РООУ, проф. В.Б. Матвеев (РОИЦ им. Н.Н. Блохина РАМН); проф. Б.Я. Алексеев (МНИОИ им. П.А. Герцена); проф. О.Б. Карякин (ФГБУ МРНЦ Минздрава России); проф. Д.В. Перлин (Волгоград); проф. В.А. Агдуев (Нижний Новгород); проф. Л.В. Шапльгин (Самара). На конференции присутствовали

высокотехнологичных методов диагностики и лечения в онкоурологии позволяет значительно улучшить показатели раннего выявления опухолей, сократить сроки пребывания пациентов в стационарах, снизить летальность, существенно увеличить продолжительность и повысить качество жизни при злокачественных новообразованиях.

В завершение конференции главный врач ГБУЗ СОКОД проф. Л.В. Шапльгин провел экскурсию по подразделениям Самарского онкологического диспансера, являющегося одним из самых новых онкологических учреждений здравоохранения страны. Участники мероприятия ознакомились с уникальным инженерно-строительным объектом, оснащенным современными системами обеспечения деятельности и сложнейшим медицинским оборудованием. Делегатами конференции был отмечен высокий уровень качества оказываемой медицинской помощи онкологическим больным, что в свою очередь позволило Самарскому областному клиническому онкологическому диспансеру в 2011 г. победить во Всероссийском конкурсе на звание лучшего онкологического учреждения здравоохранения.



Президиум конференции

VII Конгресс Российского общества онкоурологов

◀ Продолжение, начало на стр. 10

РПЖ, получавших интермиттирующую или постоянную гормональную терапию. Стандартом лечения местно-распространенного РПЖ по-прежнему остается сочетание дистанционной лучевой и гормональной терапии.

О раке почки (РП), как о стремительно развивающемся подразделе онкологии, рассказал проф. Геннадий Братславский из США. По его мнению, необходимо пересмотреть отношение к чрезкожной биопсии почки, так как получаемая ценная информация о гистологическом, генетическом и молекулярном строении опухоли может быть полезна при выборе метода лечения, а генетический анализ в скором времени заменит морфологический метод исследования. Также проф. Братславский говорил о роли динамического наблюдения, как возможной опции при опухолях почки небольшого размера (< 4 см). Сигналом к прекращению наблюдательной тактики является быстрый рост опухоли (> 0,8 см в год), ассоциированный с высоким риском прогрессирования заболевания. Проф. Братславский, пропагандируя органосохраняющий подход в лечении РП, говорил об аргументах в пользу выполнения резекции не только при размере опухоли до 4 см, но и более 7 см. Было также показано отсутствие необходимости рутинного выполнения адреналэктомии при опухолях почки большого размера и/или верхнего полюса почки и интактном надпочечнике по данным радиографических методов исследования. Особый интерес аудитории вызвала тактика лечения при мультифокальном поражении и других случаях необходимости рассмотрения повторного органосохраняющего лечения (повторная операция на единственной почке, рецидив после аблятивных методов лечения и др.).

Так, было предложено придерживаться наблюдательной тактики при размерах опухоли или наибольшего опухолевого очага до 3 см, учитывая минимальную вероятность метастазирования при этих размерах опухоли, что позволит отсрочить время до очередного хирургического вмешательства. Говорилось о возрастающей роли роботической хирургии в мире. Не была оставлена без внимания и таргетная терапия, предусматривающая на современном этапе последовательный режим применения как способ преодоления резистентности.

Новому в диагностике и лечении рака мочевого пузыря (РМП) был посвящен доклад

проф. Ричарда Гринберга из Fox Chase Cancer Center. Р. Гринберг подчеркнул, что вопросы сохранения качества жизни по-прежнему ограничивают применение агрессивных лечебных методик. Докладчик говорил о важности запрета курения, в частности, перед началом проведения внутрипузырного лечения. Было рассказано о преимуществах и недостатках трансуретральной резекции (ТУР), совмещенной с технологией Narrow Band Imaging (NBI) (визуализация в узком спектре), по сравнению со стандартной ТУР в «белом свете»: большие возможности для выявления остаточной опухоли в противовес финансовым затратам на адаптацию стандартного эндоскопического оборудования к NBI. **Р. Гринберг отметил, что в США неoadъювантная платиносодержащая химиотерапия, в том числе в ускоренном режиме применения, при мышечно-инвазивном РМП практически заменила адъювантную химиотерапию, которая имеет сугубо элективные показания.** Как о новой парадигме в лечении больших поверхностным (!) РМП, рефрактерных к БЦЖ-терапии, Р. Гринберг рассказал о прошедшем II фазы клинических испытаний мультикиназном ингибиторе для перорального приема – довитинибе, доказавшем эффективность в лечении, позволяя достичь безрецидивного периода длительностью 1 год.

В рамках VII Конгресса РООУ состоялся спутниковый симпозиум компании Байер под названием «Рак почки: стратегия увеличения продолжительности жизни пациентам». Через доклады красной нитью проходила концепция последовательной терапии при лечении метастатического РП. «Последовательное применение таргетных препаратов является рациональной стратегией увеличения продолжительности жизни пациентов», – говорит проф. V. Neimann из Израиля. В своем докладе проф. В.Б. Матвеев, говоря о роли последовательной таргетной терапии, подчеркнул важность самого порядка назначения таргетных препаратов. Определение преимуществ той или иной последовательности ингибиторов тирозинкиназ будет возможно после завершения исследования III фазы SWICHТ по последовательному применению сорафениба и сунитиниба у пациентов с метастатическим РП, не получавших ранее системной терапии (n = 540). Согласно промежуточным результатам исследования частота побочных эффектов была выше в первой линии терапии, чем во 2-й линии, а наблюдавшиеся побочные эффекты были типичны для сорафениба и сунитиниба соответственно.

ДЖЕВТАНА® – ЗА ГРАНЬЮ ВОЗМОЖНОГО! ¹⁻⁵
 Увеличение общей выживаемости больных метастатическим гормонорезистентным раком предстательной железы после химиотерапии доцетакселом ¹⁻⁵

ДЖЕВТАНА®
(кабазитаксел)

Библиография: 1. Инструкция по медицинскому применению препарата Джевтана® (кабазитаксел), Российская Федерация. Номер регистрационного удостоверения: ЛП-011590. 2. Gannay E, Sartor O, Havel S, Vogelzang NJ. Second-line chemotherapy for advanced hormone-refractory prostate cancer. Clin Adv Hematol Oncol. 2008;6(2):116-122. 127-132. 3. Rosenberg J, Weinberg V, Kelly WK, et al. Activity of second-line chemotherapy in docetaxel-refractory hormone-refractory prostate cancer patients: randomized phase 2 study of mitoxantrone in combination and placebo. Cancer. 2007;110(2):536-543. 4. Sternberg CN, Fizazi K, Sartor O, et al. Multinational, double-blind, phase III study of enzalutamide and either enzalutamide or placebo in patients with testosterone-refractory prostate cancer progressing after prior chemotherapy: the SPARC trial. J Clin Oncol. 2009;27(32):5421-5428. 5. de Bono J, Clacklin S, Cuzick J, et al. for the TROPIC Investigators. Prednisone plus cabazitaxel or mitoxantrone for metastatic castration-resistant prostate cancer progressing after docetaxel treatment: a randomized open-label trial. Lancet. 2010;376(9747):1147-1154.

Завершился первый день Конгресса приветственным коктейлем, традиционным местом встречи давних друзей и местом новых знакомств.

4 октября: второй день Конгресса

Второй день Конгресса был самым насыщенным в научном и культурном плане. В рамках круглого стола по малоинвазивным методам лечения РПЖ были представлены доклады, демонстрирующие накопленные мировые и собственные результаты лечения в отдельных клиниках при помощи брахитерапии, криоабляции, HIFU-терапии. Было показано, что **малоинвазивные методы лечения все больше входят в рутинную клиническую практику, представляя реальную альтернативу традиционным методам лечения у отобранных пациентов.** В своем докладе о малоинвазивных методах лечения РПЖ проф. А. Хайденрайх коснулся понятия «малоинвазивная радикальная простатэктомия», включающего лапароскопическую и роботическую лапароскопическую РПЭ, которые, как было замечено, постепенно вытесняют открытую позадилоновую РПЭ с позиций «золотого стандарта» лечения локализованного рака простаты в США и Европе.

Большой интерес аудитории вызвала видеосессия, посвященная хирургическому лечению РПЖ. Известные российские хирурги представили свой опыт и дискутировали о плюсах и минусах различных методик выполнения РПЭ. Видеозапись нервосберегающей простатэктомии продемонстрировал В.Б. Матвеев, напомнив, что **данный вид операции показан лишь**

пациентам из группы низкого риска с уровнем ПСА < 10 нг/мл, показателем Глисона < 7. Всеволод Борисович отметил, что выделение сосудисто-нервных пучков без использования коагуляции и в некоторых случаях сохранение части семенных пузырьков позволяют улучшить результаты нервосберегающей операции. Основные этапы роботизированной РПЭ с использованием техники гидропрепаровки тканей показал проф. Д.Ю. Пушкар, отметив важность отбора больных также с учетом сопутствующих заболеваний. С его слов: «Качественно выполненная операция не является гарантом сохранения потенции». Проф. Б.Я. Алексеев поделился опытом выполнения РПЭ промежностным доступом, безусловными преимуществами которого для пациента и хирурга соответственно являются отсутствие послеоперационного рубца на передней брюшной стенке в сочетании с удобством мобилизации передней стенки прямой кишки и выделения уретры. В.А. Перепечай представил свою запатентованную методику задней суспензии уретероцистонеоанастомоза при дефиците длины фасции Денонвиллье. Как было показано, выполнение полной реконструкции фасциальных структур малого таза обеспечивает восстановление континенции в более ранние сроки.

На заседании, посвященном выбору тактики лечения у больных кастрационно-рефрактерным РПЖ (КРРПЖ), была подчеркнута важность своевременного назначения таким больным химиотерапии доцетакселом в первой линии согласно международным рекомендациям.

Окончание на стр. 12 ▶



Участники Конгресса

VII Конгресс Российского общества онкоурологов

◀ Окончание, начало на стр. 10

Если говорить о новых возможностях терапии метастатического КРРПЖ при прогрессировании на фоне доцетаксела, то они появились в 2012 г. двумя новыми препаратами, зарегистрированными и одобренными для применения в России: Джевтана® (кабазитаксел, таксан нового поколения) 25 мг/м² каждые 3 нед + преднизолон 10 мг/сут и Зитига® (абиратерона ацетат, ингибитор CYP17) 1000 мг/сут + преднизолон 10 мг/сут. Оба препарата показали свою эффективность в отношении увеличения общей выживаемости. Также были озвучены данные анализа выживаемости больных, начиная с первого введения доцетаксела с последующим назначением кабазитаксела. Медиана выживаемости в группе кабазитаксела составила 29,4 мес.

При выборе тактики лечения после прогрессирования заболевания на фоне терапии доцетакселом или после нее следует отметить, что назначение кабазитаксела более предпочтительно по сравнению с антиандрогенной гормональной терапией абиратерона ацетатом у больных с низкодифференцированными опухолями (8–10 баллов по Глиссону), при развитии прогрессирования во время лечения доцетакселом и при коротком (менее 16 мес) периоде чувствительности к предшествующей андроген-депривационной терапии.

После перерыва состоялся круглый стол на тему «Мультифокальный рак почки». Большой интерес вызвал доклад Г. Братславского. Он заявил, что причиной рецидива заболевания не всегда является нерадикальность

выполненной операции, напомнив о наследственных и спорадических случаях РП, ассоциированного с различными генетическими синдромами (VHL, HPRC, VHD, HLRCC и др.). Количество опухолей в одной почке при микроскопическом исследовании может достигать 2 тыс. Была отмечена важность идентификации стигм генетических заболеваний и использования органосохраняющего подхода даже в случае множественного поражения. Был представлен опыт удаления до 70 опухолевых очагов из одной почки без пережатия почечной ножки. По мнению иностранного коллеги, в этом случае большая кровопотеря является экономически более выгодной, чем перевод больного на гемодиализ. В своем докладе о роли малоинвазивной хирургии в лечении множественных опухолей почек А. Кутиков подчеркнул, что **использование малоинвазивных методов не должно подвергать пациента дополнительному онкологическому риску и увеличивать риск вытолнения нефрэктомии**. Также доктор Кутиков рассказал о разработанной в США первой системе количественного определения сложности резекции опухоли почки – NEPHROMETRY, которая является попыткой стандартизировать выбор тактики хирургического лечения: нефрэктомия или резекция почки.

Тенденции в диагностике и лечении РП в России были представлены в докладе проф. Б.Я. Алексеева. По данным многоцентрового исследования, радикальная нефрэктомия остается в России основным методом хирургического лечения у больных РП, и доля ее составляет почти 80 %, несмотря на то, что частота выявления опухолей I стадии, при которой основным видом операции должна



Зал Конгресса

являться резекция почки, достигает почти 50 %. Неутешительная картина наблюдается и в отношении лекарственного лечения метастатического РП, только 12,7 % пациентов получают таргетную терапию, являющуюся на сегодняшний день самым эффективным методом лечения данной формы заболевания.

Кроме пленарных докладов и круглых столов на Конгрессе было предусмотрено много возможностей для неформальных контактов. Достойным завершением 2-го дня мероприятия и хорошим дополнением к научным дискуссиям был торжественный ужин.

5 октября: третий день Конгресса

Научная тематика 3-го дня Конгресса была посвящена РМП. Состоялась дискуссия относительно выбора метода адьювантной внутрипузырной терапии у больных немешечно-инвазивным РМП. К.Н. Сафиуллин отметил, что у больных высокого риска применение БЦЖ-терапии с поддерживающим курсом позволяет достоверно снизить частоту рецидивов по сравнению с внутрипузырной химиотерапией, а также уменьшить вероятность прогрессирования. **Уменьшение риска прогрессии наблюдается только у больных, которым проводится поддерживающее лечение**. П.А. Карнаух выразил надежду на успех лечения переходноклеточного РМП при помощи фотодинамической терапии. Данный метод уже доказал свою эффективность в лечении опухолей слизистых оболочек различных локализаций. Однако в настоящее время в общей практике медицинской практике использование фотодинамической терапии для лечения опухолей мочевого пузыря находится пока на этапе клинических испытаний.

Большое внимание клиницистов привлек доклад зав. лабораторией микробиологической диагностики и лечения инфекций в онкологии проф. Н.В. Дмитриевой на тему «Инфекции в онкологии». Среди всех видов госпитальных инфекций инфекция мочевых путей занимает 1-е место в мире, при этом продолжает расти число полирезистентных штаммов. Использование новых современных анализаторов позволяет проводить идентификацию микроорганизмов и определение их чувствительности к антибактериальным препаратам за 24 ч. Было сказано, что фторхинолоны, в целом, ослабили свои позиции в лечении инфекций мочеполовой сферы, а препаратами выбора при эмпирическом применении являются цефалоспорины 2-го поколения и защищенные пенициллины. Также наблюдается отчетливая тенденция к росту грибковых

инфекций, при этом среди кандидозных инфекций в последнее время отмечается рост удельной доли *Candida spp.*, не относящихся к виду *C. albicans*, что может быть связано с широким профилактическим применением флуконазола.

В следующем блоке докладов, проходившем в рамках круглого стола, была рассмотрена роль стадирования РМП в хирургическом и комбинированном лечении. Чтения открыла модератор секции к.м.н. М.И. Волкова. «За несколько последних десятилетий не произошло улучшения отдаленных результатов лечения РМП вследствие недостаточной точности современных методов диагностики, а частота ошибок в рутинной практике достигает 30 %, что делает невозможным адекватный выбор лечебной тактики», – подчеркнула Мария Игоревна. УЗИ не рекомендовано на сегодняшний день для стадирования РМП. Оптимальным методом оценки категории cT является МРТ преимущественно в диффузионно-взвешенном режиме с контрастным усилением гадолинием, категории cN – также МРТ, возможно с USPIO-контрастом (ультрадисперсный суперпарамагнитный оксид железа).

Площадкой для демонстрации последних достижений в области фармакологии и медицинского оборудования, входящих в круг интересов онкоурологов, явилась выставка Конгресса. В ней приняли участие более 30 компаний разработчиков, производителей и поставщиков лекарственных средств и товаров медицинского назначения. На стенде компании «Фарм-Синтез» можно было ознакомиться с информацией о препарате Резорба – бисфосфонате отечественного производства на основе золедроновой кислоты, показавшем свою эффективность при лечении костных метастазов солидных опухолей, гиперкальциемии, вызванной злокачественными опухолями, и множественной миеломы. Резорба хорошо переносится и является препаратом выбора, в том числе для лечения РПЖ с костными метастазами.

Подводя итоги Конгресса, следует отметить его высокий научный и образовательный уровень, а также доброжелательную и конструктивную атмосферу мероприятия. Хочется надеяться, что этот Конгресс для всех был полезным, интересным и радостным мероприятием.

С фотоотчетом о работе VII конгресса РООУ вы можете ознакомиться на сайте www.roou.ru.

Рег. уд. № ЛСР-003095/09

Рег. уд. № ЛСР-002724

ОПТИМАЛЬНАЯ лечебно-диагностическая комбинация при резорбции костной ткани

РЕЗОСКАН

99m Tc-золедроновая кислота

- Современная диагностика вторичных злокачественных новообразований скелета
- Раннее выявление литических, бластных смешанных метастазов при остеосцинтиграфических исследованиях
- Оценка эффективности терапии пациентов с метастазами скелета в динамике

РЕЗОРБА

золедроновая кислота

- Препарат последнего поколения в терапии резорбции костной ткани
- Эффективная терапия костных метастазов солидных опухолей и множественной миеломы
- Подавление деструкции и активация костной регенерации

**ФАРМ
СИНТЕЗ**

ЗАО «Фарм-Синтез»
115419, г. Москва, 2-й Рошинский пр., д. 8
Тел./факс: (495) 796-9433 / 796-9434
www.pharm-sintez.ru

Настоящая забота о Вашем будущем

Вперед – на восток!



**Степан
Сергеевич
Красняк**

М.н.с. отдела андрологии и репродукции человека, врач-уролог
ФГБУ «НИИ урологии»
Минздрава России
krasnyakss@mail.ru



**Татьяна
Николаевна
Гарманова**

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

С 30 сентября по 4 октября 2012 г. в городе Фукуока (Япония) прошел 32-й Конгресс Международного общества урологов (Société Internationale d'Urologie (SIU)).

Особую значимость данного мероприятия подтверждало присутствие на церемонии открытия Его Императорского Высочества Наследного принца Японии господина Нарухито, а также мэра города Фукуока, губернатора префектуры Фукуока, спикера нижней палаты японского парламента, президента Японской академии наук и других высокопоставленных лиц. В работе Конгресса приняли участие около 3300 урологов из 92 стран мира.

Формат проведения Конгресса был традиционным и включал в себя пленарные, постерные и подиумные сессии, мастер-классы и видеосессии.

В рамках мероприятия было проведено 22 пленарных сессии, во время которых ведущие специалисты Европы, США и других стран представляли доклады и обсуждали последние достижения в области урологии, в том числе речь шла о раке предстательной железы (РПЖ), почки и мочевого пузыря; старении мужчин и связанной с этим эректильной дисфункции; симптомах нижних мочевых путей и др.

Большое внимание уделялось вопросам образования в урологии. В рамках съезда было проведено 13 обучающих курсов, 4 курса по особенностям хирургической техники при выполнении перкутанных, робот-ассистированных и лапароскопических операций. Своими секретами выполнения этих вмешательств поделились такие известные урологи, как Peter Alken, Olivier Traxer, Jean de la Rosette. Впервые состоялась сессия International Young Urologists Association, в рамках которой профессора M. Desai, M. Marberger, R.A. Santucci, J.M. Fitzpatrick и др. прочли лекции по различным вопросам урологии.

Под руководством научного секретаря Конгресса проф. H. Van Roppel было отобрано более 150 тезисов для представления на постерных и подиумных сессиях, эти работы освещали все области современной урологии.

Местный организационный комитет очень умело дополнил научную часть Конгресса культурной программой с японским колоритом. Участники могли посмотреть выступления традиционного японского театра Кабуки (рис. 1) и прекрасных гейш, насладиться игрой на барабанах, примерить традиционное японское кимоно и сделать оригами.

Российские урологи приняли участие в Конгрессе в относительно новом качестве –

видеожурналистов. Сотрудники ФГБУ «НИИ урологии» (Москва) подготовили и провели видеосъемку с ведущими урологами мира. В их числе – бывший и нынешний президенты SIU J. Thuroff и M. Desai, которые рассказали о целях и задачах Общества, а также об особенностях урологической службы в Германии и Индии соответственно. Очень интересное интервью дал проф. H. Van Roppel о современных возможностях обучения, которые предоставляет Европейская ассоциация урологов. Огромное впечатление произвело интервью с одним из самых известных урологов – M. Marberger, который рассказал о перспективах мировой урологии, стратегии ее развития. Очень интересным оказалось общение с организатором Конгресса – японским профессором Seiji Naito, который не только охарактеризовал прошедшее мероприятие в цифрах и фактах, но и рассказал о жизни японских урологов и простых японцев (рис. 2). Видеосерию интервью, так же как и видеосъемку о конференции, можно увидеть на сайте Uro.TV.

Научная программа Конгресса была очень насыщенной, основное внимание в ней было уделено вопросам лечения онкоурологических заболеваний. Однако, помимо этого, также весьма широко освещались вопросы андрологии и репродукции человека.

Тестостерон и предстательная железа

Проф. Hisamitsu Ide развил дискуссию о том, почему риск развития РПЖ увеличивается с возрастом, в то время как уровень тестостерона с возрастом падает. Этот факт заставляет нас пересмотреть свои знания о гормональной зависимости опухолей предстательной железы. Более того, несколько проведенных ранее исследований позволяют предположить, что снижение уровня тестостерона приводит к ускорению прогрессии РПЖ. Проведенный регрессионный анализ оценки риска положительной биопсии в зависимости от уровня тестостерона не показал значимой корреляции этих параметров.

Причины данных результатов объяснил проф. Jewett из Университета Торонто. Так, с возрастом в организме человека усиливаются процессы перекисного окисления с усилением оксидативного стресса и активацией RhoA-киназного механизма. Вследствие этого увеличивается интенсивность оксидативного мутагенеза и нарушений восстановления ДНК. В данной ситуации невозможен запуск ROS-индуцированного апоптоза по причине нарушенного ответа со стороны поврежденной ДНК. С течением времени накапливаются повреждения ДНК, и происходит образование опухоли. Тестостерон же позволяет снизить уровень повреждения ДНК, индуцированного оксидативным стрессом, и активировать процессы апоптоза. Таким образом, андроген-зависимая сигнальная система может обладать онкосупрессивным эффектом через активацию апоптоза.

По результатам освещенных проспективных исследований было опровергнуто утверждение



Рис. 1. Японский колорит



Рис. 2. Интервью с японским профессором Seiji Naito – председателем местного комитета Конгресса

о том, что тестостерон вызывает рост злокачественных клеток в предстательной железе. Несмотря на это, низкий уровень сывороточного тестостерона не защищает от развития РПЖ. Тем не менее низкий уровень тестостерона ассоциируется с более агрессивными формами рака простаты. Нет ассоциации между уровнем сывороточного тестостерона и риском РПЖ. Гормональная заместительная терапия тестостероном не увеличивает риск развития РПЖ у пациентов с простатической интраэпителиальной неоплазией.

Болезнь Пейрони

На Конгрессе был приведен обзор множества исследований применения лучевой терапии у пациентов с болезнью Пейрони. Изучались исследования, проведенные на протяжении 40 лет. Несмотря на то, что это были недостаточно спланированные, небольшие исследования с гетерогенной популяцией участников, общий вывод таков: применять лучевую терапию для лечения пациентов с болезнью Пейрони нецелесообразно.

Также были доложены результаты хирургического лечения болезни Пейрони с использованием 2-сантиметрового разреза в пеноскротальном углу без скальпирования полового члена. Использование пеноскротального доступа в сочетании с применением 16-точечной техники по Лу позволяет избежать широкого раскрытия тканей полового члена и приводит к отличным результатам.

Секс и смерть

Помимо привычных тем для обсуждения, некоторые докладчики приводили результаты очень интересных и необычных исследований. Так, был проведен анализ 250 случаев разрыва внутричерепных сосудистых аневризм, в котором исследовалась причинно-следственная связь между различными событиями и вероятностью разрыва гематомы. После проведения анализа выяснилось, что самая высокая вероятность разрыва аневризмы наблюдается при половом акте (отношение рисков = 11,2) и при испуге (отношение рисков = 23,3). Таким образом, при внебрачном половом контакте и наличии аневризмы сосудов головного мозга вероятность разрыва аневризмы и последующей смерти крайне высока.

Мужское бесплодие

В ходе Конгресса были доложены результаты варикоцелэктомии у пациентов с гипогонадизмом. При ретроспективном анализе 272 случаев нормогонадотропного гипогонадизма (уровень тестостерона менее 400 нг/дл) после проведения операции по поводу варикоцеле отмечено повышение уровня тестостерона у пациентов всех возрастных категорий. Данный факт может быть дополнительной причиной для выполнения варикоцелэктомии у пациентов с бесплодием.

Большой интерес вызвали результаты многоцентрового исследования по оптимизации сперматогенеза у пациентов с необструктивной азооспермией перед забором сперматозоидов методом MD-TESE. В ходе

исследования было обследовано 612 пациентов с необструктивным бесплодием после неудачных попыток забора сперматозоидов. Перед повторной MD-TESE 496 из них на первом этапе получали кломифена цитрат, затем, в случае отсутствия эффекта, пациентам назначался хорионический гонадотропин человека в сочетании с человеческим менопаузальным гонадотропином до повышения уровня фолликулостимулирующего гормона в 1,5 раза и повышения уровня тестостерона до 600–800 нг/дл.

У 10,9 % пролеченных пациентов в эякуляте появились сперматозоиды (средняя концентрация – 2,3 млн/мл). Успешность повторного MD-TESE у пациентов опытной группы составила 57 % против 33,6 % в контрольной группе. Однако, безусловно, применение гормональной подготовки будет безрезультатным у пациентов с гипогонадотропным гипогонадизмом.

Новое эякуляторное расстройство

Проф. Hiroshi Okada из госпиталя Koshigaya сделал доклад о возникновении на территории Японии нового эякуляторного расстройства. Его суть заключается в следующем: во время мастурбации пациент не испытывает никакого дискомфорта и происходит нормальная эякуляция. Однако во время проведения полового акта у пациента случается преждевременная (что вполне объяснимо) и одновременно ретроградная эякуляция. Среди пациентов, обратившихся по поводу бесплодия, у 19,3 % было обнаружено данное эякуляторное расстройство (ретроградная эякуляция именно во время полового акта, но не во время мастурбации).

Также проф. Okada предложил методику созревания сперматозоидов *in vitro* у пациентов с нарушением созревания по данным биопсии яичка. Однако исследования подобного метода пока были проведены только на животных, но анализ предварительных результатов выглядит весьма многообещающе.

Эректильная функция после лечения РПЖ

Эту проблему подробно осветил проф. Shin-ichi Hisasue. В его докладе отмечалось, что основными факторами прогноза эректильной функции после радикального лечения РПЖ являются возраст пациента, нервосберегающий характер операции и состояние эректильной функции до вмешательства. Также очень важную роль в сохранении эректильной функции играет распределение нервных пучков на поверхности предстательной железы. Также профессор показал, что большая часть негативных оценок пациентов после оперативного лечения РПЖ связана с завышенными ожиданиями. Результаты проведенного рандомизированного клинического исследования поздних осложнений лапароскопической и робот-ассистированной простатэктомии (РАЛПЭ) показал, что уровень успешных половых контактов через 12 мес у пациентов, перенесших РАЛПЭ, был достоверно выше (77 % против 32 %). Однако проспективное исследование, сравнивающее позадилодную радикальную простатэктомию и РАЛПЭ, показало обратные результаты.

Невозможно в рамках одной статьи осветить все интересные доклады и выступления, так же как невозможно описать потрясающую красоту и самобытность Японии. Чтобы прочувствовать национальный колорит, который был присущ всему мероприятию, надо обязательно приехать в Японию и окунуться в море вежливости, улыбок, предупредительности, гостеприимства и потрясающего трудолюбия.

Новый взгляд на ангиомиолипому почки

«Ангиомиолипома почки: настоящее и будущее» – под таким названием прошел сателлитный симпозиум компании «Новартис», состоявшийся в рамках VII Конгресса РООУ. Новая волна интереса к этому виду опухоли связана с недавно полученными данными о молекулярно-генетических особенностях ее развития. О современном состоянии проблемы рассказали ведущие специалисты в области онкоурологии, патологической анатомии и лучевой диагностики.

Ангиомиолипома (АМЛ), как известно, является самой распространенной доброкачественной опухолью почек, которая встречается у женщин примерно в 4 раза чаще, чем у мужчин. Отмечены случаи стремительного роста опухоли при беременности, что косвенно свидетельствует о гормональной зависимости от эстрогенов. Само название «ангиомиолипома» отражает мезенхимальную природу опухоли, сочетающей в себе 3 тканевых ростка: жировой, гладкомышечный и сосудистый. Именно наличие жирового компонента в большинстве случаев позволяет отличить АМЛ от злокачественных опухолей почки по данным методов визуализации.

Был отмечен многоликий характер почечных АМЛ. Известны случаи атипичного течения заболевания с появлением признаков злокачественности, поражением регионарных лимфатических узлов, развитием опухолевого тромбоза нижней полой вены. Подобные наблюдения являются предметом многочисленных споров, так как АМЛ считается доброкачественной опухолью. Ранее АМЛ относили к гамартомам, сейчас они входят в класс периваскулярных эпителиоидных опухолей (ПЭКом).

Проф. Ирина Николаевна Соколова посвятила свой доклад 100-летию со дня первого описания АМЛ W. Fischer в 1902 г. В своем докладе профессор рассказала о различных видах АМЛ: типичной, а также о видах с преобладанием жировой или гладкомышеч-

ной ткани. Особый акцент был сделан на эпителиоидном типе АМЛ, не содержащем жировой ткани и ассоциированном со злокачественным течением. АМЛ – гипervasкулярная опухоль, в которой описывают до 5 видов измененных сосудов со слабой сосудистой стенкой, что является причиной спонтанных разрывов крупных АМЛ.

В рамках симпозиума отдельное внимание было уделено АМЛ, ассоциированным с туберозным склерозом (ТС), или болезнью Бурневилля–Прингла. По данным статистики, около 80 % АМЛ встречаются спорадически, остальные 20 % ассоциированы с наследственным заболеванием – ТС. Классической триадой ТС являются эпилепсия, умственная отсталость и ангиофибромы. АМЛ почек при ТС, как правило, множественные, поражают обе почки, вызывают симптоматику и могут в редких случаях сочетаться с почечно-клеточным раком. Следует отметить также молодой возраст этой категории пациентов, болезнь манифестирует в возрасте от 20 до 40 лет.

О современном понимании молекулярно-генетических механизмов развития АМЛ при болезни Бурневилля–Прингла подробно говорил проф. А.З. Винаров. ТС наследуется по аутосомно-доминантному типу. Большинство случаев заболевания (80 %) является следствием мутации *de novo*. Развитие ТС определяется двумя генами, локализованными на 9-й и 16-й хромосомах: ген ТС 1-го типа – *TSC1*, кодирует белок гамартин, ген ТС 2-го типа – *TSC2*, кодирует белок туберин. **Гены ТС в норме подавляют активность mTOR. Мутации в одном или обоих генах с утратой функции генов приводят к патологической активации киназы mTOR.** Причем мутации генов *TSC* определяются во всех 3 структурных компонентах АМЛ. Результатом этого является неконтролируемая активность mTOR, приводящая к росту и пролиферации клеток и образованию АМЛ.

О хирургическом лечении АМЛ почек рассказала к.м.н. М.И. Волкова. Так, опухоли размерами более 5 см подлежат хирургиче-

скому лечению, так как несут в себе опасность спонтанного разрыва с развитием массивного забрюшинного кровотечения. При АМЛ менее 5 см рекомендуется наблюдательная тактика. При планировании хирургического лечения предпочтение отдается органосохраняющей тактике. Нефрэктомия – вынужденная мера при невозможности выполнения резекции. Не могут быть оперированы с сохранением почечной функции 13 % кандидатов для хирургического лечения (преимущественно больные ТС). «У таких пациентов наблюдение может быть вынужденным!» – обращает внимание М.И. Волкова. Суперселективная ангиоэмболизация должна применяться преимущественно при наличии противопоказаний к хирургическому лечению или как экстренная мера при кровотечении. Также возможна эмболизация крупных опухолей на первом этапе для подготовки больных к хирургическому лечению.

Особый интерес аудитории вызвал доклад проф. В.Б. Матвеева, посвященный прорыву в лекарственном лечении АМЛ. Уже хорошо известный онкоурологом в лечении метастатического рака почки пероральный таргетный препарат из группы ингибиторов mTOR – эверолимус показал преимущество по сравнению с плацебо в исследованиях II и III фазы у пациентов с АМЛ на фоне ТС.

По данным исследования II фазы, оценивавшего эффективность эверолимуса у больных ТС и АМЛ почек, было получено уменьшение объема АМЛ приблизительно на 40–50 % на фоне терапии эверолимусом в течение 12 мес.

Не было получено достоверных различий в степени уменьшения объема АМЛ и переносимости препарата в зависимости от доз и режима (ежедневный/еженедельный) приема препарата, что, возможно, требует дальнейших исследований по индивидуальному подбору дозировок.

Результаты данного исследования легли в основу плацебо-контролируемого исследования III фазы EXIST-2. **Частота ответов со стороны АМЛ была достоверно выше в группе эверолимуса (33 % и 0 % соответственно).** Терапия эверолимусом обеспечивала клинически и статистически значимое улучшение со стороны вторичных конечных точек исследования (время до прогрессирования АМЛ, частота ответов со стороны кожных очагов). Наблюдался удовлетворительный профиль переносимости с преимущественными явлениями токсичности I–II степени.

Был также выполнен анализ мутаций *TSC1/TSC2*. У 84 % (98/116) пациентов обнаруживались мутации, причем мутация *TSC2* встречалась чаще, чем мутация *TSC1*. **Ответ на эверолимус наблюдался вне зависимости от генотипа.**

Таким образом, понимание молекулярно-генетических особенностей развития АМЛ дало возможность направленного воздействия на заболевание, блокируя дерегуляцию mTOR. Эверолимус является возможной альтернативой хирургическому лечению больных АМЛ почек на фоне ТС.

Материал подготовила Анна Маркова

Статьи в данной рубрике публикуются при финансовой поддержке ООО «Новартис Фарма» (Россия) в соответствии с внутренней политикой общества и действующим законодательством Российской Федерации. ООО «Новартис Фарма», его работники либо представители не принимали участия в подготовке и выборе публикуемых статей, не несут ответственности за содержание статей, а также не несут ответственности за любые возможные отношения к публикуемым в настоящей рубрике статьям доверенности либо финансовые соглашения с любыми третьими лицами. Мнение ООО «Новартис Фарма» может отличаться от мнения авторов статей и редакции.

59594/ONCO/Article/1.17.3000

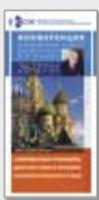


Агентство «АБВ-экспо» – профессиональный организатор медицинских деловых и научных мероприятий

www.abvexpo.ru

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕЖДУНАРОДНЫХ КОНГРЕССОВ, КОНФЕРЕНЦИЙ, ЭКСПЕРТНЫХ СОВЕТОВ, КРУГЛЫХ СТОЛОВ, ВЫСТАВОК, ОНЛАЙН-ТРАНСЛЯЦИЙ, ВЕБИНАРОВ И ВЕБКАСТОВ

- Техническое сопровождение
- Работа с участниками
- Сопровождение мероприятия
- Информационная поддержка
- Аутсорсинговое обслуживание



НАШИ КЛИЕНТЫ



Контакты: тел./факс: +7 (495) 988-89-92; e-mail: info@abvexpo.ru

АФИНИТОР® — первый ингибитор mTOR* для применения у взрослых пациентов с ангиомиолипомой почки, ассоциированной с туберозным склерозом, не требующей немедленного хирургического вмешательства.

Влияйте на причину. Цельтесь в mTOR*



59625/AFI (TSC-AML)/AS/10.12/3000

АФИНИТОР® — действенная альтернатива хирургическому лечению у пациентов с ангиомиолипомой почки, ассоциированной с туберозным склерозом.

* mTOR = mammalian target of rapamycin = Мишень рапамицина млекопитающих

Краткое описание АФИНИТОР®/AFINITOR®

Регистрационные удостоверения: Афинитор 2,5 мг ЛП-001690 от 03.05.2012, Афинитор 5 мг, 10 мг ЛСР-002260/10 от 18.03.2010.

Лекарственная форма. Эверолимус. Таблетки 2,5 мг, 5 мг, 10 мг.

Показания. Распространенный и/или метастатический почечно-клеточный рак при неэффективности антиангиогенной терапии. Распространенный и/или метастатический нейроэндокринные опухоли желудочно-кишечного тракта, легкого и поджелудочной железы. Гормонозависимый распространенный рак молочной железы у пациенток в постменопаузе, в комбинации с ингибитором ароматазы, после предшествующей эндокринной терапии. Субэпендимальные гигантоклеточные астроцитомы, ассоциированные с туберозным склерозом, у пациентов в возрасте старше 3-х лет при невозможности выполнения хирургической резекции опухоли. Ангиомиолипома почки, ассоциированная с туберозным склерозом, не требующая немедленного хирургического вмешательства.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ. Препарат Афинитор® следует принимать внутрь один раз в день ежедневно в одно и то же время (предпочтительно утром) натощак или после приема небольшого количества пищи. Распространенный и/или метастатический почечно-клеточный рак при неэффективности антиангиогенной терапии; распространенные и/или метастатические нейроэндокринные опухоли (НЭО) желудочно-кишечного тракта, легкого и поджелудочной железы, гормонозависимый распространенный рак молочной железы (РМЖ), ангиомиолипома (АМЛ) почки, не требующая немедленного хирургического вмешательства, у пациентов с туберозным склерозом (ТС). Препарат принимают по 10 мг один раз в сутки ежедневно.

Субэпендимальные гигантоклеточные астроцитомы (СЭГА), ассоциированные с туберозным склерозом, у пациентов в возрасте старше 3-х лет при невозможности выполнения хирургической резекции опухоли. Рекомендуемая начальная доза зависит от площади поверхности тела пациента (ППТ). ППТ от 0,5 м² до 1,2 м² рекомендуемая доза — 2,5 мг, ППТ от 1,3 м² до 2,1 м² — 5 мг, ППТ ≥ 2,2 м² — 7,5 мг. Концентрацию эверолимуса в крови следует оценить приблизительно через 2 недели после начала лечения или в случае совместного назначения с ингибиторами изофермента CYP3A4 и ингибиторами P-гликопротеина (P-ГП-насоса), так же в случае изменений функции печени. Минимальная терапевтическая концентрация препарата в крови должна находиться в диапазоне 3-15 нг/мл.

Необходима коррекция дозы эверолимуса при приеме одновременно с умеренными ингибиторами изофермента CYP3A4 и P-гликопротеина (P-ГП-насоса), а также мощными индукторами CYP3A4, вследствие возможности развития побочных эффектов (нейнфекционного пневмонита, стоматита, не-гематологической токсичности). Печеночная недостаточность: При раке почки, НЭО, РМЖ, АМЛ почки, ассоциированной с ТС: рекомендуемая доза составляет 7,5 мг в день у больных с нарушениями функции печени класса А по классификации Чайлд-Пью; 2,5 мг в день - нарушение функции печени класса В по классификации Чайлд-Пью, прием не рекомендован у больных с нарушением функции печени класса С, в случаях когда возможная польза превышает риск, возможен прием эверолимуса в максимальной дозе 2,5 мг в день. При СЭГА: пациенты в возрасте < 18 лет не рекомендовано, пациентам в возрасте ≥ 18 лет: нарушение функции печени класса А: рекомендуемая доза 75% от дозы рассчитанной по площади поверхности тела. При нарушении функции печени класса В: рекомендуемая доза 25% от дозы рассчитанной по площади поверхности тела. У больных с СЭГА с нарушениями функции печени тяжелой степени (класс С по классификации Чайлд-Пью) препарат не рекомендован.

Противопоказания. Повышенная чувствительность к эверолимусу, другим производным рапамицина или любому из вспомогательных компонентов препарата. Выраженные на-

рушения функции печени у пациентов старше 18 лет с субэпендимальными гигантоклеточными астроцитомами (класс С по классификации Чайлд-Пью) и нарушения функции печени (класс А, В, С по классификации Чайлд-Пью) у пациентов до 18 лет с субэпендимальными гигантоклеточными астроцитомами. Беременность и период кормления грудью. Возраст до 3-х лет (субэпендимальные гигантоклеточные астроцитомы) до 18 лет (по остальным показаниям). Непереносимость лактозы, тяжелая лактазная недостаточность или глюкозо-галактозная мальабсорбция. Следует избегать одновременного применения эверолимуса с мощными индукторами изофермента CYP3A4 или индукторами P-гликопротеина (P-ГП-насоса).

Предосторожности. При применении Афинитора отмечались случаи развития нейнфекционного пневмонита (включая интерстициальную болезнь легких) иногда тяжелого течения, редко со смертельным исходом. Нейнфекционный пневмонит следует заподозрить при развитии неспецифических проявлений (гипоксия, плевральный выпот, кашель или одышка) и при исключении с помощью соответствующих диагностических исследований инфекционной, опухолевой и других причин таких проявлений. Развитие пневмонита может потребовать назначения глюкокортикостероидов и изменения дозы Афинитора. Так как Афинитор обладает иммуносупрессивной активностью на фоне приема возможно возникновение местных или системных бактериальных, грибковых, вирусных инфекций (в т.ч. пневмонии, аспергиллеза или кандидоза, реактивации гепатита В) в некоторых случаях тяжелого течения, иногда со смертельным исходом. Пациентам с инфекциями перед назначением препарата Афинитор® следует провести надлежащее лечение. Следует проявлять осторожность к возникновению симптомов инфекции на фоне приема Афинитора. При установлении диагноза глубокого микоза необходимо прервать лечение Афинитором и назначить соответствующее лечение. Возможно развитие реакций гиперчувствительности к эверолимусу. При появлении воспаления и изъязвлений слизистой оболочки ротовой полости, стоматита следует назначить местное лечение и не использовать средства гигиены, содержащие алкоголь или перексид, также может потребоваться изменение дозы Афинитора, прерывание лечения или отмена терапии. Отмечались случаи развития почечной недостаточности (некоторые с фатальным исходом) на фоне лечения Афинитором. До начала и в процессе терапии необходим периодический контроль показателей функции почек, уровня глюкозы, количества клеток крови. Следует избегать использования живых вакцин. Женщинам детородного возраста необходимо применять высокоэффективные методы контрацепции во время и в течение 8 недель после окончания лечения. Препарат оказывает влияние на мужскую фертильность.

Взаимодействия. Не применять с сильными ингибиторами изофермента CYP3A4 или ингибиторами P-ГП (в т.ч. кетоконазолом, итраконазолом, ритонавиром, телитромицином). С осторожностью назначать одновременно с ингибиторами изофермента CYP3A4 и/или P-ГП средней активности (в т.ч. эритромицином, верапамилом, дилтиаземом, флуконазолом, циклоспорином, ампренавиром, фосампреновиром, апрепитантом), при одновременном применении с данными препаратами требуется снижение дозы Афинитора. Не назначать одновременно с сильными индукторами изофермента CYP3A4 или P-ГП (в т.ч. рифампицином, пифабутиним); карбамазепином, фенобарбиталом, фенитоином, ефавирензом, невирапином, дексаметазоном, преднизолоном, преднизолоном, со зверобоем. Избегать одновременного приема препарата с грейпфрутовым соком, грейпфрутом и любой пищей, влияющей на изофермент CYP3A4 или P-ГП. Следует соблюдать осторожность при

совместном применении Афинитора и субстратов CYP3A4 для перорального применения с узким терапевтическим индексом.

Побочное действие. При раке почки, НЭО, РМЖ: Очень часто (≥10%): инфекции, снижение аппетита, изменение вкусовых ощущений, головная боль, кашель, пневмонит, носовые кровотечения, одышка, стоматит, диарея, тошнота, рвота, сыпь, сухость кожи, зуд, поражение ногтей, повышенная утомляемость, астения, воспаление слизистых оболочек, периферические отеки, повышение температуры тела, снижение веса. Часто (≥1 до <10%): сахарный диабет, декомпенсация сахарного диабета, дегидратация, бессонница, повышение АД, геморрагии, легочная эмболия, кровохарканье, сухость во рту, диспепсия, дисфагия, боли во рту, боли в животе, угревая сыпь, ладонно-подмышечный синдром, эритема, артралгия, протеинурия, почечная недостаточность, учащенное мочеиспускание в дневное время суток, боль в груди. Нечасто (<1%): истинная эритроцитарная аплазия, впервые выявленный сахарный диабет, утрата вкусовой чувствительности, застойная сердечная недостаточность, тромбоз глубоких вен, острый респираторный дистресс-синдром, медленное заживление ран. Отмечены случаи реактивации вирусного гепатита В и аменореи (в том числе вторичной). При АМЛ почки, ассоциированной с ТС: Очень часто (≥10%): анемия, лейкопения, гиперхолестеринемия, стоматит, тошнота, угревая сыпь, слабость, повышение уровня ЛДГ. Часто (≥1 до <10%): инфекции мочевыводящих путей, синусит, инфекции верхних дыхательных путей, тромбоцитопения, реакции гиперчувствительности, гипофосфатемия, гиперлипидемия, снижение аппетита, дефицит железа, головная боль, нарушение (исчезновение) вкусовой чувствительности, кашель, носовые кровотечения, пневмонит, диарея, рвота, боль в животе, метеоризм, акнеформный дерматит, сухость кожи, образование папул, острая почечная недостаточность, аменорея, нерегулярность менструального цикла, метроррагия, вагинальные кровотечения, задержки менструальных выделений. При СЭГА: Очень часто (≥10%): синусит, воспаление подкожной клетчатки, гастроэнтерит, фарингит, наружный отит, инфекции кожных покровов, опоясывающий лишай, фурункулез, желудочные инфекции, инфекции мочевыводящих путей, назофарингит, конъюнктивит, гипертриглицеридемия, стоматит, диарея, акнеформный дерматит, угревая сыпь. Часто (≥1 до <10%): инфекции верхних дыхательных путей, пневмония, отит среднего уха, вирусный гастроэнтерит, нейтропения, анемия, гиперхолестеринемия, агрессия, бессонница, судороги, кашель, носовые кровотечения, пневмонит, боль в ротовой полости, сыпь, аменорея, нерегулярный менструальный цикл, слабость, раздражительность, повышение температуры тела, нарушение походки, повышение концентрации холестерина в крови, повышение концентрации ЛПНП в крови, снижение уровня нейтрофилов в крови, повышение уровня ТТГ в крови, абсцесс конечностей, вирусный бронхит, воспаление глотки, гастрит, рвота, беспокойство, протеинурия, снижение уровня иммуноглобулина G. В клинических исследованиях отмечались изменения гематологических показателей и показателей биохимического анализа крови.

Формы выпуска. Таблетки по 2,5 мг. По 10 таблеток в блистере. По 3 блистера вместе с инструкцией по применению в картонной упаковке. Таблетки по 5 мг и 10 мг. По 10 таблеток в блистере. По 3, 6 или 9 блистеров вместе с инструкцией по применению в картонной упаковке.

Примечание для врачей. Перед назначением препарата, пожалуйста, прочитайте также инструкцию по медицинскому применению. «НОВАРТИС ФАРМА АГ», ПРОИЗВЕДЕНО «НОВАРТИС ФАРМА ШТЕЙН АГ» ШВЕЙЦАРИЯ

ЛИТЕРАТУРА:

1. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Афинитор® ЛП — 001690 от 03-05-2012
2. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Афинитор® ЛСР 002260/10 от 13.06.12

NOVARTIS

ООО «Новartis Фарма», 115035,
Москва, ул. Садовническая, 82, стр.2
тел. +7 (495) 967 1270, факс +7 (495) 967 1268
www.novartis.ru

АФИНИТОР®
(эверолимус) Таблетки
Влияйте на причину. Оцените результат.

Новые лекарственные препараты в терапии рака предстательной железы, резистентного к кастрации



Александр Константинович Носов

К.м.н., зав. хирургическим онкоурологическим отделением НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, ст. науч. сотр.

nakuro@yandex.ru

В лечении больных метастатическим раком предстательной железы (РПЖ) основное место занимает гормонотерапия, с помощью которой удается достичь лечебного эффекта у 80% пациентов. Однако у всех этих больных рано или поздно наступает прогрессирование, но уже в форме гормонорезистентного РПЖ (ГРРПЖ). В настоящее время эффективность схем химиотерапии ГРРПЖ остается низкой.

До недавнего времени ни один из методов лечения не увеличивал продолжительность жизни больных ГРРПЖ. Повторное назначение антиандрогенов, эстрогенов, химиотерапия на основе митоксантрона, местная или системная лучевая терапия давали лишь симптоматический эффект и применялись в качестве паллиативной помощи. Ситуация изменилась в 2005 г., когда были опубликованы результаты двух рандомизированных исследований, SWOG 9916 и TAX 327, в которых впервые было продемонстрировано улучшение показателей общей выживаемости у больных, подвергающихся химиотерапии по поводу ГРРПЖ. Уже в мае 2005 г. терапия доцетакселом была одобрена FDA для применения при метастатическом ГРРПЖ.

Изменились и наши представления о механизмах формирования гормонорезистентности. Это, в свою очередь, способствовало появлению новых групп препаратов, направленных на борьбу с опухолью, устойчивой к гормональному лечению.

Ингибиторы синтеза андрогенов и антагонисты андрогенных рецепторов

Одним из вариантов лечения больных ГРРПЖ может служить 2-я линия гормонотерапии (ГТ), так как в некоторых случаях ГТ оказывает положительный эффект при прогрессировании заболевания после кастрации. В нескольких исследованиях было показано наличие амплификации и повышенной экспрессии андрогенных рецепторов (АР) в ткани простаты у больных РПЖ, резистентных к кастрации. Результаты экспериментов *in vitro* и *in vivo* свидетельствуют о том, что повышенный уровень экспрессии АР приводит к трансформации клеток РПЖ из гормоночувствительных в гормонорезистентные. Высокие уровни АР ассоциируются с изменением эффекта бикалутамида с антагониста АР на агонист АР, а ингибирование АР в моделях ГРРПЖ индуцирует регрессию опухоли. В связи с этим большой интерес представляет разработка ингибиторов выработки экстрагонадных андрогенов и антагонистов АР. К препаратам этой группы относятся абиратерона ацетат и MDV3100. Результаты исследований подтверждают предположение о том, что РПЖ, резистентный к кастрации, остается чувствительным к воздействию на АР и синтез андрогенов.

Абиратерона ацетат блокирует образование тестостерона путем ингибирования CYP17A1 – фермента, также известного как 17 α -гидроксилаза/17,20-лиаза. Этот фермент участвует в образовании ДНЕА

и андростендиона, которые, в свою очередь, могут превращаться в тестостерон.

В исследовании III фазы по оценке эффективности абиратерона у пациентов, резистентных к доцетакселу, было включено 1195 больных метастатическим ГРРПЖ. Пациенты были рандомизированы на 2 группы. В 1-й группе больные получали абиратерон в дозе 1000 мг/сут в комбинации с преднизолоном 5 мг 2 раза/сут. Пациенты 2-й группы получали комбинацию плацебо + преднизолон. Согласно предварительным результатам, в группе терапии абиратероном удалось добиться снижения риска смерти на 35% (HR 0,65; 95% CI 0,54–0,77; $p < 0,0001$), а медиана выживаемости выросла на 36%. Медиана выживаемости в группе терапии абиратероном составила 14,8 мес, а в группе плацебо – 10,9 мес.

Медиана общей выживаемости – 15,8 мес в группе пациентов, получавших абиратерона ацетат с преднизолоном, против 11,2 мес – в группе, получавшей плацебо с преднизолоном ($p < 0,001$). Разница составила 4,6 мес.

Также было выявлено увеличение показателя времени до прогрессирования в группе терапии абиратероном (10,2 мес) по сравнению с группой плацебо (6,6 мес). Частота объективных ответов, оцениваемых по критериям RECIST, составила 14% в группе абиратерона и 2,8% в группе плацебо. Нежелательные явления III/IV степени были отмечены в 55% случаев у пациентов, получавших абиратерон, и в 58% случаев у пациентов, принимавших плацебо.

Абиратерона ацетат в апреле 2011 г. был одобрен FDA для применения у больных метастатическим ГРРПЖ, получавших ранее доцетаксел, **осенью 2011 г. – в странах Евросоюза, в апреле 2012 г. – в Российской Федерации.**

Согласно данным, опубликованным в Клинических рекомендациях Европейской ассоциации урологов, промежуточные результаты исследований позволяют отнести абиратерон к группе препаратов, с которыми связывают будущие успехи терапии больных ГРРПЖ (EAU Guidelines, 2011).

MDV3100 является новым антагонистом АР. Он имеет в 5 раз большее сродство к АР, чем бикалутамид. Он нарушает процесс транслокации АР в ядро и препятствует связыванию АР с ДНК и с белками-коактиваторами. Исследование препарата в настоящее время активно продолжается. Согласно первоначальным результатам, на 12-й неделе лечения отмечено снижение уровня простатического специфического антигена (ПСА) на $\geq 50\%$ у 49% пациентов по сравнению с уровнем ПСА до начала терапии. У 38% больных с измеримыми очагами заболевания был отмечен частичный регресс.

Эстрогены

В последнее время в литературе публикуются данные об участии эстрогенов и рецепторов эстрогенов в процессе опухолевой прогрессии и развития РПЖ. За рубежом наибольшее распространение получил препарат диэтилстильбестрол (DES) – синтетический нестероидный эстроген, который является эффективным препаратом при лечении гормоночувствительного РПЖ. Однако применение его ограничено в связи с высоким риском развития тромбозов. Согласно последним исследованиям положительный эффект от применения DES в виде снижения уровня ПСА достигается в 24–80% случаев, а общая 2-летняя выживаемость составляет 63%. Эстрогеном, применяемым в России, является синестрол.

Ингибиторы неоангиогенеза

Необходимым фактором роста и метастазирования клетки служит обеспечение ее кислородом и питательными веществами, что возможно благодаря неоангиогенезу. Одним из медиаторов неоангиогенеза является сосудистый эндотелиальный фактор роста (VEGF). Отмечено, что у пациентов с метастатическим ГРРПЖ повышенный уровень VEGF в плазме крови связан с плохим прогнозом и прогрессией заболевания. К настоящему времени известно несколько лекарственных препаратов – ингибиторов VEGF. Все они находятся на стадии клинических испытаний.

Одним из таких препаратов является бевацизумаб – человеческое моноклональное антитело, которое блокирует VEGF-A, что приводит к нарушению передачи сигнала рецептором эндотелиального фактора роста и нарушению ангиогенеза. Основными осложнениями терапии являются гипертензия, тромбоз, кровотечения, протеинурия. В клиническом исследовании II фазы, проводимом Группой по изучению рака и лейкемии (CALGB), изучается эффективность комбинации бевацизумаб + доцетаксел + эстрамустин у больных метастатическим ГРРПЖ. Согласно предварительным результатам снижение уровня ПСА отмечено у 81% пациентов, среднее время до прогрессирования составило 9 мес, а медиана выживаемости – 21 мес.

Другим препаратом, воздействующим на VEGF, является афлиберцепт (VEGF-Trap). Он представляет собой белок, состоящий из частей рецепторов VEGFR-1 и VEGFR-2, соединенных с Fc-фрагментом человеческого IgG1. Афлиберцепт взаимодействует с VEGF, действуя в качестве ловушки, и предупреждает его связывание с рецепторами на поверхности клеток.

Вакцины в терапии ГРРПЖ

Другим современным направлением в терапии злокачественных опухолей является иммунотерапия, направленная на реализацию противоопухолевого ответа путем иммунизации организма пациента опухолеспецифичными антигенами.

Вакцина Sipuleucel-T, созданная на основе дендритных клеток, призвана стимулировать Т-клеточный иммунитет против кислой простатической фосфатазы. В исследовании III фазы (IMPaCT), включавшем 500 больных, медиана продолжительности жизни больных в группе вакцинотерапии была на 4,1 мес больше по сравнению с контрольной группой и составила 25,8 и 21,7 мес соответственно. Трехлетняя выживаемость оказалась выше в группе вакцинотерапии и составила 34% по сравнению с 11% в контрольной группе. Полученные данные подтверждают гипотезу о возможной стимуляции иммунной системы с целью получения противоопухолевого ответа.

Другим подходом в иммунотерапии онкологических заболеваний является блокирование CTLA-4 (цитотоксический ассоциированный с Т-лимфоцитами антиген-4), что может способствовать активации и пролиферации опухолеспецифичных Т-клеток, стимулируя при этом также и аутоиммунные реакции в качестве побочного эффекта.

Ипилимумаб – человеческое моноклональное антитело, блокирующее активность CTLA-4. Опубликованы результаты исследования I фазы по оценке эффективности применения ипилимумаба в комбинации с лучевой

терапией у больных метастатическим ГРРПЖ. У 21% больных было отмечено снижение уровня ПСА $> 50\%$ по сравнению с исходным уровнем. У 1 пациента с измеримым очагом заболевания был зафиксирован полный ответ. В настоящий момент данное исследование продолжается.

Ген Bcl-2 – новая мишень терапии ГРРПЖ

Устойчивость к апоптозу является одним из механизмов прогрессии РПЖ и резистентности к терапии. Ген Bcl-2 способствует опухолевой прогрессии, ингибируя апоптоз и тем самым повышая выживаемость опухолевых клеток. Экспрессия Bcl-2 обнаружена в образцах ткани андроген-чувствительного и андроген-резистентного РПЖ. В ходе исследований было показано, что повышенная экспрессия Bcl-2 ассоциируется с развитием андрогенной независимости и устойчивости к терапии.

G3139 (облимерсен) – препарат, блокирующий выработку белка Bcl-2. В настоящее время проводится рандомизированное клиническое исследование II фазы по изучению эффективности применения доцетаксела в сравнении с комбинацией доцетаксел + облимерсен у больных ГРРПЖ. Согласно предварительным результатам комбинация препаратов показала небольшую эффективность на фоне высокой токсичности. Одним из возможных объяснений полученных результатов может являться тот факт, что семейство Bcl-2 включает несколько видов родственных белков. Воздействие на одного из членов данного семейства может быть недостаточным.

С этой точки зрения более перспективным представляется AT-101 – ингибитор антиапоптозных белков семейства Bcl-2, получаемый при переработке семян хлопчатника. В настоящее время проводится клиническое исследование II фазы по оценке эффективности применения комбинации AT-101 + доцетаксел + преднизолон в сравнении с комбинацией доцетаксел + преднизолон у больных ГРРПЖ.

Блокаторы белков теплового шока

Потенциальной мишенью для терапии больных РПЖ могут быть белки теплового шока – шапероны – класс белков, главной функцией которых является восстановление правильной третичной структуры поврежденных белков, а также образование и диссоциация белковых комплексов. Многие шапероны являются белками теплового шока, т. е. белками, экспрессия которых начинается в ответ на рост температуры или другие клеточные стрессы.

Одним из шаперонов, представляющих интерес, является кластерин. Его функции связаны с расщеплением клеточного «мусора» и регуляцией апоптоза. В доклинических моделях РПЖ отмечена связь кластерина с развитием андроген-независимой формы рака простаты.

Препаратом, способным снижать экспрессию кластерина, является OGX-011 (custirsen). В настоящее время проводится клиническое исследование по сравнению эффективности применения доцетаксела и комбинации доцетаксел + OGX-011 у больных метастатическим ГРРПЖ. Согласно предварительным результатам медиана общей выживаемости составила 16,9 мес в группе монотерапии доцетакселом и 27,5 мес в группе доцетаксел + OGX-011.

Окончание на стр. 17 ▶

Видеобуживание – новый метод оценки безопасности чрескожного доступа в чашечно-лоханочную систему



Николай Александрович Григорьев

Д.м.н., профессор кафедры урологии ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

grigorievnikolay@gmail.com

Не секрет, что чрескожная нефролитотрипсия иногда осложняется повреждением органов брюшной полости, в частности ободочной кишки. Вероятность таких осложнений возрастает у пациентов с аномалиями, особенно при подковообразной почке, когда ободочная кишка может располагаться даже позади почки, что, по данным некоторых исследователей, встречается у 15 % этих больных. Совершенно понятно, что вероятность повреждения кишечника у таких пациентов во время чрескожной нефролитотрипсии крайне высока. Особенно важно то, что выявляются эти осложнения поздно, как правило, в послеоперационном периоде, что влечет за собой дополнительные проблемы, необходимость порой обширных операций. В литературе есть описание даже гибели больного в результате повреждения ободочной кишки во время чрескожной нефролитотрипсии.

Некоторые анатомические особенности больных тоже могут быть опасны в отношении возможной травмы кишечника. Столкнувшись с необычной послеоперационной грыжей в поясничной области у одной из наших пациенток, мы поставили перед собой вопрос: нельзя ли найти метод, который бы позволил исключить вероятность повреждения органов, расположенных рядом с почкой, во время чрескожной нефролитотрипсии. Нам представляется, что такой метод найден.

Сегодня уже известна так называемая «всевидающая игла» – устройство для пункции чашечно-лоханочной системы с оптикой, освещением и системой ирригации. Она позволяет визуализировать ткани во время пункции. Впервые это устройство было представлено в виде стендового доклада на 26-м Конгрессе Европейской ассоциации урологов в Вене в 2011 г. Сейчас идет накопление опыта работы с этой иглой. Время покажет, насколько ценной она окажется. Пока же этого непростого с технической точки зрения устройства у нас нет, а необходимость в поиске других методик оценки безопасности пункционного доступа в почку остается. Мы предлагаем методику видеобуживания нефростомического хода

с помощью полуригидного уретероскопа. Эта идея родилась следующим образом.

У 52-летней пациентки, перенесшей 2 года назад открытую пиелолитотомию, диагностирован рецидивный камень правой почки. При осмотре в области послеоперационного рубца выявлено выраженное безболезненное выбухание, которое, со слов больной, появилось через 2 нед после операции. При обследовании оказалось, что это выбухание представляет собой грыжу, в состав которой входят петли кишечника и правый край печени (рис. 1). Было очевидно, что чрескожная нефролитотрипсия в таких условиях может осложниться травмой органов брюшной полости на этапе формирования нефростомического хода. Однако отказываясь от этого малоинвазивного метода лечения мы не стали, но при этом постарались максимально обезопасить больную от возможных осложнений.

Пункцию чашечно-лоханочной системы мы провели под ультразвуковым наведением в максимально безопасной зоне. К сожалению, даже ультразвуковой контроль пункции не дает полной уверенности в безопасности будущего нефростомического хода. Мы предположили, что осмотр нефростомического хода даст больше уверенности в том, что пункционная игла не повредила органы брюшной полости. В случае же выявления повреждения это позволит исключить последующее буживание и усугубление травмы. Те повреждения, которые может причинить клюв уретероскопа вслед за пункционной иглой, будут минимальны, а их ликвидация – скорее всего, консервативной.

По просвету иглы в мочевые пути установлена струна-проводник. Игла удалена. После надсечения кожи скальпелем на струну был надет полуригидный уретероскоп 8–13,5 Ch,

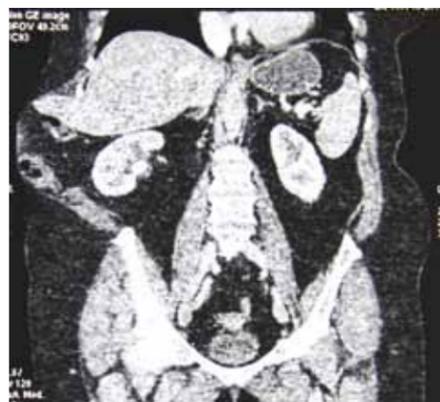


Рис. 1. Компьютерная томограмма, фронтальная реконструкция. Камень правой почки. Боковая грыжа справа, в состав которой входят петли кишечника и правый край печени



Рис. 2. Струна, установленная в мочевые пути, проведена по каналу уретероскопа, который будет выполнять роль бужа

который выполнял роль бужа, но при этом позволял еще и визуализировать структуры забрюшинного пространства (рис. 2). Для адекватной визуализации тканей ирригации в обычном режиме оказалось недостаточно. Требовалось активное введение по каналу инструмента ирригационного раствора при помощи шприца. Были четко прослежены фасция Героты, паранефральная клетчатка (рис. 3). Почечная ткань плохо расправляется током жидкости, и ее осмотр затруднен. Хорошо определяются момент проникновения инструмента в чашечно-лоханочную систему, где был выявлен камень, и мочеточниковый катетер, традиционно устанавливаемый в лоханку перед каждой нефролитотрипсией. В процессе видеобуживания не были зафиксированы необычные и неожиданные эндоскопические картины, что позволило нам

исключить повреждение расположенных рядом с почкой органов во время пункции чашечно-лоханочной системы. При выполнении этого видеобуживания для ирригации потребовалось 300 мл физиологического раствора. На выходе инструмента нефростомический ход может быть осмотрен еще раз, что позволяет более четко визуализировать все уже бужированные структуры (рис. 4).

Предложенный нами метод видеобуживания вполне может быть использован для оценки безопасности создаваемого нефростомического хода в сложных клинических ситуациях, тем более что для его осуществления не нужны никакие дополнительные устройства, поскольку может быть использован традиционный урологический инструментарий.



Рис. 3. Картина с уретероскопа в процессе видеобуживания: видна фасция Героты и переход в паранефральную клетчатку



Рис. 4. Картина с уретероскопа на выведении инструмента из чашечно-лоханочной системы: почечная паренхима

Новое в урологии

Новые лекарственные препараты в терапии рака предстательной железы, резистентного к кастрации

◀ Окончание, начало на стр. 16

Терапия костных метастазов

Важным направлением терапии РПЖ является противодействие метастазированию и купирование симптоматики, обусловленной метастатическим поражением скелета. Бисфосфонаты, ингибирующие костную

резорбцию путем подавления активности остеокластов, являются общепринятым стандартом в лечении костных метастазов РПЖ. Однако в настоящее время разрабатываются новые группы препаратов, целью которых являются опухолевые очаги костной деструкции.

Исследуются и показывают многообещающие результаты в терапии костных метастазов

РПЖ следующие препараты: деносумаб, атразентан, ZD4054, дазатиниб и саракатиниб.

В последние годы создано большое число новых классов лекарственных препаратов, действующих селективно на то или иное звено патогенеза опухоли. Анализ вышеизложенного материала позволяет надеяться, что дальнейшее изучение путей и механизмов

транскрипции, поиск новых молекулярно-генетических маркеров, характеризующих механизм развития опухоли, откроют новые возможности для применения таргетной терапии в лечении ГРПЖ.

Статья написана в соавторстве с **С.Б. Петровым** и **Н.А. Воробьевым**

Встреча на Дальнем Востоке

23–24 августа в Хабаровске состоялся II Международный симпозиум по сексуальной медицине «Встреча на Дальнем Востоке», организаторами которого выступили Министерство здравоохранения Хабаровского края, кафедра урологии и нефрологии Дальневосточного государственного медицинского университета, урологический информационный портал UroWeb.ru, специализированный мужской портал Menclinic.ru.

Организаторы приложили максимум усилий, которые увенчались успехом, – 172 специалиста из разных городов России, Киргизии, Узбекистана, Южной Кореи посетили данное мероприятие. Урологи, гинекологи, эндокринологи, терапевты – все врачи, деятельность которых так или иначе связана с лечением сексуальных дисфункций, – ознакомились с проблемой сексуальных дисфункций и методов ее устранения.

Блестящий профессорско-преподавательский состав не только представил теоретический материал по проблеме, но и продемонстрировал 5 хирургических вмешательств, которые в Хабаровском крае были выполнены впервые: одномоментное удлинение и реимплантация протеза полового члена (операторы – проф. Д.Г. Курбатов, доктор медицины Ким Джин Хонг), проф. А.А. Еркович выполнил 3 операции – имплантацию 3-компонентного фаллоэндопротеза, имплантацию TVT-O при пролапсе гениталий и реконструкцию тазового дна сетчатым имплантатом. Еще одна блестяще выполненная операция – буккальная уретропластика

при протяженной (более 10 см) стриктуре уретры (оператор – проф. Д.Г. Курбатов).

Операции проводились параллельно в двух операционных, для присутствующих в зале была организована прямая трансляция, во время которой оперирующие хирурги комментировали наиболее сложные этапы вмешательства, а сидящие в зале специалисты могли задавать вопросы. Д.м.н. Р.Т. Алиев (Барнаул) и проф. А.Г. Антонов (Хабаровск) виртуозно справлялись и с ролью модераторов операций, и с ролью докладчиков, и с ролью хирургов, продемонстрировав при этом высочайшую хирургическую технику, и с ролью организаторов симпозиума.

В первый день был прочитан небольшой теоретический курс по теме «Комбинированная хирургия уретры и полового члена. Женская тазовая хирургия».

Исключительного содержания доклад, посвященный экстренной помощи при приапизме и остром кавернитите, представил д.м.н. С.К. Яровой (ФГБУ «НИИ урологии», ГБ № 47, Москва). Опыт единственной в Москве экстренной урологической больницы послужил теоретическим и практическим руководством к действию для всех присутствующих.

II Международный симпозиум по сексуальной медицине «Встреча на Дальнем Востоке» посетили 172 специалиста из разных городов России, Киргизии, Узбекистана, Южной Кореи



Вид с реки Амур – памятник губернатору Восточной Сибири Н.Н. Муравьеву-Амурскому. 16 мая 1858 г. Муравьев заключил с Китаем Айгунский трактат, по которому Амур до самого устья стал границей России с Китаем. За заключение этого договора Н.Н. Муравьев получил титул графа Амурского. Его потомок сейчас живет в Санкт-Петербурге

Темой второго доклада, прочитанного С.К. Яровым, стала фитотерапия мочекаменной болезни. Яркое и убедительно докладчик осветил преимущества и недостатки фитотерапии, точки ее приложения – метафилактика нефролитиаза, облегчение самостоятельного отхождения камней

тезной инфекции служит колонизация эндогенной микрофлоры (кожа, слизистая влагалища, кишечник) стафилококками, кишечной палочкой, энтерококками, уропатогенами; продукция микроорганизмами субстанций, увеличивающих проникающую способность; продукция гликокаликса и слизи, образующих биофильм, защищающий от фагоцитов и антибактериальных средств. Реже причиной являются госпитальная микрофлора; инфицированность персонала, хирургического инструментария; резистентность микрофлоры. Особое внимание в докладе было уделено методам профилактики инфекции в урогенитальной хирургии.

и их фрагментов, профилактика инфекционно-воспалительных осложнений. Одним из наиболее эффективных фитопрепаратов является роватинекс (Рова Фармасьютикалз Лтд, Ирландия), что было обосновано обширной доказательной базой как зарубежных, так и ведущих российских урологов.

Зав. андрологическим отделением ФМБА (Москва) П.С. Кызласов с помощью видеодоклада продемонстрировал уникальный опыт лечения пациентов с болезнью Пейрони.

Проф. А.А. Еркович (Новосибирск) посвятил свой доклад инфекциям в урогенитальной хирургии, а именно перипротезной инфекции и путям ее профилактики. В США в генито-уринарной хирургии имплантируется около 30 000 протезов, в России подобной статистики нет. Однако профессор предоставил данные ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России (Новосибирск) за 2011 г. (20 коек урологии и 20 коек гинекологии), где было оставлено 17 пенильных имплантатов, 57 сетчатых имплантатов, 25 субуретральных слингов и 1 искусственный сфинктер. Риск возникновения перипротезной инфекции при данных вмешательствах составляет 1–10%. В большинстве случаев причиной перипро-

Исключительный интерес вызвал доклад к.м.н. Р.М. Курбаналиева из Республиканского научного центра урологии и андрологии (Бишкек, Киргизия), который поделился уникальным опытом лечения пациентов с гермафродитизмом (ГФ) – чрезвычайно редким заболеванием в мире (1 случай на 250 000 населения). В Киргизии проживает 5 млн человек, гипоспадия встречается у 1 из 100–150 новорожденных, ГФ выявлен у 8 новорожденных (ложный – 5 случаев и истинный – 3). В 2010–2012 гг. прооперировано 7 пациентов – 4 с ложным ГФ (возраст 14–26 лет) и 3 с истинным (возраст 9–24 года). Докладчик подробно описал диагностику и этапы хирургического лечения пациентов.

Тему хирургического лечения рака полового члена раскрыл в своем докладе А.Г. Филиппов (Владивосток). Не так часто публикуется статистика относительно редких заболеваний, каким является рак полового члена, – менее 1,0 на 100 тыс. населения. В странах Африки и Латинской Америки заболеваемость достигает 10%, в России 0,5–2%.

Окончание на стр. 19 ▶

Артезин®

ДОКСАВОЗИН

УЛУЧШАЕТ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ДГПЖ И ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

ГАРАНТИРУЕТ БЫСТРОЕ НАСТУПЛЕНИЕ ЭФФЕКТА

ДОКАЗАННО УЛУЧШАЕТ УРОДИНАМИКУ

ОБЛАДАЕТ ВЫСОКИМ ПРОФИЛЕМ БЕЗОПАСНОСТИ

НОРМАЛИЗУЕТ ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ

СНИЖАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ

ОТВЕТСТВЕННЫЕ РЕШЕНИЯ МУЖСКИХ ПРОБЛЕМ

ОАО «ВАЛЕНТА ФАРМ»
119530, Москва, ул. Генерала Дорохова, д. 18, стр. 2
Тел.: (495) 933 60 80. Факс: (495) 933 60 81
PH 001615/01 от 08.08.2008



Первый день работы конференции. Трансляция из операционной

Встреча на Дальнем Востоке

◀ Окончание, начало на стр. 18

От 20 до 50 % пациентов обращаются за медицинской помощью через 1 год и более от начала заболевания, причиной чего является недостаточная информированность пациента, стыд, нежелание обращаться к врачу по поводу интимной проблемы, страх лечения. Средний возраст больных в России – 62,3 года. Автор доклада рассказал о собственном 10-летнем опыте лечения 12 пациентов с этим заболеванием. Опухоль локализовалась в области головки полового члена у 11 больных и на крайней плоти у 1 больного. Размеры опухолей составили от 2 см до 5 см. Учитывая, что основным методом лечения является оперативный метод, все пациенты были прооперированы: резекция головки полового члена – 3, ампутирование полового члена – 7, циркумцизия – 1, паховая лимфаденэктомия – 8 случаев. Гистологическое исследование материала выявило плоскоклеточный рак: с ороговением у 8 больных, без ороговения – у 4 больных; высокодифференцированный рак – у 9, умеренно-дифференцированный – у 2, низкодифференцированный – у 1 больного. По мнению А.Г. Филиппова, проблемы лечения редкой патологии, и в частности рака полового члена, обусловлены недостаточной осведомленностью амбулаторных урологов о встречаемости заболевания. Отсутствие мониторинга и гистологической диагностики в широкой амбулаторной клинической практике говорит о необходимости изменения организационных подходов к ведению таких пациентов. Следует внедрять новые методы пластики полового члена у оперированных пациентов и разрабатывать меры реабилитации пациентов после операции.

Второй день начался с приветствия полномочного представителя Президента РФ в Дальневосточном федеральном округе В.И. Ишаева, мэра г. Хабаровска А.Н. Соколова, представителей Министерства здравоохранения Хабаровского края.

Секцию открыл проф. Д.Г. Курбатов с докладом «Сексуальная медицина – медицина качества жизни», в котором профессор убедительно доказал, что секс является важным фактором в понятии счастья любого человека, приведя в пример многочисленные высказывания великих психологов, врачей, писателей. Из положительных эффектов секса докладчик выделил снижение влияния стресса, уменьшение риска сердечных заболеваний, обезболивающий эффект, снижение веса, улучшение общего состояния, укрепление иммунитета. В докладе были приведены редкие для России цифры,

В ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России (Новосибирск) за 2011 г. (20оек урологии и 20оек гинекологии), где было поставлено 17 пенильных имплантатов, 57 сетчатых имплантатов, 25 субуретральных слингов и 1 искусственный сфинктер. Риск возникновения перипротезной инфекции при данных вмешательствах составляет 1–10 %.

основанные на национальном исследовании сексуального поведения мужчин и женщин. Участники симпозиума узнали, что 88 % опрошенных заявили о проблеме с эрекцией, 86 % – о неспособности удовлетворить партнера. Большинство россиян (72 %) признали, что сексуальные проблемы оказывают серьезное влияние на их эмоциональное состояние. Причинами расстройств сексуальной функции могут быть многочисленные факторы, в том числе различные заболевания. Поэтому диагностика и лечение соматических заболеваний являются залогом сексуального здоровья людей.



Фото на память

Надо отметить, что сексуальной функции и дисфункции при различных заболеваниях было посвящено множество докладов. Так, например, тема эректильной дисфункции (ЭД) у больных сахарным диабетом вызвала интерес у большинства урологов, которые занимаются амбулаторным приемом. По результатам диспансеризации 6,7 млн жителей России в возрасте 35–55 лет сахарный диабет (СД) выявлен у 470 тыс. человек, что составляет 7,1 %. Половая функция нарушена у большей части пациентов с СД в виде снижения либидо, нарушений эрекции, эякуляции, оргазма. У 60–75,5 % пациентов с СД 2-го типа имеет место гипогонадизм, у 10–80 % – диабетическая полинейропатия, которые приводят к атонии мочевого пузыря, ЭД, ретроградной эякуляции. Лечение таких пациентов должно быть комплексным, проводимым на фоне коррекции уровня сахара в крови, – хирургия с медикаментозной поддержкой (тиоктацид, тестостерон, ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5)), что приводит к улучшению состояния в 85–94 % случаев.

Тема эффективности ингибиторов ФДЭ-5 была доминирующей на мероприятии, что неудивительно, – прием препаратов этой группы повышает сексуальную активность пациентов, что проявляется в усилении ригидности полового члена, увеличении длительности коитуса, уменьшении периода рефрактерности, увеличении количества повторных половых актов, пролонгации эякуляции. Все эти положительные качества характерны для нового препарата уденафил

(Зидена). Этот препарат, принимаемый ежедневно, может служить первой линией терапии, направленной на профилактику кавернозного фиброза у пациентов после радикальной простатэктомии. Доказательством может являться исследование, проведенное проф. Л.М. Рапопортом в клинике урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, в котором приняла участие 168 пациентов после радикальной простатэктомии. Возвращение спонтанных эрекций уже через 1,5–2 месяца после операции отметили 70 % пациентов, принимавших уденафил ежедневно.

В докладах особо была отмечена категория пациентов, страдающих доброкачественной гиперплазией предстательной железы, у которых имеется сочетание ЭД и симптомов нижних мочевых путей (СНМП). Такие пациенты ежедневно обращаются к урологам, поэтому докладчиками был сделан акцент на методах лечения. Одной из теорий сочетания СНМП и ЭД является теория атеросклеротического поражения сосудов мочеполовых органов. Хроническая ишемия ведет к фиброзу стромального компонента простаты, атрофии шейки мочевого пузыря и снижению сократительной способности гладкой мускулатуры нижних мочевых путей, что сопровождается развитием ЭД и появле-

нием СНМП. В этой связи оптимальным является применение минимума препаратов при сохранении максимального терапевтического эффекта. Препаратами выбора могут быть сочетание альфа-адреноблокатора (Артезин) и ингибитора ФДЭ-5 (Зидена). Уденафил более безопасен и эффективен, чем другие ингибиторы ФДЭ-5 при комбинировании с альфа-1-адреноблокаторами. А выбор альфа-блокатора должен определяться не только эффективным купированием СНМП, но и наличием дополнительного сосудистого эффекта с целью улучшения кровоснабжения тканей предстательной железы. Доксазозин (Артезин) максимально быстро купирует мочевые симптомы и улучшает кровоснабжение, а также не ухудшает либидо и потенцию.

В рамках симпозиума российские и зарубежные специалисты смогли не только обменяться опытом и новыми идеями, но и вступить в полемику по наиболее актуальным вопросам диагностики и лечения урологической, онкоурологической и сексологической патологии, а также непосредственно принять участие в презентациях известных компаний-производителей оборудования и препаратов в области урологии, андрологии и сексуальной медицины.

Перечислить все доклады и темы, прозвучавшие на мероприятии, невозможно. Выходом в данной ситуации может стать личный приезд на следующий симпозиум по сексуальной медицине, который состоится через год. Информация о мероприятии будет опубликована на UroWeb.ru.

Материал подготовила
В.А. Шадёркина

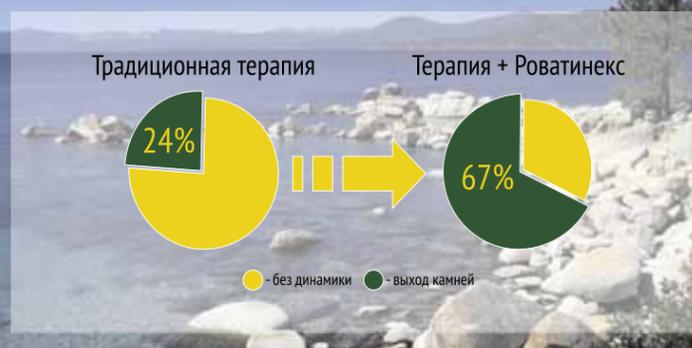
РОВАТИНЕКС

Производитель: Рова Фармасьюткалс Лтд, Ирландия

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

Доказанный литокинетический эффект

При уrolитиазе Роватинекс увеличивает долю пациентов с полным освобождением от камней с 24% до 67%*



*А.В. Сивков, Н.К. Дзеранов и соавт. "Результаты применения препарата Роватинекс у больных уrolитиазом". Журнал "Экспериментальная и клиническая урология" (№4' 2011)

РОВАТИНЕКС назначается взрослым и детям с 6 лет, по 1-2 капс. 3 раза в сутки

Капсулы кишечнорастворимые сферические желатиновые, желтого цвета. Содержание в одной капсуле: анетол (4 мг), борнеол (10 мг), камфен (15 мг), альфа- бета-пинен (31 мг), фенхон (4 мг), цинеол (3 мг). Вспомогательные вещества: масло оливковое.

Показания к применению препарата РОВАТИНЕКС:
- мочекаменная болезнь (нефролитиаз, уrolитиаз)
- профилактика образования камней в почках и мочевыводящих путях

Подробнее на www.rowatinex.ru

Официальный дистрибьютор - ЗАО "Мединторг"
+7 (495) 921-25-15 | www.medintorg.ru

МЕДИНТОРГ
акционерное общество

Памяти учителя

От чего зависит наша судьба?

В детстве – от родителей и близких, которые дарят нам теплоту, заботу и любовь. В юности – от учителей в школе, университете. Но когда-то мы вступаем во взрослую жизнь, сами несем ответственность за жизнь и судьбы других людей, видим перед собой болезнь, глаза пациентов, полные надежды, желающие жить, и... смерть.

Эта ответственность, которая вдруг ложится на наши плечи, плечи молодых людей, становится нелегкой ношей на протяжении всей жизни.

Как важно в начале пути, чтобы кто-то поддержал, ободрил, помог принять правильное решение в сложной ситуации, просто был рядом за спиной, готовый прийти на помощь в нужный момент. Насколько важен человек рядом, кто поймет все переживания, страхи, направит и заставит поверить в себя!

Эти люди – наши учителя, люди – которых мы боготворим, безмерно ценим и уважаем.

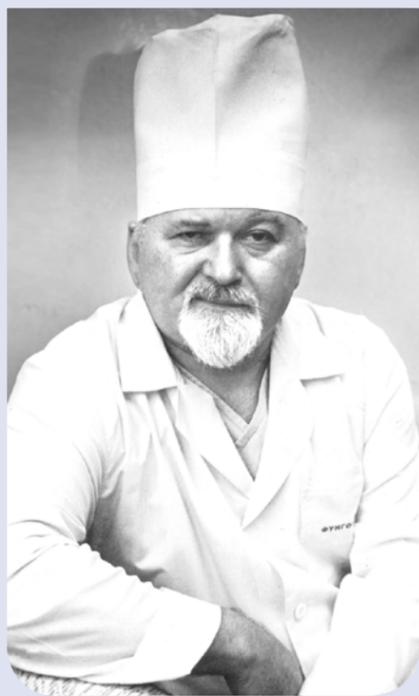
Люди, которым мы благодарны всю нашу жизнь, и память о которых храним в сердце.

Не каждому дано быть учителем, не каждый может отдавать всего себя другим, жертвуя временем, которое мог бы провести с семьей, интересами и своей жизнью ради людей. Это призвание, дар, данный свыше.

Таким человеком был наш Учитель – д.м.н., проф. Сергей Иванович Шкуратов. Настоящий, добрый, строгий, организованный, чуткий и ответственный.

На протяжении 14 лет он руководил отделением урологии Новосибирской областной клинической больницы с коечным фондом 1673 койки, из которых 70 коек приходилось на урологическое отделение.

Этот человек «поставил на ноги» не одно поколение урологов Сибирского региона,



Сергей Иванович Шкуратов родился 16 ноября 1950 г.

1973 г. – окончил Новосибирский государственный медицинский институт.

внес огромный вклад в развитие здравоохранения и своей любимой специальности «урологии» в Новосибирской области. Он никогда не стоял на месте, всегда стремился привнести новое в науку и даже в период тяжелой болезни продолжал работать.

Под его руководством выполнялись исследования, публиковались научные работы, монографии.

Сергей Иванович – человек особой душевной теплоты, который в любое время дня и ночи был готов прийти на помощь в сложной ситуации, не боялся брать ответственность

1973–1974 гг. – окончил интернатуру по хирургии в ЦРБ г. Куйбышева Новосибирской области, а затем 3 года работал в Чумаковской участковой больнице в качестве главного врача.

В 1977 г. поступил в клиническую ординатуру по урологии, после окончания которой в течение 11 лет (с 1979 г.) трудился в НИИ туберкулеза г. Новосибирска.

В 1987 г. успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему «Диагностика и лечение туберкулеза половых органов у мужчин» на базе Московского НИИ туберкулеза.

В 2003 г. защитил докторскую диссертацию «Патогенетические особенности инфравезикальных обструкций и их коррекция с использованием сверхэластичных имплантатов с памятью формы».

С 1991 по 2006 г. работал заведующим урологическим отделением Государственной Новосибирской областной клинической больницы, профессор кафедры урологии Новосибирского государственного медицинского университета.

Д.м.н., проф., академик международной академии имплантологии (SME) Сергей Иванович Шкуратов создал направление в хирургии «Лечение инфравезикальных обструкций в урологии с использованием сверхэластичных имплантатов с памятью формы».

Под его руководством выпущены учебно-методические пособия, монографии для студентов, врачей-интернов, курсантов, врачей-урологов, хирургов: «Способы восстановления проходимости мочеиспускательного канала сверхэластичными имплантами с памятью формы» (2003), «Криоапликация ложа предстательной железы после аденомэктомии» (2004), «Проблемы инфравезикальных обструкций в урологии и пути их преодоления» (2005), «Диагностика и лечение поликистоза почек», «Патогенетические особенности инфравезикальных обструкций и их коррекция с использованием сверхэластичных имплантатов с памятью формы» (2005).

07.12.2011 г. после продолжительной болезни умер отец, муж, учитель.

удавалось бороться со своей болезнью на протяжении нескольких лет.

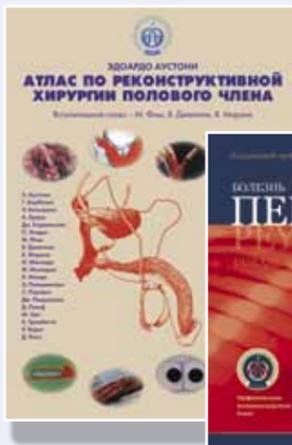
Сергей Иванович умер 07 декабря 2011 г.

Мы все – коллеги, друзья и близкие – помним и любим нашего Учителя! Память о нем, благодарность и теплота навсегда останутся в наших сердцах.

Татьяна Моисеенко, аспирантка кафедры урологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова tnm_79@yahoo.com

«Атлас по реконструктивной хирургии полового члена» и «Болезнь Пейрони» по льготной цене

Коротко



ИД «АБВ-пресс» выпустил уникальные издания – «Атлас по реконструктивной хирургии полового члена» проф. Э. Аустони и книгу под редакцией проф. П.А. Щеплева «Болезнь Пейрони». Впервые они были презентованы на VII Конгрессе Профессиональной ассоциации андрологов России (ПААР).

«Атлас по реконструктивной хирургии полового члена» – первое и всеобъемлющее руководство по генитальной хирургии для урологов, включающее описание более 50 различных реконструктивных операций и множество прекрасных иллюстраций.

Издание будет интересно урологам, андрологам, пластическим хирургам, детским урологам-андрологам. Впервые в России вышла в свет книга «Болезнь Пейрони». В ней систематизированы и классифицированы все методы лечения, включая хирургические. В издании представлено более 100 различных схем, таблиц, рисунков и цветных фотографий.

Тираж книг ограничен! Спешите приобрести уникальные издания по льготной цене: стоимость «Атласа по реконструктивной хирургии полового члена» – 2000 р., книги «Болезнь Пейрони» – 500 р.

Цена комплекта из 2 книг – 2200 р. Стоимость указана без учета доставки! Акция продлится до 31 декабря 2012 г.

Сделать заявку на приобретение Атласа проф. Э. Аустони и книги «Болезнь Пейрони» можно по тел.: +7 (499) 929-96-19 или e-mail: abv@abvpress.ru

Урология сегодня | № 5 (21) 2012

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

РЕДАКЦИЯ
Главный редактор: Камолов Баходур
Шеф-редактор: Шадёркина Виктория
viktoria@urotoday.ru

ВЕРСТКА
Дизайнер-верстальщик: Гончарук Ольга

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

ПЕЧАТЬ
ООО «Графика»
Заказ № 283
Тираж 10 000 экз.

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

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

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

Читайте в следующем номере:

- Актуальные вопросы южнокорейской урологии **В.В. Гордеев**
- Приапизм – тактика ведения пациентов **С.К. Яровой, Р.А. Хромов**
- Изучение репродуктивного потенциала мужчин фертильного возраста в Сибири. Результаты проекта **Н.Н. Кузнецова, А.А. Еркович**
- Хирургическое лечение рака предстательной железы высокого риска **Ю. Толкач, А. Шестаев**