

Новеллы здравоохранения: что ждет врачей и пациентов московской ГКУБ № 47? стр. 5

Первая конференция РООУ в Сибирском федеральном округе стр. 6

Андрология – взгляд в будущее VII Международный Конгресс ПААР стр. 10

Польская ассоциация урологов стр. 13

От редактора



Баходур Камолов

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

kamolov@roou.ru

Уважаемые коллеги!

Урологи во всем мире заслуженно считаются одними из самых прогрессивных и авторитетных специалистов, а урологические сообщества – мощными общественными организациями. Российское общество урологов (РОУ) как национальная ассоциация играет значимую роль для развития российской урологии.

Сможет ли РОУ работать в интересах своих членов, вернет ли свою специальность, станет ли авторитетной организацией не только в России – эти и многие другие вопросы придется решать будущему руководителю организации, выборы которого пройдут на XII Съезде урологов в Москве в сентябре 2012 г.

Такой руководитель должен прийти на основе по-настоящему честных выборов и быть авторитетом для большинства урологов.

РОУ нуждается в лидере, который поможет объединиться всем субспециальностям, вернуть урологии статус самостоятельной специальности, отстаивать интересы членов организации, сохранять и транслировать ценности профессии, нести идеи по развитию сообщества и вести открытый диалог с лидерами других организаций.

Уверен, что «лидер», ставший председателем путем закулисных переговоров, не будет иметь доверия среди коллег, и с ним вряд ли будут считаться в профессиональном сообществе.

К сожалению, нам не раз доводилось слышать мнения о том, что внимание газеты к предстоящим выборам чрезмерно и не совсем уместно, что выборы – это дело правления РОУ, и поэтому не нужно муссировать эту

тему в публикациях. Однако, на наш взгляд, выборы председателя национальной ассоциации урологов – это дело, которое касается всех врачей-урологов, других урологических организаций и всей российской урологии в целом. Поэтому обсуждение предстоящих выборов, возможных кандидатов на пост председателя РОУ и их взглядов на ситуацию – открытые темы, которые необходимо обсуждать всем заинтересованным урологам.

Чтобы понять, кто из коллег-урологов вызывает доверие в профессиональном сообществе, газета провела анонимный опрос среди членов правления и лидеров региональных отделений РОУ (результаты опроса см. ниже). Результаты оказались очень интересными: в первую тройку вошли лидеры, известные в России и за рубежом как специалисты в своих областях, а не как организаторы здравоохранения!

Глубоко убежден и согласен, что руководить профессиональной общественной организацией должен именно специалист, практикующий врач, который осознает ценности профессии и потребности врачей. В конце концов, для выполнения повседневных задач организации можно нанять команду исполнителей. Именно так работают успешные зарубежные и некоторые российские урологические ассоциации.

Анализируя интервью лидеров, мы сделали вывод, что идеи и мнения каждого из них удивительным образом скорее дополняют, а не противоречат друг другу. Надеюсь, что будущий руководитель РОУ учтет все высказанные точки зрения и сумеет привлечь коллег для решения поставленных вопросов, ну а наша редакция, со своей стороны, готова оказывать необходимую информационную поддержку для развития РОУ.

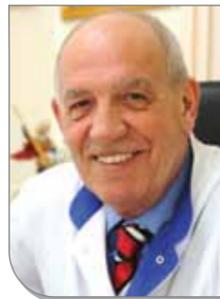
Тема номера

Возвращение урологии. Возможны ли перемены?

Накануне съезда Российского общества урологов (РОУ), на котором состоится выборы руководства, газета «Урология сегодня» провела анонимный опрос среди 82 членов правления РОУ (выборка случайная). Мы попросили респондентов ответить, кого бы они хотели видеть на посту председателя РОУ. Каждый участник опроса мог предложить от 1 до 3 кандидатов. Всего было названо 27 лидеров, за которых было отдано в общей сложности 211 голосов (результаты опроса см. ниже).

Кандидатам из первой десятки рейтинга газета предложила дать интервью, в котором они могут представить свои позиции относительно текущей ситуации в РОУ и ближайших необходимых изменений.

Парадоксальным образом согласились, прежде всего, трое лидеров, возглавляющих рейтинг (О.Б. Лоран – 50 голосов, Д.Ю. Пушкарь – 36, М.И. Коган – 15), и один, вошедший в первую десятку (А.Д. Каприн – 11 голосов). Заметим, что мы не сообщали никому из коллег о том, какое место в рейтинге он занимает, всех проинформировали, что они вошли в общий список названных кандидатов. Большинство фигурантов отказались от интервью, мотивируя тем, что не видят в этом смысла, либо не собираются избираться, либо не считают правильной идею каких-либо предвыборных интервью. Показательно, что кандидаты, вошедшие в тройку лидеров, не зная об этом, проявили себя действительно как лидеры, открыто высказав свои точки зрения на ситуацию. Мы рады представить на страницах газеты их мнения. Из сегодняшней темы номера вы узнаете, с чего лучше начинать перемены в РОУ, зачем восхищаться талантами друг друга и почему нельзя разрывать урологию на куски.



Олег Борисович Лоран

Д.м.н., проф., член-корр. РАМН, зав. кафедрой урологии и хирургической андрологии РМАПО
olegloran@gmail.com

могут обойтись без общих урологов, детские урологи – без онкологов и т. д. Нигде в мире не осуществляется попыток выделить в самостоятельные направления. Разобщение только вредит общему результату, ведь мы лечим человека в целом, а не отдельно взятые симптомы.

Конечно, это не значит, что современный уролог должен быть компетентным во всех направлениях своей специальности, это невозможно. Но, как говорил Н.Н. Бурденко, врачу необходима образованная осведомленность в пограничных дисциплинах.

Одной из причин разобщения я считаю потерю связи и преемственности поколений. То, что сделано нашими предшественниками, учителями, отмечается, молодые специалисты пытаются работать с нуля, не учитывая опыт, накопленный 10-летиями. Еще недавно

От разобщения к объединению

В оценке текущей ситуации я хотел бы отметить, прежде всего, тенденцию к дезинтеграции специальности «урология», которая сегодня наблюдается в нашей стране. Из урологии вычлениаются отдельные направления, которые претендуют на самостоятельность и пытаются идти своим путем, хотя это противоречит самой ее сущности. Все направления в урологии взаимосвязаны, онкологи не

Продолжение на стр. 2

Кого вы готовы видеть на посту председателя РОУ?

В период с 28 марта по 06 июня 2012 г. проводился опрос членов правления РОУ и председателей региональных отделений. Цель опроса: выяснить, кого из лидеров урологии профес-

Результаты голосования (общие)

ФИО кандидата	Голосов
1. Лоран Олег Борисович	50
2. Пушкарь Дмитрий Юрьевич	36
3. Коган Михаил Иосифович	15
4. Глыбочко Петр Геннадиевич	13
5. Камалов Армаис Альбертович	11
6. Каприн Андрей Дмитриевич	11
7. Аполихин Олег Иванович	10
8. Матвеев Всеволод Борисович	8
9. Винаров Андрей Зиновьевич	8
10. Мартов Алексей Георгиевич	6

сиональное сообщество хочет видеть сегодня во главе РОУ.

Участники опроса: члены правления РОУ – 112 человек; председатели региональных отделений



(отдельно) – 52 человека. Каждому участнику предлагалось ответить на вопрос: «Назовите, пожалуйста, одного, двух или трех лидеров урологического сообщества, которых вы хотели бы видеть во главе Российского обще-

Итоги голосования за председателей региональных отделений

ФИО кандидата	Голосов
1. Пушкарь Дмитрий Юрьевич	19
2. Лоран Олег Борисович	16
3. Коган Михаил Иосифович	6
4. Мартов Алексей Георгиевич	5
5. Аполихин Олег Иванович	4
6. Глыбочко Петр Геннадиевич	4
7. Камалов Армаис Альбертович	4
8. Матвеев Всеволод Борисович	3
9. Аляев Юрий Геннадиевич	2
10. Винаров Андрей Зиновьевич	2

ства урологов». Методом случайной выборки опрошено 83 человека (55 % от общего списка). Предложено вариантов ответа – 27. Всего голосов – 211. Результаты голосования представлены ниже.



Возвращение урологии. Возможны ли перемены?

◀ Продолжение, начало на стр. 1

существовало такое понятие как «школа», в него включались не только профессиональные аспекты, но и отношения, ценности, отношение к больным. Сегодня все меньше коллективов, где такие традиции сохраняются.

Тенденция к разделению кажется мне негативной. Поэтому первой и основной задачей РОУ я вижу объединение всех этих направлений под эгидой Общества. Это даст возможность решать проблемы, которые в рамках отдельных направлений решить невозможно.

Расширение границ

Вторая задача РОУ – более активно интегрироваться в международное урологическое сообщество. Чтобы стала понятна текущая ситуация, приведу пример. В Дании работает около 300 урологов и 6–7 из них представляют страну в Европейской ассоциации урологов (EAU), а в России около 7 тысяч урологов и всего 2 (!) человека входят в комитеты EAU.

Не нужно думать, что успехи российской урологии в Европе неизвестны. Так, например, в середине июня этого года в Уфе проходила урологическая школа, в течение 2 дней было выполнено 20 операций, в итоге проф. Вольф Вилланд (директор Клиники урологии г. Регенсбурга, Германия), принимавший участие в работе Школы, высоко оценил хирургические способности наших урологов. Это еще раз говорит о том, что все возможности соответствовать европейским стандартам у нас есть, и их нужно активно использовать.

Я считаю, что российская урология способна занять достойное место в международном сообществе, но пока что этому мешают организационные моменты.

Поднять планку

Третья задача, вытекающая из первых двух, – это обучение и последипломное образование врачей-урологов. Очевидно, что двух лет ординатуры недостаточно для того, чтобы стать профессионалом. Мы давно об этом говорим, система требует изменений.

Конечно, качество подготовки врачей связано, в том числе, с их собственным отношением к профессии. Я знаю немало начинающих урологов, у которых велика потребность расти, совершенствоваться, они сами изыскивают возможности ездить на зарубежные стажировки, школы и семинары. Но, к сожалению, эти люди в меньшинстве. Преобладающая масса молодых специалистов такого рвения не проявляет: их «не загонишь» даже в операционные, где каждый день проходят интереснейшие операции.

Урология во всем мире входит в список 8 основных специальностей в мире. Но не в нашей стране. У нас, наоборот, с недавних пор – это субспециальность. И дело даже не в том, как она называется, а в том, какой смысл в это вкладывается. Кого способна подготовить 2-летняя ординатура? Только ремесленников. Тогда как урология, да и вся медицина, нуждается в специалистах, которые способны заниматься не только рукотворчеством, но и фундаментальной наукой.

Само Общество должно выше поднимать планку профессионализма для своих же коллег. Тогда с нами будет считаться и Минздрав. И со временем будет целесообразно передать РОУ аттестацию и сертификацию врачей, которыми сейчас занимаются комиссии министерства.

Стратегия и тактика

Чтобы Общество справлялось с таким объемом задач, ему, несомненно, нужны сотрудники, которые будут выполнять всю организационную работу. Я 22 года был ученым секретарем РОУ, и мы все делали

сами на голом энтузиазме: готовили съезды, собирали тезисы, составляли сборники докладов, встречали и размещали делегатов. Это отнимает массу времени, сил, и, в конце концов, желание брать на себя какие-то задачи. Стратегические и исполнительные органы должны быть разделены. Общество должно заниматься стратегией развития и наукой. А организация конференций, школ, техническое обеспечение – для этого нужен персонал.

Первые шаги

Что нужно делать в первую очередь? По-моему, договариваться с людьми и организациями, которые так или иначе связаны с вышеописанными задачами. Во-первых, необходимо встретиться с руководителями Российского общества онкоурологов (РООУ) и Профессиональной ассоциации андрологов России (ПААР), выяснить их интересы и приоритеты, договориться о совместной деятельности по развитию названных направлений. Тут все зависит от желания коллег быть вместе.

Второе – обсудить формат сотрудничества с EAU. Третье – обратиться в Минздрав с аргументированным предложением по возвращению урологии статуса основной специальности. И начать решать вопрос со сроками и качеством образования урологов, это компетенция министерства, без их участия изменения невозможны. Я надеюсь, что решение этих вопросов поддержит новый министр здравоохранения Вероника Игоревна Скворцова – она потомственный врач, опытный специалист, и ее позиция близка нашей. Мы со своей стороны должны этому способствовать, объединив разрозненные направления. Если урология будет разорвана на куски, то о возвращении ей статуса специальности не может быть и речи.



Дмитрий Юрьевич Пушкар

Д.м.н., проф., зав. кафедрой урологии МГМСУ, главный уролог Минздрава России

pushkardm@mail.com

Профессиональные общества

Если каждый из нас задаст себе вопрос – работало ли и работает ли РОУ – ответ, безусловно, будет положительным. Общество работало и работает сейчас, объединяет многие сотни урологов, которые готовы к консолидации. Но время идет, и мы все хотим перемен, причем не только от общества урологов, но и от текущей ситуации в стране. Нынешнее РОУ формировалось в эпоху СССР, у него давние корни и прекрасные традиции. Времена изменились, и, вероятно, Обществу необходимы некоторые преобразования.

Я считаю, что каждое профессиональное Общество должно думать о том, как влиять на развитие профессии, как ее отстаивать, и возможно ли это. А есть ли у нас в медицине примеры таких сообществ, которые демонстрируют это влияние? Урология – уникальная серьезная специальность, ее необходимо отстаивать, прежде всего, перед государством. Причем здесь невозможна игра в одни ворота, сами урологи должны быть полноценными активными участниками сообщества. Готовы ли они к этому?

Проблемы и диалог

Преобразования могут быть простыми и при этом оказаться эффективными, но только в том случае, если они опираются на готовность и волеизъявление самих членов РОУ. Общество должно быть в диалоге со специалистами, они должны осознавать себя частью Общества. А сейчас у нас ситуация, когда члены ждут от

Общества чего-то, что оно должно им дать, ни о каком диалоге речи не идет.

В РОУ, как и в любом профессиональном сообществе, существуют проблемы. Никто этого не скрывает. Общество пытается обсуждать их, и, по моему мнению, это доходит до членов. Сам факт обращения к этой теме, данное интервью – это уже диалог, который, я думаю, инициировало само РОУ, причем это произошло не сегодня, а много лет назад.

Новые отношения

Сегодня активность РОУ соответствует активности его членов. Активность в нашей стране воспринимается как-то по-особому, с ней связывают судьбоносные события и решения. Говорить, что с приходом новых руководителей и появлением новой структуры сразу все поменяется, неверно. В РОУ должен быть костяк, который всех организует и начнет что-то делать. На сегодняшний день номинально такой костяк есть – это Правление, в котором больше 100 человек. Но он выполняет, преимущественно, представительские функции. А перемены произойдут, когда соберутся единомышленники и захотят двинуться в каком-либо направлении. Есть люди, кому важен пост, статус, влияние. А есть те, кому важны причастность, результат, участие. Вот они – основа развития РОУ.

Общество должно играть ключевую роль в развитии и функционировании урологической специальности и быть связано с решением вопросов на государственном уровне. Тогда урологи будут в нем заинтересованы.

Мы все хотим новых отношений внутри РОУ. Чтобы члены нуждались в обществе, а руководство нуждалось в них. Но кто из 7 тысяч урологов готов к этим отношениям? 10 человек? 20? 100? 1000? Или все? Неизвестно.

Жизнь-борьба

Мне не думается о руководстве Обществом по многим причинам. И прежде всего потому, что многие годы проведены в борьбе. Жизнь-борьба приятна и важна на определенном этапе, у каждого человека это свой период, но на протяжении всего существования она нравиться не может. Данный этап проходит, а сама жизнь не настолько длинна, тем более, когда есть такая интересная профессия.

Сегодня организовать любую медицинскую деятельность в нашей стране – это борьба, и она далеко не всегда заканчивается успехом. Россия сейчас находится на этапе становления медицины. Такой медицины, какая заявлена во всем мире. Она предполагает, во-первых, огромную ответственность пациента в собственном лечении, его активную вовлеченность. Во-вторых, врачи новой медицины всегда нацелены на успешный результат. Волей-неволей Россия вступает в эпоху новой медицины. Но кто у нас к ней готов? Врачи? Пациенты? Государство?

Об урологии и реестре специальностей

Сейчас, когда говорят, что урология перестала быть самостоятельной специальностью, многие не учитывают позицию государства по этому поводу. А позиция его такова: скоро вообще не будет реестра специальностей. Программа постдипломного образования по всем специальностям будет пересмотрена. Сейчас можно стать хирургом всего за 2 года ординатуры! Эта ситуация действительно требует серьезных изменений.

Убрать урологию из реестра специальностей – это решение государства, и нам приходится с ним считаться. Если реестр упразднит, проблема решится сама собой. Если нет, то Обществу придется приложить немало сил, чтоб вернуть урологию.

Открытость и созидание

Надеюсь, никому не приходит в голову идея, что старое РОУ нужно разрушить, чтобы пос-

троить новое. Это неверно. Общество имеет большой авторитет, должно и в дальнейшем этот авторитет укреплять. Прошлые заслуги имеют значение и вес, но их нужно постоянно подтверждать. Мы должны использовать имеющийся ресурс. У нас есть несколько крупных ассоциаций – РОУ, РООУ, ПААР, и всем нам надо объединять усилия по отстаиванию специальности.

Из функциональных задач – можно было бы уменьшить срок и полномочия председателя Общества ограничить этот пост 2–3-мя годами пребывания. Нужно переходить к открытости бюджета Общества, это, кстати, нормативное требование для всех общественных организаций. И искать или даже создавать себе возможности участия в государственных преобразованиях медицины, иначе мы рискуем специализацией.

Медицина у нас и патриархальная, и патерналистская, причем не только в нашей стране. Если мы останемся в этом измерении – не будет никаких Обществ и никаких перемен. Чтобы пойти по пути развития, нам нужно избавиться от патернализма. Хотелось бы, чтобы РОУ обеспечило созидание, и не просто созидание, а активное созидание, которое явилось бы началом становления Общества нового типа. Любое начало деятельности – это энтузиазм, может быть, даже слепой. Главное на сегодняшний день – это общий созидательный путь.



Михаил Иосифович Коган

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

На спаде

Мне непросто оценивать текущую ситуацию в РОУ: я член президиума, заместитель председателя РОУ, я ответственен за образовательный процесс в организации. Так что любые успехи и неудачи имеют непосредственное отношение и ко мне.

Если все же попытаться выразить одним словом – сейчас в Обществе, к сожалению, стагнация. Мне есть с чем сравнивать: в период с 1990-х до начала 2000-х годов в РОУ был прогресс – появились Пленумы с новой тематикой, региональные и межрегиональные конференции, издавались книги по урологии, причем много новых авторов дала провинция. Конечно, этот скачок в развитии был связан и с изменениями в стране. Мне запомнился съезд 2002 г. – там было действительно много дискуссий, новаций. На мой взгляд, это был пик развития в истории РОУ последнего 10-летия. В последующем мы только сохраняли имеющееся, и то не всегда успешно.

Без науки и без системы

Что-то ушло – например, президиум прекратил выездную работу в регионах, а ведь она продолжает оставаться крайне необходимой. Теперь врачи, правда, немногие из них, стали ездить за рубеж на профессиональные конференции и школы. Но при этом наш собственный уровень научности урологии снижался. Коллеги соглашались со мной, насколько сейчас снижен интерес к содержательной части российских урологических конференций, научная компонента этих событий выхолащивается. Коллеги-урологи воспринимают конференции как возможность встретиться друг с другом, передохнуть от повседневной работы.

Продолжение на стр. 3 ▶

Возвращение урологии. Возможны ли перемены?

◀ Продолжение, начало на стр. 1

На местах, например, в Санкт-Петербурге, Саратове, Уфе, Екатеринбурге, Барнауле, Краснодаре, высока активность региональных представительств РОУ. Но относить это к достижениям руководства Общества я бы не стал, так как это не результат выстроенной рабочей системы, а скорее личная инициатива конкретных лидеров, персональная высокая эффективность их работы и желание что-то сделать для развития урологии.

Смена установок

Что же в первую очередь требует изменения? На мой взгляд, целевая и, я бы сказал, ценностная установка РОУ, а именно: во главе угла должно стоять решение проблем врача-уролога, мы должны работать для врача, во имя врача. Основная цель – повышение профессионализма и статусности врача-уролога. Чтобы ее добиться, руководство РОУ должно обеспечить функции исполнительной власти. К тому же, работа руководства должна быть повседневной, последовательной, а не от случая к случаю, не от пленума к пленуму, не от заседания редколлегии к другому заседанию.

Второй мотив – нам всем нужно снова научиться восхищаться талантами друг друга. Это по-настоящему трудная нравственная работа. Ей нужно учиться каждый день, и каждый день ее выполнять. Пока что мы умеем, в лучшем случае, выражать солидарность коллегам в публичном пространстве. А нужно научиться действительно уважительному и искреннему отношению к коллегам.

Ресурсы для врача

Нам нужны – и мы должны их разработать – современные учебные программы, отражающие мировой, а не только отечественный опыт развития урологии. Это программы обучения студентов, ординаторов, переподготовки и повышения квалификации практикующих врачей. Такие программы должны постоянно совершенствоваться и меняться раз в 3–4 года. С Минздравом и Минобрнауки по этому поводу необходим качественный и постоянный диалог.

На всей территории страны нам нужны регулярные научные симпозиумы и школы, которые следует проводить не только по личной инициативе отдельных лидеров, а в рамках стратегии РОУ. Также РОУ должно мониторить и оценивать работу региональных врачей-урологов – какие операции делаются, с каким качеством. Это позволит понять, какие регионы отстают, найти слабые точки – и направить туда усилия по повышению квалификации врачей. Все необходимые ресурсы у РОУ для этого есть. Надо сменить установку и начать работать на врача-уролога (члена РОУ).

Устав и программа

Начинать масштабные изменения нужно с простых, конкретных и необходимых дел.

Например, усовершенствовать Устав РОУ. Он более многословный, чем уставы ассоциаций наших европейских и американских коллег, и эта многословность досталась нам от прежних времен, но она не способствует ни активности, ни эффективности РОУ.

Также нам необходимы исполнительные органы РОУ – комиссии, комитеты, которые реально помогут преодолеть ситуацию, описанную выше, когда науку развивают отдельно взятые люди в нескольких городах. Причем исполнительные органы должны сформулировать программы работы на год и на 5 лет. Замечу, что никаких программ ни у одного члена президиума РОУ нет и никогда не было. Но они нужны, причем опять же на системном уровне по всей России. Также нам следует наладить доступную обратную связь члена Общества с руководством РОУ.

Все это вместе заметно повлияет на климат в нашей организации. Я считаю, что в ней должен чувствоваться заряд общественной жизни, а не мотив исключительно личного успеха.

Ежедневная работа

Изменить сложившуюся ситуацию можно напряженным ежедневным общественным трудом. Я повторял, и буду повторять: работать надо каждый день, а не раз в год в связи с приближающимся пленумом.

Мне бы хотелось, чтобы было понятно: я никого не считаю лично ответственным за сложившееся положение, мы все делали что-то не так. Каждый развивался сам по себе, а общественного развития не было, не было единого направления движения для всего Общества.

Кто-то может говорить, что ситуация сейчас пессимистическая, что мы деградировали. Я так не считаю. Да, я признаю, что в целом средний уровень российской урологии отстает от США и Европы. Но при этом я уверен, что если мы будем работать, строить конкретные планы, реализовывать их, достигать успеха, двигаться дальше, то ситуация будет изменена в лучшую сторону.



Андрей Дмитриевич Каприн

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

Обычные проблемы

Текущая ситуация в РОУ, на мой взгляд, сложная, но она ни хуже, ни лучше ситуа-

ции в других общественных организациях, причем не только медицинских. В общественных организациях те же проблемы, что и в обществе в целом: финансовые, кадровые проблемы, т. е. общественная организация представляет собой, так сказать, государство в государстве. Возможно, необходимо провести реформу, которая позволит вывести общественные организации, и в частности РОУ, на иной уровень функционирования. Но для того чтобы что-то изменить, нужен общественный подъем, заинтересованность членов Общества в его изменении.

Кадры, гранты и журналы

Одной из главных задач общественной организации должна быть подготовка кадров. К сожалению, РОУ сегодня не занимается этим вопросом. Уверен, что здесь пригодился бы положительный многолетний опыт зарубежных общественных организаций, где подготовка кадров – одна из первоочередных задач. Интересен опыт Французской ассоциации урологов, которая помимо ежегодных конгрессов проводит еще и семинары по повышению квалификации, интересные конференции. Большой плюс – разработка онлайн методов обучения, онлайн-конференции, презентации, трансляция операций в Интернете.

РОУ необходимо разработать систему грантов, фондов, которые позволят финансировать подготовку, переподготовку молодых врачей. Сегодня, к сожалению, это забота самих молодых специалистов, которые зачастую просто не имеют возможности пройти стажировку, к примеру, в одной из ведущих клиник за рубежом.

Для решения этих вопросов можно было бы внимательно изучить и использовать опыт EAU. Поддержка нескольких корпоративных спонсоров позволяет EAU проводить бесплатные образовательные мероприятия, а также развивать программу обмена.

Да что уж говорить о стажировке наших врачей, если даже медицинские журналы для многих специалистов сегодня просто не по карману. Посудите сами, врач получает в среднем 15 000 р., в регионах – 12 000 р. На эти средства врач должен прожить с семьей месяц, да еще и купить, прямо скажем, не дешевые медицинские глянцевые издания. На мой взгляд, начинать перемены надо даже с решения этого вопроса, может быть, как вариант, выделять врачам дотации. Хотя я абсолютно уверен, что профессиональные издания должны быть, прежде всего, доступными для той читательской аудитории, для которой, собственно, они и издаются. Почему бы не рассмотреть вопрос о бесплатном распространении журналов?

Самоотдача

Для того чтобы это все реализовать, необходима заинтересованность в таких

переменах прежде всего председателя Общества, т. е. он должен воспринимать свой пост не просто, как очередную почетную награду, а именно как работу – напряженную каждодневную работу, направленную на прогрессивное развитие общественной организации, на развитие специальности в целом.

От человека на этом посту требуется большая самоотдача, он должен уделять этой работе много времени и сил, и осознавать меру своей ответственности. Это должен быть хороший организатор, сильная личность, а главное – это должен быть человек, готовый посвятить себя общественной работе. Думаю, что сейчас достаточно сложно найти такого самоотверженного кандидата на пост председателя, который будет готов взвалить на себя эту тяжелую ношу.

На мой взгляд, для работы в Обществе следует привлекать ординаторов. Допустим, к примеру, ординатор не видит себя оперирующим врачом, такое тоже может быть и бывает. Возможно, именно этот молодой человек сможет проявить себя в общественной организации. Но неминуемо возникает вопрос о материальной стороне.

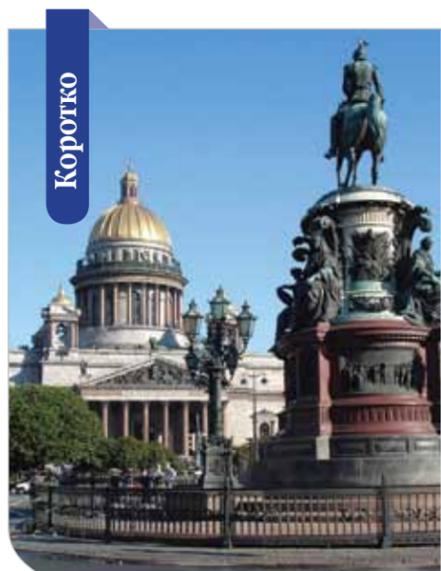
Думаю, что люди, работающие в общественной организации, должны получать зарплату. И хорошо бы предусмотреть в РОУ отдел маркетинга, который планомерно будет заниматься привлечением финансов на проведение конференций, конгрессов, семинаров, круглых столов, на разработку образовательных программ и т. д.

Готовность к переменам

Понятно, что для реализации таких планов необходимо глобальное реформирование Общества с четкой расстановкой приоритетов, и одним из главных должна стать подготовка молодых врачей. На данном этапе урологическому сообществу предстоит выбрать лидера Общества, готового к переменам. Затем надо будет создать оргкомитет, рабочую группу по разработке реформы РОУ, ее устава и т. д. Одним из первых шагов председателя РОУ должна стать также работа по возвращению специальности «Урология» в ранг самостоятельных специальностей. Считаю, что авторитетным ученым, специалистам стоит подготовить обращение о выделении новой специальности.

В заключение хочу сказать, что я очень надеюсь, что члены РОУ сделают правильный выбор. А будущему председателю РОУ хочу пожелать успехов на этом поприще, помощи и поддержки от членов РОУ!

Материал подготовили
Татьяна Бердникова
и **Катерина Печуричко**



Коротко

Невский урологический форум, 8–9 ноября 2012 г.

Уважаемые коллеги! Приглашаем вас принять участие в Невском урологическом форуме «Современные методы лечения заболеваний предстательной железы и нижних мочевых путей».

Место проведения: ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41.

Организатор: кафедра урологии ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. **При поддержке:** Российского общества урологов, Санкт-Петербургского общества урологов, Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга. **Технический организатор:** ООО «Агентство «АБВ-экспо». **Информационная поддержка:** ООО «Издательский дом

«АБВ-пресс», специализированное издание для урологов «Урология сегодня», урологический информационный портал www.uroweb.ru.

В программе: лекции, дискуссии, круглые столы, видеотрансляции из операционных. Основные темы форума:

- симптомы заболеваний нижних мочевых путей у мужчин;
- диагностика заболеваний предстательной железы и нижних мочевых путей у мужчин;
- реконструктивная хирургия нижних мочевых путей у мужчин;
- медикаментозная терапия заболеваний

предстательной железы нижних мочевых путей у мужчин;

- хирургические методы лечения заболеваний предстательной железы.

Зарегистрироваться на Форум и ознакомиться с информацией о мероприятии можно на сайте www.uroforum.spb.ru.

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

Праздничная конференция в Новосибирске



Виктор Тимофеевич Хомяков

К.м.н., зав. урогенитальным отделением ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» Минздрава России
dynein@narod.ru

12 апреля в Новосибирске прошла конференция «Нарушение мочеиспускания у мужчин и женщин», посвященная выходу в свет новой монографии под редакцией проф. Е.В. Кульчавеня «Болезни мочевого пузыря». Конференция собралла 256 участников из регионов Сибири и Дальнего Востока, почетной гостьей была проф. Gabriella Gyovai из Будапешта – вице-президент Венгерского научного общества сексуальной медицины.

Конференция привлекла пристальное внимание СМИ – в течение нескольких дней мероприятия анонсировали по телевидению, в передачах обсуждали проблему большого мочевого пузыря с ведущими специалистами, и в дальнейшем был ощутимый резонанс.

Первое заседание открыл триумvirат главных урологов Томской и Новосибирской областей и Алтайского края.

Научная программа началась с доклада А.В. Гудкова «Мочевой пузырь в менопаузе». Обстоятельная и подробная презентация последних научных данных и собственных разработок была, несомненно, полезна как урологам, так и гинекологам, присутствовавшим в зале.

Второй доклад, к.м.н. Е.В. Брижатюк «Биопсия простаты: как избежать осложнений», также не оставил никого равнодушным. Проф. В.И. Исаенко инициировал бурную дискуссию по вопросу – может ли биопсия простаты выполняться амбулаторно?

Продолжил научную программу доклад проф. А.И. Неймарка «Дизурический синдром», составленный на основе одноименной монографии Александра Израилевича.

«Всегда интересно послушать знающего человека смежной специальности», – справедливо рассудил Оргкомитет и пригласил

к.м.н., доцента кафедры неврологии НГМУ О.Б. Доронину с докладом «Синдром хронической тазовой боли с позиции невролога». Это сообщение также вызвало оживленное обсуждение, поскольку каждый уролог постоянно сталкивается с пациентами с упорным болезненным синдромом, и узнать точку зрения невролога было весьма кстати.

После краткого перерыва, который делегаты провели на выставке, где их радушно встречали представители фармкомпаний, состоялась собственная презентация монографии «Болезни мочевого пузыря».

На сцену поднялись авторы и Т.П. Гришина – технический редактор издательства «Наука», где была издана книга. Краткое резюме сделала проф. Е.В. Кульчавеня, после чего состоялся первый розыгрыш призов. Пользуясь случаем, заместитель председателя регионального отделения Лазерной ассоциации России Э.Г. Шихалев вручил Екатерине Валерьевне аттестат национального эксперта.

К.м.н. О.С. Стрельцова, соавтор одной из глав монографии, показала возможности оптической когерентной томографии в дифференциальной диагностике заболеваний мочевого пузыря. Метод этот пока еще недостаточно распространен в России, но весьма перспективен, и доклад был встречен с соответствующим интересом.

Следующий доклад аспиранта ФГБУ ННИИТ Д.П. Холтобина «Туберкулез мочевого пузыря» был, по сути, квинтэссенцией его кандидатской диссертации. Денис Петрович особо подчеркнул трудности диагностики туберкулеза мочевого пузыря, что ведет к ожидаемым

осложнениям, требующим выполнения органосохраняющих и реконструктивно-восстановительных хирургических пособий.

Выступление проф. Кульчавеня на тему «Точка «G» и проблемы мочевого пузыря» буквально произвело фурор. В зале стояла звенящая тишина, никто не шуршал подарочными пакетами, все слушало, быть может, не бесспорный, но заставляющий серьезно задуматься доклад Екатерины Валерьевны.

Немалый интерес вызвало сообщение Я.Б. Миркина о новом препарате урогил. Опыт его применения пока скуден, но результаты обнадеживающие.

Проф. О.Н. Зубань доложил о проблеме малого мочевого пузыря. Эта презентация отчасти перекликалась с докладом Д.П. Холтобина, но ряд пунктов был освещен альтернативно, что добавило дискуссии пикантности.

Перекликались также сообщения д.м.н. П.Н. Филимонова и талантливого исследователя из Томска к.м.н. А.В. Царевой. Они представили на суд публики доклады на темы «Норма и патология уротелия» и «Лейкоплакия мочевого пузыря». Очень интересным оказалось сообщение проф. Г. Gyovai «Болезненный мочевой пузырь как причина сексуальных дисфункций у женщин»; доклад переводила Е.В. Брижатюк. Габриэлла очень эмоциональна, эрудирована, блестящий докладчик, – и все порадовались ее хорошо иллюстрированной презентации.

В трудном положении оказалась к.м.н., доцент Я.В. Яковец, поскольку у нее был заключитель-

ный доклад, – но это сообщение было четким, хорошо структурированным и пунктуальным.

В завершение научной сессии последовал 2-й розыгрыш призов, среди которых оказались кофемашинка и iPhone. Чтобы закрепить праздничное настроение, гостей пригласили на фуршет и банкет, музыкальное сопровождение которого проходило под руководством известного скрипача, заслуженного артиста РФ М.С. Блама.

С некоторым опозданием (прямо с самолета!) к гостям присоединилась немецкая делегация во главе с президентом Форума им. Коха и Мечникова проф. Гельмутом Ханом и хорошо известным в России проф. Петером Альтхаусом. Они прилетели по линии этого Форума с просветительской целью, и на следующий день им предстояло читать лекции по раку простаты.

Чопорные немцы были потрясены зажигательным танго, которое специально для них исполнили проф. Е.В. Кульчавеня и сотрудник расчетно-вычислительной группы И. Николаенко. Профессора из Германии долго удивлялись, откуда в холодной Сибири берутся такие страстные люди. Но Екатерина Валерьевна только загадочно улыбалась и тайны сибирской души им не открывала.

Только и осталось зарубежной делегации, что пригласить сибиряков к себе с визитом, что они и сделали в ответном слове. В ближайшее время будет подписан договор о намерениях проведения совместного научного исследования.

Конференция оказалась очень насыщенной, плодотворной и полезной.



Президиум: профессора А.В. Гудков, В.И. Исаенко, А.И. Неймарк



Вручение аттестата члена Коллегии национальных экспертов России по лазерной медицине

Мнение специалиста

Интернет – территория урологов



Игорь Аркадьевич Шадёркин

Заведующий отделом телемедицины ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России, руководитель проекта UroWeb.ru
info@uroweb.ru

Информационный прогресс, доступность нового оборудования, развитие каналов связи привели к быстрому и безостановочному росту числа пользователей Интернета. На начало 2012 г. web-аудитория в России составила 70 млн человек (все население РФ – 142,9 млн). Интернетом пользуются 58 % россиян, из них ежедневно – 38 %. Ежемесячно в Сеть выходят 57,8 млн человек. Прирост интернет-аудитории в последнее время происходит за счет людей старшего возраста и пенсионеров – 31 % пользователей старше 45 лет и это «взросление» отмечается не

только в России, но и во всем мире. Аудитория Интернета растет главным образом за счет регионов: более 93 % новых пользователей живут за пределами Москвы и Санкт-Петербурга. Активнее всего Интернет распространяется в селах: за год число пользователей здесь увеличилось на 33 %. Для сравнения: в столицах рост составил всего около 6 %. Вероятно, эта тенденция сохранится и в будущем.

Врачи в Интернете

В апреле 2011 г. в 21 городе проводилось исследование, которое суммарно охватило 2780 врачей 6 специальностей (терапевты, кардиологи, неврологи, гастроэнтерологи, дерматологи и урологи). Постоянным основным источником информации Интернет считают 18 % всех опрошенных врачей.

Среди врачей 6 специальностей наибольшая доля пользователей Интернета – среди урологов: **67 % всех урологов, опрошенных в апреле 2011 г., сказали, что используют**

Интернет, что на 20 % выше соответствующего показателя 3-летней давности. Среди гастроэнтерологов Интернетом пользуются 63 % специалистов, среди неврологов – 62 %. Несколько ниже доля врачей, использующих Интернет, среди терапевтов – 52 %, однако и среди них также наблюдается последовательный рост доли пользователей. Таким образом, урологи являются наиболее активными пользователями Интернета среди врачей всех остальных специальностей!

Пациенты в Интернете

Заинтересованность пользователей Интернета проблемами урологии тоже неуклонно растет. Так, например, в январе 2010 г. число уникальных пользователей, которых интересовали вопросы урологического здоровья, составило 1 млн человек за 1 месяц. Эта цифра растет вместе с ростом общей аудитории и на май 2012 г. она составляет около 1,4 млн человек в месяц. Все они – наши потенциальные пациенты!

10 причин пользоваться Интернетом

1. Возможность получения самых «свежих» профессиональных новостей.
2. Возможность получать абстракты из ведущих мировых урологических изданий.
3. Возможность получения видеoinформации – веб-кастов, видеороликов операций, клинических случаев.
4. Возможность смотреть трансляции конференций, конгрессов, мастер-классов.
5. Возможность смотреть «живую» хирургию в прямой трансляции и/или записи.
6. Возможность участия в мероприятиях с коллегами из других стран.
7. Возможность участия в дистанционном профессиональном образовании.
8. Возможность получать информацию об образовательных циклах.
9. Возможность дистанционно консультировать пациентов.
10. Возможность общаться с коллегами на форумах, оставлять комментарии к опубликованным материалам.

Новеллы здравоохранения: что ждет врачей и пациентов московской ГКУБ № 47?

Столичная урологическая клиника ГКУБ № 47 в скором времени будет сформирована. Высокопрофессиональный персонал больницы, обученный работать на самом современном медицинском оборудовании, а это более 250 человек, обеспокоен, что останется без работы. Переживают врачи и за судьбу своих пациентов, поскольку после изменения профиля больницы вместе с 300 койками останется только 60.

Чиновники объясняют происходящее глобальными реформами, которые сегодня реализуются в отечественном здравоохранении. В Москве программа модернизации стартовала в начале этого года. По словам **Леонида Печатникова**, заместителя мэра столицы по социальной политике (в недавнем прошлом руководителя Департамента здравоохранения г. Москвы), первым шагом структурной перестройки системы здравоохранения стало устранение барьеров между амбулаторно-поликлиническими и стационарными медицинскими учреждениями, вторым – ликвидация в Москве монопрофильных больниц. Результаты этих перемен можно будет почувствовать после завершения переоснащения больниц и клиник, что должно произойти до конца 2012 г.

По данным Департамента, около 30 % сегодняшних пациентов столичных стационаров в госпитальной помощи не нуждаются.

Н. Сулонова

В столице планируется создать 47 амбулаторно-поликлинических объединений, оснащенных на уровне европейских центров. К каждому центру прикрепят 3–10 близлежащих районных поликлиник. В рамках объединений будут функционировать специализированные отделения: урологические, кардиологические, неврологические и т. д. Пациенты районных поликлиник автоматически станут пациентами всего объединения и смогут претендовать на все предоставляемые в нем услуги. Специалисты объединения будут обязаны консультировать всех прикрепленных пациентов. А если, например, в какой-то районной поликлинике заболеет уролог, то главврач объединения должен будет срочно прислать туда специалиста из головного комплекса.

По мнению Леонида Печатникова, структура «головная поликлиника плюс несколько ее филиалов» исключит коррупцию, в первую очередь, при выдаче талонов на высокотехнологические исследования. «Если раньше эти талоны терялись где-то по пути, а клиничко-диагностические центры спокойно вели финансовую деятельность, принимая пациентов за деньги по живой очереди, то теперь такого не будет, – уверен Леонид Михайлович. – Управление амбулаторно-поликлиническими центрами станет единым и главные врачи объединений будут нести ответственность за всех пациентов».

Нина Сулонова, заместитель руководителя Департамента здравоохранения г. Москвы, сообщила, что, по данным Департамента, около 30 % сегодняшних пациентов столичных стационаров в госпитальной помощи не нуждаются. Они должны лечиться амбулаторно, как это делается во всем мире. В рамках этой задачи перед Департаментом здравоохранения столицы поставлена цель – достичь европейских показателей: в среднем 7–10 койко-дней на стационарного пациента. Попутно в Москве будут развиваться стационар-замещающие технологии. Планируется более чем в 3 раза увеличить количество коек в дневных стационарах, которые станут специализированными – урологическими,

эндокринологическими, гинекологическими. Предполагается создавать стационары на дому для пожилых пациентов, которым не придется ходить на прием даже в районные поликлиники. Врачи сами будут посещать таких пациентов, обследовать их и проводить лечение.

В перспективе уменьшатся очереди в поликлиниках. Сейчас они нередко возникают, потому что терапевты вместо оказания лечебной помощи в рамках своей компетенции перенаправляют больных к узким специалистам. Эта ситуация будет изменена. «Терапевт не должен превращаться в диспетчера, – подчеркнул Леонид Печатников. – Очереди к узким специалистам возникают у нас потому, что терапевты перестали лечить больных». В перспективе терапевты должны стать врачами общей практики, хотя и здесь есть свои «подводные камни». «Врач общей практики заинтересован в том, чтобы дольше держать у себя больного, не направляя его к специалистам, – заметил Леонид Печатников. – Эту проблему также придется решать».

Другой важный аспект реформы – ликвидация монопрофильных больниц, в которых оказывалась помощь людям, страдающим, например, урологическим или гинекологическим заболеванием.

Сейчас этот процесс заканчивается, и в скором времени все эти клиники войдут в состав многопрофильных стационаров.

Решение о реструктуризации специализированных клиник было принято в контексте задачи, направленной на укрупнение больниц. Кроме того, специалисты уверены в оптимальности лечения именно в многопрофильном центре, поскольку, если у пациента в процессе терапии возникнет или обострится какое-то другое заболевание, он будет иметь возможность быстро получить помощь от врача необходимой специализации.

По словам Леонида Печатникова, были случаи, когда во время операции выяснялось, что у больного на самом деле диагноз, не соответствующий специализации клиники, и тогда приходилось срочно вызывать бригаду врачей из соседнего медучреждения. После реорганизации такие ситуации будут исключены.

К сожалению, данные разъяснения не удовлетворили врачей и пациентов ГКУБ № 47, нуждающихся в более полной информации, тем более, что решение о ликвидации и репрофилировании этой больницы, принятое Департаментом здравоохранения г. Москвы, вступает в силу уже 1 июля.

Те, кого это непосредственно касается, не получили ответы на следующие вопросы.

- Как изменится профиль клиники, являющейся гордостью столичного здравоохранения?
- Куда именно будут направляться урологические пациенты больницы?
- Не получится ли так, что в результате ликвидации увеличится нагрузка на другие лечебные учреждения?
- Какая участь ждет врачей больницы?

«Непонятно, где будут лечиться урологические больные, – поделился своими сомнениями врач-анестезиолог ГКУБ № 47 **Роман Куренков**. – В 2010 г. в Москве было пролечено около 60 тыс. человек с таким диа-



ГКУБ № 47

гнозом, из них 12,5 % прошли курс лечения в нашей больнице. Это огромная цифра».

Врачи напоминают, что ГКУБ № 47 – больница особенная, единственная в Москве, специализирующаяся только на урологических заболеваниях.

Упразднение урологической больницы № 47 не только не улучшит ситуацию в столичном здравоохранении, но и негативно скажется на пациентах и работающих там врачах.

проф. А.Г. Мартов

Число больных с каждым годом увеличивается, и 300 коек уже не хватает. А их собираются значительно уменьшить. Мало того, в этой клинике оказывается скорая помощь – сюда везут людей с травмами почки, мочевого пузыря, мошонки и т. д.

«Упразднение урологической больницы № 47 не только не улучшит ситуацию в столичном здравоохранении, но и негативно скажется на пациентах и работающих там врачах, – уверен **Алексей Мартов**, д.м.н., профессор кафедры эндоскопической урологии РМАПО, зав. отделением эндоурологии ГКУБ № 47. – За годы своего существования больница № 47 смогла собрать лучшие кадры, ее оснастили самым современным оборудованием. Но главное, в ней бесплатно оказывается высокопрофессиональная урологическая помощь: круглосуточно проводятся эндоскопические операции, дистанционная литотрипсия и т. д. Кроме того, здесь лечат пациентов с диагнозом СПИД. Что теперь с ними будет, я не знаю, как и не могу сказать, что ждет коллектив больницы».

Решение о ликвидации и репрофилировании городской больницы № 47, принятое Департаментом здравоохранения г. Москвы, вступает в силу уже 1 июля.

Врачей официально поставили в известность, что больница будет закрыта – и на этом все. Никаких разъяснений они не получили. Куда они пойдут, где будут работать дальше – неизвестно».

Выражает беспокойство за судьбу коллег и **Наталья Ковалева**, анестезиолог-реаниматолог урологической клиники: «Нас очень волнует, как Департамент здравоохранения поступит

с кадрами – кандидатами и докторами медицинских наук, которые не только лечат больных, но и занимаются научной деятельностью».

Точки над «i» расставил **Алексей Хрипун**, заместитель руководителя Департамента здравоохранения г. Москвы. Он сообщил, что ГКУБ № 47 будет реорганизована путем присоединения к Государственному бюджетному учреждению здравоохранения г. Москвы «Городская клиническая больница № 57» Департамента здравоохранения г. Москвы в качестве обособленного подразделения – филиала. В настоящее время в строгом соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и нормативно-правовыми актами г. Москвы проводятся мероприятия по реорганизации и регистрации изменений, и к 01.09.2012 они должны быть осуществлены в полном объеме.

В обособленном подразделении – филиале ГКУБ № 57 будут развернуты койки онкоурологического, онкоколопроктологического и онкогинекологического профилей, в которых испытывает потребность государственная система здравоохранения г. Москвы, а также сохранено одно урологическое отделение.

Он также отметил, что специализированная урологическая помощь, в том числе неотложная, жителям города оказывается в ГКБ имени С.П. Боткина; ГКБ №№: 1 им. Н.И. Пирогова, 7, 12, 20, 29, 31, 51, 52, 53, 54, 60, 64, 67, 68; ГБ №№ 3, 17; ГВВ №№ 1, 2, 3, суммарный койочный фонд которых составляет 1649 коек.

Урологические отделения данных государственных учреждений здравоохранения г. Москвы оснащены современным лечебно-диагностическим оборудованием и укомплектованы высококвалифицированными кадрами. Ежегодно в указанных городских стационарах медицинскую помощь получают более 62 000 пациентов.

Что касается врачей-урологов, работающих в ГКУБ № 47, то, по словам Алексея Хрипуна, они будут трудоустроены в профильных государственных учреждениях здравоохранения г. Москвы, что позволит поднять общий уровень организации оказания урологической помощи жителям столицы.

Татьяна Соловьева, журналист

Наша справка

В 1980 г. городская больница № 47 была репрофилирована в специализированную урологическую больницу и в этом же году приняла первых пациентов.

Больница оснащена новейшим оборудованием, на котором работают высококвалифицированные специалисты. В ней имеются все возможности для обследования и лечения больных с различными врожденными и приобретенными урологическими заболеваниями, в том числе и онкологическими.

Постоянное сотрудничество с ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России позволяет внедрять в практику новые разработки лечения урологических заболеваний. Соответствующее рентгеновское, эндоскопическое оборудование и высокотехнологичная подготовка специалистов позволили почти на 70 % сократить открытые оперативные вмешательства при наиболее часто встречаемых заболеваниях: мочекаменной болезни и гиперплазии предстательной железы, заменив их дистанционной и эндоскопической литотрипсией, трансуретральной резекцией простаты.

Первая конференция РООУ в Сибирском федеральном округе



Сергей Александрович Варламов

Д.м.н., зав. отделением онкоурологии КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»
sergei_varlamov@mail.ru

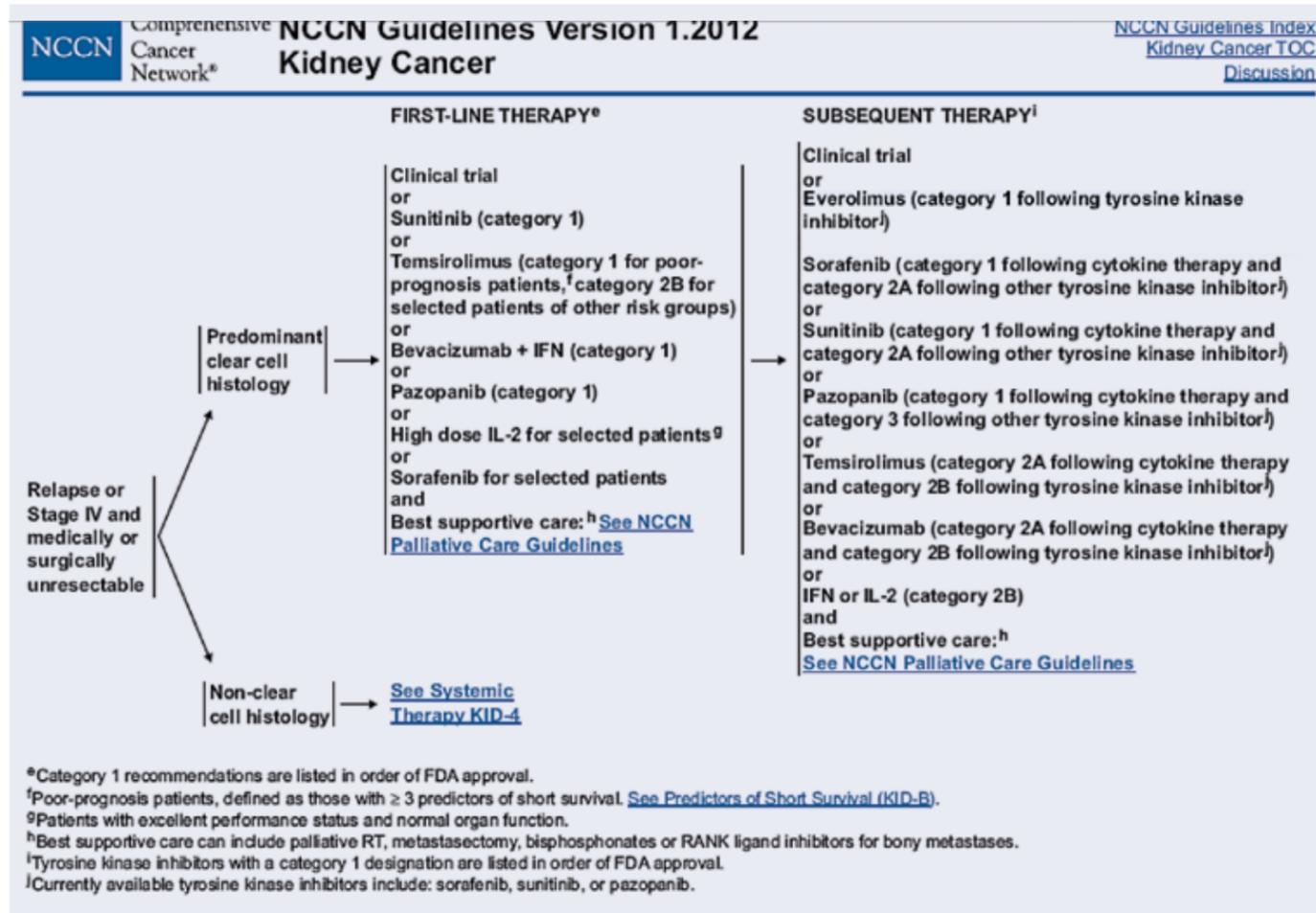
1 июня 2012 г. в Барнауле прошла первая конференция Российского общества онкоурологов (РООУ) в Сибирском федеральном округе. В конференции приняли участие более 160 онкоурологов, онкологов, врачей смежных специальностей из различных регионов России, в основном, конечно, из Сибири. Ведущие российские специалисты выступили с докладами, посвященными диагностике и лечению рака предстательной железы (РПЖ), немывечно-инвазивного рака мочевого пузыря (РМП), рака яичка.

Открыл конференцию президент РООУ проф. В.Б. Матвеев. В своем приветствии участникам он отметил высокую важность подобных региональных встреч и что РООУ будет, безусловно, такую традицию поддерживать и развивать. С ответным приветствием выступил главный врач КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», директор Алтайского филиала «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН д.м.н., проф. А.Ф. Лазарев. Он пожелал участникам плодотворной работы и интересных дискуссий по нерешенным вопросам.

Научная программа открылась докладом «Состояние онкоурологической помощи в Алтайском крае» проф. А.Ф. Лазарева и зав. отделением онкоурологии Алтайского краевого онкологического диспансера д.м.н. С.А. Варламова. Отмечены не только проблемы, но и реальные перспективы развития профильной помощи в ближайшие годы в связи с укреплением материально-технической базы онкослужбы Алтайского края и активным строительством современного онкологического центра.

Особый интерес вызвал доклад зав. отделением онкоурологии Челябинского областного онкологического диспансера д.м.н. П.А. Карнауха, в котором было показано место и значение адъювантной вакцино- и химиопрофилактики рецидивов немывечно-инвазивного РМП после трансуретральной резекции (ТУР), отмечена важность повторных ТУР-биопсий через короткие промежутки у пациентов с высоким риском рецидивирования, возможность применения фотодинамической терапии на основании собственного опыта.

Большой интерес вызвал доклад зав. отделением онкоурологии Московского НИИ онкологии им. П.А. Герцена д.м.н., проф. Б.Я. Алексева, посвященный возможностям терапии 2-й линии у пациентов с распространенным раком почки (РП).



Как пояснил профессор, единственный препарат, который на сегодняшний день является стандартом лечения во 2-й линии после неэффективности ингибиторов тирозинкиназ, является эверолимус (Афинитор). Об этом свидетельствуют, в частности, данные из последнего американского руководства NCCN по РП (как видно из рисунка, только у эверолимуса имеется 1 уровень доказательности для назначения во 2-й линии после ингибиторов тирозинкиназ).

Профессор ознакомил участников с рандомизированным многоцентровым исследованием III фазы RECORD-1, целью которого был анализ выживаемости без прогрессирования при применении эверолимуса по сравнению с плацебо.

В исследовании приняли участие более 400 пациентов со светлоклеточным метастатическим РП (мРП) во 2-й линии, которые до этого получали лечение ингибиторами тирозинкиназ. Больные были рандомизированы на 2 группы – лечение эверолимусом и группу плацебо. По результатам исследования было отмечено, что терапия эверолимусом (Афинитор) более чем в 2 раза увеличивает выживаемость без прогрессирования, у 25 % пациентов на фоне лечения не было прогрессирования после 10 месяцев терапии, а в целом терапия эверолимусом снижала риск прогрессирования почти на 70 %.

Лечение эверолимусом не только увеличивает продолжительность жизни до прогрессиро-

вания, но и обладает приемлемым профилем безопасности и удобным режимом приема – 1 таблетка 1 раз в день. Именно это исследование стало основанием рекомендовать эверолимус во 2-й линии после неэффективности ингибиторов тирозинкиназ и позволило препарату стать «золотым стандартом» во 2-й линии лечения пациентов с мРП.

Проф. Б.Я. Алексеев отметил, что в настоящее время последовательная терапия таргетными агентами стала общепринятым подходом лечения больных мРП. При этом оптимальной комбинацией является последовательное назначение ингибиторов тирозинкиназ и mTOR-ингибиторов (TKI-mTOR-TKI режим). Именно такая стратегия позволяет улучшить качество жизни пациентов, благодаря лучшей переносимости лечения.

В следующем докладе проф., зав. клиникой урологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН В.Б. Матвеев отметил наличие уже завершенных клинических исследований в лечении больных мРП, в которых показано не только определенное преимущество конкретных сочетаний таргетных средств, но и возможность одновременного применения таргетных препаратов у специально отобранных пациентов для повышения эффективности лечения. Завершал первую секцию зав. отделением онкоурологии НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова к.м.н. А.К. Носов, который ознакомил слушателей с основными статисти-

ческими данными по заболеваемости раком яичка в Северо-Западном федеральном округе и особо отметил влияние времени диагностической задержки при герминогенных опухолях яичка на стадию заболевания и выживаемость.

Следующая секция была посвящена лечению РПЖ. Проф. Б.Я. Алексеев убедительно показал необходимость систематического выполнения расширенной и суперрасширенной лимфаденэктомии у пациентов не только с неблагоприятным, но и с промежуточным прогнозом для увеличения выживаемости больных.

Проф. В.А. Атдурев (Нижний Новгород) представил большой собственный опыт выполнения радикальной простатэктомии с хорошими функциональными результатами, благодаря использованию собственной оригинальной методики формирования везикоуретрального анастомоза.

Проблеме гормонального лечения метастатического РПЖ был посвящен доклад проф. В.Б. Матвеева. Было отмечено, что с появлением новых препаратов и завершением их клинических испытаний возможно значительное увеличение продолжительности и качества жизни больных метастатическим РПЖ. Все же остается неясным вопрос о сроках начала гормональной терапии у пациентов с метастатическим РПЖ и отсутствием симптомов заболевания.

Заключительные доклады мероприятия были посвящены тактике лечения больных кастрационно-резистентным РПЖ. Проф. В.Б. Матвеев и проф. Б.Я. Алексеев очень подробно изложили результаты завершенных клинических испытаний применения новых препаратов у данной тяжелой категории пациентов.

Таким образом, все доклады, представленные на конференции, отличались новизной, оригинальностью и высоким научно-практическим значением. Очень хочется поблагодарить организатора конференции – РООУ, генеральных спонсоров мероприятия и всех коллег, которые принимали самое деятельное участие в подготовке и проведении этой встречи.



Огромный интерес к вопросам онкоурологии



Открытие конференции

Отчет о XIX заседании Московского регионального отделения Российского общества онкоурологов

13 марта 2012 г. состоялось XIX заседание Московского регионального отделения Российского общества онкоурологов, посвященное современным подходам к лечению кастрационно-рефрактерного рака предстательной железы (КРРПЖ), претерпевшим существенный пересмотр после недавнего завершения целого ряда рандомизированных исследований. Диагноз КРРПЖ устанавливается в случае роста простатического специфического антигена (ПСА) у больных, получающих эффективную кастрационную терапию. Проф. И.Г. Русаков (Городская клиническая больница № 57) отметил, что в настоящее время следует различать КРРПЖ, чувствительный к гормонотерапии (ГТ) 2-й линии, и опухоли, абсолютно резистентные к эндокринным манипуляциям. К.м.н. К.М. Ньюшко (МНИОИ им. П.А. Герцена) подчеркнул, что все пациенты, страдающие КРРПЖ, должны продолжать кастрационную терапию, что позволяет увеличить общую выживаемость данной категории больных. ГТ 2-й линии, включающая отмену и назначение альтернативных антиандрогенов, терапию кетоканазолом, эстрогенами, аминоклотетимидом, соматостатином, стероидами, по разным данным, позволяет добиться ПСА-ответа у 15–61 % пациентов. Среди новых препаратов, применяемых в качестве ГТ 2-й линии у больных КРРПЖ, следует отметить селективные блокаторы СУР17 (абиратерон) и антиандрогены с выраженной аффинностью к андрогенным рецепторам (MDV3100). Тем не менее, как было подчеркнуто в докладе к.м.н. А.М. Попова (Медицинский радиологический научный центр), на основании результатов рандомизированных исследований III фазы стандартом лечения КРРПЖ остается химиотерапия (ХТ) доцетакселом, предоставляющая преимущество в выживаемости (3 мес) и качестве жизни (болевого синдром) по сравнению с митоксантроном. При наличии метастазов раннее начало ХТ ассоциировано с достоверным увеличением общей выживаемости.

Оптимальные сроки начала ХТ у больных, не имеющих диссеминации опухолевого процес-

са, остаются дискуссионными. У всех пациентов, получающих доцетаксел, в среднем через 6–8 мес после начала лечения регистрируется прогрессирование заболевания. Как отметила к.м.н. М.И. Волкова (РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН), в рандомизированном исследовании III фазы таксан 3-го поколения кабазитаксел достоверно увеличивал общую (15,1 vs 12,7 мес) и беспрогрессивную (2,8 vs 1,4 мес) выживаемость по сравнению с митоксантроном у больных с доцетаксел-резистентными опухолями.

Проф. Б.Я. Алексеев (МНИОИ им. П.А. Герцена) доложил, что абиратерон позволяет добиться снижения уровня ПСА > 50 % у 85 % больных, ранее не получавших ХТ, и у 50 % пациентов с опухолями, рефрактерными к доцетакселу. В III фазе клинических испытаний абиратерон продемонстрировал достоверное преимущество общей (14,8 vs 10,9 мес), беспрогрессивной (5,6 vs 3,6 мес) выживаемости, времени до ПСА-прогрессирования (10,2 vs 6,6 мес), а также частоты ПСА-ответов (29 % vs 6 %) по сравнению с плацебо у больных доцетаксел-рефрактерным КРРПЖ. Доклад проф. В.Б. Матвеева (РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН) был посвящен MDV3100. В выступлении было отмечено, что согласно результатам исследования III фазы MDV-3100 предоставляет достоверное преимущество общей выживаемости по сравнению с плацебо (18,4 vs 13,6 мес; $p < 0,0001$), а также увеличивает выживаемость без радиологического прогрессирования (8,3 vs 2,9 мес; $p < 0,0001$), частоту ответов мягкотканых очагов (28,9 % vs 3,8 %; $p < 0,0001$) и время до ПСА-прогрессирования (8,3 vs 3,0 мес; $p < 0,0001$) при КРРПЖ, резистентном к ХТ. В заключительном слове проф. И.Г. Русаков (Городская клиническая больница № 57) заметил, что отсутствие прямых сравнительных исследований не позволяет в настоящее время отдавать предпочтение тому или иному препарату. Выбор лечебной тактики должен осуществляться индивидуально.

Материал подготовила
к.м.н. М.И. Волкова

ДЖЕВТАНА® – ЗА ГРАНЬЮ ВОЗМОЖНОГО!¹⁻⁵
Увеличение общей выживаемости больных метастатическим гормонорезистентным раком предстательной железы после химиотерапии доцетакселом¹⁻⁵

ДЖЕВТАНА®
(кабазитаксел)

Библиография: 1. Инструкция по медицинскому применению препарата Девелтан® (кабазитаксел), Российская Федерация. Номер регистрационного удостоверения: ПР1201500. 2. Garraway WM, Siu AL, Hains SW, Vogelzang NJ. Second-line chemotherapy for advanced hormone-refractory prostate cancer. Clin Adv Hematol Oncol. 2008;6(2):116-122. 3. Rosenberg JE, Wang YH, Kelly WK, et al. Activity of second-line chemotherapy in docetaxel-refractory hormone-refractory prostate cancer patients: randomized phase 2 study of mitoxantrone or irinotecan and prednisone. Cancer. 2007;110(2):588-593. 4. Barlow DL, Freyer DP, Barlow Q, et al. Multinational, double-blind, phase 3 study of prednisone and either mitoxantrone or irinotecan in patients with castrate-refractory prostate cancer progressing after prior chemotherapy: the SWOG S1005 trial. J Clin Oncol. 2009;27(32):5431-5438. 5. de Bono JS, Oudry S, Fizazi K, 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(9717):1147-1154.



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

Отчет о I Конгрессе урологов Сибири



**Виктория
Анатольевна
Шадёркина**

Врач-уролог,
науч. редактор Uroweb.ru,
шеф-редактор газеты
«Урология сегодня»
viktoriasshade@uroweb.ru

17–18 мая 2012 года в г. Кемерово состоялось историческое событие – I Конгресс урологов Сибири, который собрал 320 урологов со всего региона. Томск, Новосибирск, Барнаул, Омск, Новокузнецк, Смоленск, Москва, Санкт-Петербург – это далеко не весь перечень городов, представители которых принимали участие в мероприятии. Во время Конгресса проводилась прямая онлайн-трансляция на сайте UroWeb.ru, которую посмотрели 176 урологов России. Трансляция осуществлялась в рамках нового проекта – Uro.TV (урологическое телевидение).

Новый формат

Несколько лет подряд в Сибири проводились конференции урологов. Они освещали самые интересные темы в урологии и всегда отличались новизной докладов. Но в 2012 г. формат мероприятия был изменен – широта рассматриваемых вопросов, большое число участников, присоединение русскоязычной интернет-аудитории – все это способствовало проведению I Конгресса урологов Сибири.

С приветственным словом к участникам Конгресса обратились представители администрации и Департамента здравоохранения

Кемеровской области, которые отметили заслуги главного уролога Кемеровской области проф. Владимира Яковлевича Фарбиновича, наградив его медалью и премией.

Темы докладов, рассматриваемых на Конгрессе, охватывали все области урологии и андрологии.

Несколько докладов было посвящено принципам консервативного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). Причем речь шла не только о самих принципах лечения, но и о качестве жизни пациентов. Так, проф. А.И. Неймарк (АГМА, Барнаул) отметил, что ДГПЖ серьезно изменяет жизнь мужчин, заставляя их избегать посещения театров, кино, занятий спортом на улице, ограничивать себя в питье, т. е. они пытаются нивелировать те симптомы, которые их беспокоят в связи с заболеванием. Поэтому лечение направлено не только на избавление от симптомов заболевания, но и на социализацию этой категории пациентов.

Фармацевтические компании неустанно проводят научные и клинические изыскания все новых средств для лечения ДГПЖ. В 2011 г. на российском рынке появился новый альфа1-адреноблокатор силодозин (Урорек®). В чем заключается его уникальность? Чем он лучше других давно известных альфа-блокаторов? Дело в том, что всем урологам известно, что при развитии ДГПЖ в ткани изменяется соотношение альфа-адренорецепторов в пользу альфа-1А до 85 % (по сравнению с тканью нормальной простаты – 63 %). Изменение соотношения подтипов альфа-адренорецепторов происходит и в сосудистом русле, что приводит к развитию артериальной гипертензии (АГ). И в одном случае, и в другом, эти измене-



Участники Конгресса

ния связаны с возрастом человека. Ранее считалось, что альфа-адреноблокаторы очень выгодны именно тем, что их можно применять для лечения сразу 2 заболеваний – АГ и ДГПЖ, хотя они и уступают другим гипотензивным препаратам первой линии.

ных условиях под местной анестезией. Все это дает право считать РЭВО альтернативой традиционным методам лечения варикоцеле и веногенной эректильной дисфункции (вЭД), которая является основным или сопутствующим симптомом у 40–65 % пациентов с ЭД.

По данным 2011 г., заболеваемость МКБ в Красноярском крае составила 7,4 на 100 тыс. населения (по сравнению с 6,0 в 2006 г.).

Однако всем известно, что при приеме альфа-адреноблокаторов у пожилых пациентов часто развивается ортостатическая гипотензия, что сподвигло фармкомпания к выделению уроселективности, как основного свойства будущего препарата. Именно силодозин – тот новый альфа1-адреноблокатор, который соответствует всем критериям уроселективности (тканевому, фармакологическому, функциональному и клиническому). К этому свойству можно добавить безопасность в отношении сердечно-сосудистой системы, нарушения эякуляции, являющиеся проявлением эффективности препарата и исчезающие в течение нескольких дней. Несомненно, все эти качества делают силодозин (Урорек®) препаратом выбора в лечении ДГПЖ.

При этой патологии вакуум-констрикторы неэффективны, ингибиторы ФДЭ-5 только в 40–50 % случаев улучшают состояние пациентов, после стандартной хирургии у 20–50 % пациентов происходит рецидив ЭД. В таких случаях показана РЭВО вен простатического сплетения (РЭВОПС). Длительность операции 20–60 мин, у 79 % пациентов наступило выздоровление, у 16 % – значительное улучшение. На этот способ лечения ЭД в 2012 г. проф. Д.Г. Курбатов получил Патент на изобретение.

РЭВО артерий простаты (РЭВОАП) применима в лечении ДГПЖ. Метод основан на редукции артериального притока к органу, что приводит к выраженному уменьшению

В ближайшие 8–10 лет новых антибиотиков для лечения инфекций в урологии зарегистрировано не будет.

Вопросы хирургического лечения ДГПЖ – энуклеации аденоматозных узлов простаты с использованием инструмента для монополярной трансуретральной резекции простаты – поднял в своем выступлении самый молодой профессор Сибири А.Ю. Цуканов (ОГМА, Омск). Он отметил, что пациентам, которым планируется данное вмешательство, необходимо выполнять предоперационное навигационное исследование, включающее магнитно-резонансную томографию (GE Signa Infinity 1.0) в 3 проекциях, в режимах T1- и T2-ВИ, T2-FS, T1 3D SPGR, T1 3D SPGR с динамическим контрастным усилением – Магневист, 15 мл с целью оценки пространственных взаимоотношений узлов аденомы, определения конфигурации шейки мочевого пузыря, определения зон гиперваскуляризации узлов. У профессора есть личный опыт выполнения энуклеации аденоматозных узлов простаты у 15 пациентов. Он отметил техническую выполнимость этой операции при соблюдении определенных технических нюансов, с которыми он подробно поделился с участниками Конгресса.

объема простаты и снижению выраженности симптомов нижних мочевых путей. Он может быть рекомендован при больших размерах простаты, при наличии противопоказаний к стандартному оперативному лечению или первым этапом лечения ДГПЖ – с целью уменьшения размеров последней.

Много докладов было посвящено мочекаменной болезни (МКБ). Комплексное лечение и метафилактика уратного и смешанного уролитиаза были рассмотрены в докладе проф. В.В. Борисова (Первый МГМУ им. И.М. Сеченова). В своем докладе профессор подробно рассказал о превратностях регистрации БАДов и лекарственных препаратов. Несмотря на трудности, в России в настоящее время зарегистрировано 50 тыс. различных БАДов, а число людей, их употребляющих, составляет 20 % всего населения (для сравнения: в США – 80 % населения, в Японии – 90 %). Некоторые БАДы применяются в лечении МКБ с большим успехом.

Фитотерапии МКБ был посвящен доклад В.А. Шадёркиной (Москва), в котором были озвучены результаты клинического исследования применения препарата Роватинекс у пациентов с МКБ. Исследование проводилось на базе НИИ урологии (Москва). Во главе исследования стояли

Новые возможности рентгенэндоваскулярной хирургии в уроандрологии представил проф. Д.Г. Курбатов. При варикоцеле возможно выполнение рентгенэндоваскулярной окклюзии (РЭВО) семенных вен, преимуществами которой являются высокая эффективность (до 95 %) и быстрая реабилитация пациентов, возможность выполнения операции в амбулатор-

Продолжение на стр. 9 ▶

УРОРЕК®

Силодозин 4мг; 8мг

Учащенное мочеиспускание

Никтурия

Чувство неполного опорожнения мочевого пузыря

Качество жизни

ДЛЯ ИДЕАЛЬНОГО СЧЕТА в матче против ДГПЖ

УРОРЕК® является наиболее уроселективным альфа-блокатором. УРОРЕК® способствует облегчению симптомов ДГПЖ, повышает уровень качества жизни пациентов.

- ✓ САМЫЙ УРОСЕЛЕКТИВНЫЙ АЛЬФА-БЛОКАТОР НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ^{1,2,3}
- ✓ БОЛЕЕ ВЫСОКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ В ОТНОШЕНИИ СИМПТОМОВ, ВЫЗЫВАЮЩИХ НАИБОЛЬШЕЕ БЕСПОКОЙСТВО У ПАЦИЕНТОВ (одновременно учащенное мочеиспускание, никтурия и чувство неполного опорожнения мочевого пузыря), по сравнению с тамсулозином⁴
- ✓ ДОКАЗАННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ В ОТНОШЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ^{4,5}

1. Sawinetti T et al. Yakuzaigaku Zasshi 2006; 126: 209-216
 2. Schmitt DA, Roehrborn CG, et al. Urol 2008; 15: 193-199
 3. Urology 2008; 11: 58-513
 4. Montorsi F. Eur Urol Suppl 2010; 9: 401-405
 5. Shalibani Integrated Summary of Safety, September 2008, data on file

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

Для медицинских работников и специалистов здравоохранения.

Отчет о I Конгрессе урологов Сибири

◀ Окончание, начало на стр. 8

такие известные ученые, как д.м.н., проф. Н.К. Дзеранов и к.м.н. А.В. Сивков. Результаты работы убедительно доказали, что Роватинекс обеспечивает быстрое отхождение мелких конкрементов почек и мочеточников и фрагментов камней, особенно после дистанционной литотрипсии (ДЛТ) и других вмешательств, снижает интенсивность почечной колики, повышает диурез и улучшает функцию почек, что подтверждает более чем 50-летняя история применения Роватинекса в мире.

Залогом успешного лечения этой категории пациентов является комплексное обследование, которое должно включать мультиспиральную компьютерную томографию с денситометрией, что позволяет выбрать оптимальный метод лечения – дистанционную ударно-волновую литотрипсию, рентгеноэндоскопический метод, операцию из мини-доступа либо их комбинацию.

Ф.П. Капсаргин

Главный уролог Томской области проф. **А.В. Гудков** рассказал о принципиальных отличиях электронаноимпульсной литотрипсии от электрогидравлической, а главный уролог Красноярского края проф. **Ф.П. Капсаргин** обосновал выбор метода лечения конкрементов мочеточников. По данным 2011 г., заболеваемость МКБ в Красноярском крае составила 7,4 на 100 тыс. населения (по сравнению с 6,0 в 2006 г.), из всех пациентов, госпитализированных в урологическое отделение КГБУЗ ККБ, число больных с МКБ составляет 31,1 %. По мнению профессора, залогом успешного лечения этой категории пациентов является комплексное обследование, которое должно включать мультиспиральную компьютерную томографию с денситометрией, что позволяет выбрать оптимальный метод лечения – дистанционную ударно-волновую литотрипсию, рентгеноэндоскопический метод, операцию из мини-доступа либо их комбинацию. Также необходимо стремиться к малоинвазивным вмешательствам, которые сокращают сроки госпитализации в среднем на 6 суток.

Для лечения камней мочеточников, осложненных острым калькулезным пиелонефритом, при локализации конкремента в нижней трети показана пункционная нефростомия с последующей контактной литотрипсией, при камнях верхней трети мочеточника – ДЛТ, а при неэффективности – уретеролитотомия из мини-доступа с внутренним дренированием мочеточника.

Много докладов на Конгрессе было посвящено инфекциям мочеполовых путей, их диагностике и лечению. Почему некоторые препараты «не работают»? Кто виноват и что делать? На такие нелегкие вопросы ответил проф. **В.В. Рафальский**. Пациенты с неэффективностью антимикробной терапии, так называемые «неответчики», представляют собой искусственно выделяемую, достаточно гетерогенную категорию больных, основным объединяющим признаком для которых является неэффективность терапии первой линии. В современной литературе очень мало работ, посвященных анализу причин неэффективности антибиотикотерапии при инфекциях мочевых путей (ИМП). Современные руководства не дают никаких рекомендаций на случай неэффективности первой линии лечения. Каковы же причины неэффективности? По мнению В.В. Рафальского, это:

- неправильный выбор антибактериального препарата, небактериальная инфекция, нечувствительность или устойчивость ин-

- функции к выбранному антибиотику, неправильные результаты посева;
- неправильный выбор формы, пути введения, дозы, длительности курса препарата;
- несоблюдение пациентами рекомендаций врача, развитие нежелательных явлений, взаимодействие препарата с другими лекарствами или продуктами, которые снижают его эффективность;
- наличие осложняющих факторов, необходимость более агрессивного лечения – в том числе хирургического, рецидив инфекции;
- прием препарата низкого качества.

Что же делать, если назначаемая нами антибактериальная терапия первой линии неэффективна? По мнению докладчика, надо сменить класс антибиотика, т. е. правильно выбрать препарат 2-й линии. В качестве таких препаратов при внебольничных ИМП было рекомендовано применение левофлоксацина в течение 10 дней, если фторхинолоны ранее не применялись, и цефалоспоринов III поколения, если были неэффективны фторхинолоны.

Если у возбудителей заболеваний развивается устойчивость к антибактериальным препаратам, может быть нужны новые антибиотики? Отнюдь. В урологии в меньшей степени, чем в других областях медицины существует потребность в преодолении множественно-устойчивой нозокомиальной инфекции. Прогноз по новым препаратам неутешителен – в ближайшие 8–10 лет новых антибиотиков для терапии инфекций в урологии зарегистрировано не будет. Наряду с этим существует потребность в постоянном совершенствовании «старых» антибиотиков – разработка новых лекарственных форм, показаний, схем терапии. Одним из вариантов совершенствования «старых» антибиотиков является комбинация с препаратами для предотвращения экологического ущерба от антимикробных препаратов.

Исследования последних лет показывают, что в детском и подростковом возрасте возникает до 64 % заболеваний, представляющих непосредственную или опосредованную угрозу репродуктивной функции мужского организма.

Н.Н. Кузнецова

Проф. **Е.В. Кульчавена** представила вниманию участников доклад на редкую тему «Абактериальный цистит». Может ли цистит протекать без бактериурии? Когда встречается пиурия без бактериурии? Такая ситуация наблюдается при интерстициальном или вирусном цистите (который может быть даже геморрагическим, вызванным вирусом генитального герпеса), туберкулезе и лейкоплакии мочевого пузыря. Далее были представлены схемы лечения каждого из видов поражения мочевого пузыря.

Далее профессор рассказала о причинах рецидивов циститов у женщин и мерах профилактики, отметив необходимость упорядочения половой жизни, отсутствия случайных и незащищенных половых связей, отказа от использования спермицидов, профилактического применения уросептиков и анти-

РОВАТИНЕКС

Производитель: Рова Фармасьютикалс 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

биотиков после полового акта, иммуноактивной профилактики.

О репродуктивном потенциале мужчин Кузбасса урологи узнали из доклада **Н.Н. Кузнецовой**. В рамках Проекта по изучению репродуктивного потенциала мужчин Сибири и европейского Севера России был обследован 281 мужчина.

Из них только 30 % имели параметры эякулята, соответствующие ВОЗ. Уже сейчас в стране становится все меньше здоровых молодых людей и подростков – по данным Министерства обороны, почти каждый 2-й призывник признается негодным к военной службе. По данным Министерства образования и науки РФ, число выпускников 11-х классов с 2005 по 2010 гг. уменьшилось в 2 раза. Исследования последних лет показывают, что в детском и подростковом возрасте возникает до 64 % заболеваний, представляющих непосредственную или опосредованную угрозу репродуктивной функции мужского организма. И все это происходит на фоне отсутствия диспансеризации подростков, отсутствия приема уролога во всех (!) детских поликлиниках г. Кемерово. В 2011 г. 6 врачей-урологов прошли краткосрочное повышение квалификации по теме

«Детская урология-андрология» на кафедре детской хирургии КемГМА, после чего они приняли активное участие в первой за долгие годы диспансеризации 750 подростков. Не требовали обследования, лечения, наблюдения 20 % из них; у остальных имелись урологические заболевания (фимоз – 90 случаев, варикоцеле II степени – 142, гипоплазия яичка – 86, киста придатка – 80, баланопостит (!) – 201, ожирение (!) – 138). К сожалению, на сегодняшний день состояние репродуктивного потенциала таково, что каждая 2-я семейная пара из нынешних девочек и мальчиков дошкольного и школьного возраста к моменту совершеннолетия не сможет завести своего ребенка. Резюмируя вышесказанное, остается приложить силы, знания, энергию всех урологов-андрологов для сохранения нашего будущего.

На этом Конгрессе была продолжена давняя традиция сибирских урологов, а именно – подведены итоги конкурса молодых ученых «У нас есть будущее». На строгий суд ведущих специалистов России и профессиональной урологической интернет-аудитории были представлены 8 работ на самые разные темы. Обсуждение проводилось на урологическом информационном портале UroWeb.ru, с работами были ознакомлены главные урологи областей, заведующие кафедрами урологии со всей Сибири. По итогам обсуждения были выбраны победители конкурса, которые получили памятные подарки.

Несомненно, такие мероприятия необходимо развивать, расширять аудиторию с помощью интернет-трансляций. В следующем году урологи Сибири встретятся в Томске.

Андрология – взгляд в будущее

VII Международный Конгресс Профессиональной ассоциации андрологов России (ПААР)



Алла Андреевна Солодова

Специальный корреспондент газеты «Урология сегодня», корреспондент журнала «Детали мира»

asolodova@detailimira.com

Около 400 специалистов из Европы, США, Кореи, Китая, Японии и стран СНГ собрались на VII Международном Конгрессе Профессиональной ассоциации андрологов России (ПААР), который состоялся 23–26 мая 2012 г. в г. Сочи.

Клеточные технологии, генитальная хирургия, детская андрология, этические и юридические тонкости андрологической практики, особенности восточной урологии... Это лишь малая часть вопросов, которые обсуждались в ходе докладов, круглых столов и дискуссий Конгресса, впервые организованного двумя общественными организациями – ПААР и Межрегиональной общественной организацией детских урологов-андрологов (МООДУА). Уже решено, что следующий Конгресс пройдет в 2013 г. в заливе Японского моря, на острове Русский.

О чем говорили андрологи

Немало внимания участники Конгресса посвятили будущему урологии – фундаментальным и клиническим исследованиям. Кристина Вонг, президент Международного общества андрологов, профессор Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе (UCLA School of Medicine), рассказала о перспективах развития гормональной контрацепции для мужчин. Согласно докладу доктора Вонг в США на стадии клинических испытаний уже находятся 3 молекулы, еще несколько химических соединений смоделированы или проходят испытания на животных. «По данным опроса общественного мнения, гормональные контрацептивы для мужчин будут востребованы, хотя и есть некоторая проблема недоверия женщин своим партнерам, – рассказывает Кристина Вонг. – Тем не менее, исследования в этой области ведутся; интерес к мужским гормональным контрацептивам высок, и поэтому информация нередко закрыта».

Доктор Чжун Чэн Синь из Пекинского университета (Peking University) рассказал о возможностях увеличения микропениса с помощью полимера и стволовых клеток жировой ткани – adipose derived stem cells (ADSC).



В России в некоторых клиниках и институтах тоже разрабатываются клеточные технологии, но их исследования и апробация существенно затруднены – все еще не принят соответствующий закон («О новых биомедицинских клеточных технологиях»). Хотя именно на клеточную и тканевую инженерию многие специалисты возлагают надежды, в том числе и в области урологии, отметили участники Конгресса.

В Китае уже начались клинические испытания полимерно-клеточного имплантата для увеличения пениса, сообщил доктор Синь. К настоящему моменту срок наблюдения за пациентами составляет более 6 мес, и результаты обнадеживают, говорит профессор:

В России разрабатываются клеточные технологии, но их исследования и апробация существенно затруднены – все еще не принят соответствующий закон («О новых биомедицинских клеточных технологиях»).

«С помощью технологии удастся увеличивать не только длину, но и диаметр пениса». Доктор Синь получает клетки из жировой ткани самого пациента, т. е. они – аутологичные. «Культивация продолжается около 2 недель, после чего матрикс, заселенный ADSC, имплантируется пациенту, – продолжает доктор Синь. – ADSC просто получать, жир – наиболее доступная ткань, не требующая наличия донора. Более того, в жировой ткани концентрация стволовых клеток в сотни и тысячи раз больше, чем в костном мозге». Этими же клетками китайские ученые с помощью периуретральных инъекций лечат стрессовое недержание мочи у экспериментальных мышей, рассказывает Чжун Чэн Синь: «Изучая ADSC, уже 8 наших аспирантов получили ученые степени».

Специалисты из Китая рассказали об истории и перспективах развития фитотерапии, отметив, что опыт применения растительных препаратов в сексуальной медицине исчисляется тысячелетиями. «За это время значительно



Президиум одного из заседаний Конгресса

изменился подход к фитопрепаратам, сейчас теория и практика растительной медицины выделены в отдельное направление, частично исследованы механизмы влияния растительных препаратов, – продолжил доктор Синь. – Сейчас в восточной фитомедицине используется около 200 трав, применение почти 150 из которых покрывается национальными системами страхования».

Доктор Синь рассказал, что в Китае травяные препараты могут быть использованы в качестве биологически активной добавки к пище и даже как специализированные лекарственные препараты для лечения эякуляторных расстройств, нарушения кровотока половых органов и, например, простатита. Одно из последних достижений китайской фитотерапии – это обнаружение икариина, который может быть использован для лечения эректильной дисфункции (ЭД). Икариин (C33H40O15) содержится в козьем сорняке (Epimedium) и в экспериментах *in vivo* молекула уже доказала свою способность улучшать эректильную функцию.

«Икариин и его метаболит икарисид II – это специфические ингибиторы ФДЭ-5, – подвел итог своего доклада доктор Синь. – Регулярное использование икариина, вероятно, позволит избежать развития ЭД у пациентов с диабетом. Но мы должны провести еще не одно исследование для того, чтобы выяснить, действительно

ли это химическое соединение может быть использовано в фармакологии».

Описывать механизмы действия фитопрепаратов достаточно сложно, отметили специалисты. В большинстве случаев приходится оперировать многовековым опытом народной медицины и наблюдаемыми клиническими эффектами. Ю.М. Еселевский, д.м.н., ведущий научный сотрудник НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, рассказал о гемодинамических исследованиях (УЗДГ) простаты, пениса и тестикул с фармакологической пробой. Согласно данным доктора Еселевского, через 1 мес после лечения увеличивается кровоснабжение кавернозных тел и показатели периферического сопротивления, что при сексуальной стимуляции свидетельствует о готовности полового члена к возникновению и поддержанию эрекции. Уже через час после применения препарата в предстательной железе появляется тенденция к возрастанию показателей тонуса и периферического сопротивления. За счет тонического сопротивления стенок сосудов увеличивается кровоток. Через месяц сохраняется высокое артериальное наполнение и уменьшается периферическое сопротивление. Увеличение кровоснабжения наблюдается и в тестикулах, отметил Юрий Михайлович. «Препарат, который применяется для фармакологической пробы, может использоваться в качестве патогенетического средства у больных с хроническим простатитом, протекающим с уменьшением органного артериального притока, и ЭД», – подводит итоги клинического исследования докладчик.

Затрагивая вопросы использования биологически активных добавок в лечении ЭД,

Продолжение на стр. 11 ▶

СЕЛЦИНК® ПЛЮС

антиоксидантный комплекс

СОСТАВ:

- Цинк (7,2 мг)**
 - обеспечивает контроль экспрессии генов в процессе пролиферации и дифференцировки клеток [2]
 - участвует в формировании чувствительности к различным гормонам и факторам роста [2]
- Селен (50 мкг)**
 - снижает риск возникновения рака простаты [3, 4]
 - необходим для антиоксидантной защиты клеточных мембран [5]

Витамины: Е (31,5 мг), С (180 мг) и В-каротин (4,8 мг)
В сочетании с СЕЛЕНОМ и ЦИНКОМ обеспечивают полный цикл функционирования антиоксидантной системы организма – окисление чужеродных веществ и дальнейшее связывание и выведение активных метаболитов [6]

Драгоценность для мужского здоровья

Помогает улучшить ключевые параметры спермограммы [1]



1. Сивков В.А. и др. Эффективность и безопасность препарата Селцинк плюс у пациентов с хроническим нефункциональным простатитом и нарушением фертильности. CONSILIUMMEDICUM, Том 13, № 7

2. Фофанова И.Ю. Современные поливитаминные препараты (обзор литературы) // Патология беременности, 2004. Т. 6. № 2.

3. Combs GF Jr, Clark LC, Turnbull BW. An analysis of cancer prevention by selenium // Biofactors, 2001. 14(1-4):153-9.

4. Clark LC, Combs G.F., Turnbull B.W. The nutritional prevention of cancer with selenium 1983-1993: A randomized clinical trial // JAMA, 1996. Vol. 276.P. 1957-1963.

5. Анисимов В.Н. Современные представления о природе старения // Успехи современной биологии, 2000. № 2. С. 156-164.

6. Скальницкий А.В. Химические элементы в физиологии и экологии человека. М. Оникс 21 век. Мир, 2004

PRO.MED.CS Praha a.s.

Представительство в Москве: тел./факс (495) 665-61-03. E-mail: promedics@promedics.ru

Андрология – взгляд в будущее

VII Международный Конгресс Профессиональной ассоциации андрологов России (ПААР)

◀ Продолжение, начало на стр. 10

участники Конгресса не могли не вспомнить об алкоголе: алкоголь усиливает приток крови к органам малого таза, и тем самым повышая сексуальное возбуждение, и одновременно затрудняет отток – т. е. тормозит эрекцию, эякуляцию и оргазм. Впрочем, вопрос применения этанола для лечения ЭД и других сексуальных расстройств остался за рамками профессионального обсуждения проблемы. Хотя, по мнению некоторых специалистов, андрологам все-таки необходимо разобраться, в каких случаях этанол может быть «другом», а в каких – «врагом» пациента.

Д.м.н. Б.М. Ворник, профессор кафедры сексологии и медицинской психологии ХМАПО, поднял вопрос психосоматических расстройств у андрологических пациентов. Он обратил внимание урологов, что выраженность соматических жалоб не всегда связана с наличием органических поражений. Так, по данным проф. Б.М. Ворника, почти в 70 % случаев хронический простатит имеет психогенный или ятрогенный характер происхождения; в более чем 60 % случаев при детальном обследовании соматический диагноз приходится менять на психогенный.

С сообщением проф. Ворника переключаются и результаты исследования, полученные в работе урологов из ФГБУ «НИИ урологии» (Е.А. Ефремов). Так, по данным исследователей, у больных с предполагаемым васкулогенным нарушением эрекции нераспознанные при традиционном обследовании нейрогенные патогенетические факторы ЭД могут приво-

дить к выявлению отягочающих причин заболевания. А по данным исследователей из СЗГМУ им. И.И. Мечникова (Санкт-Петербург), у части пациентов психиатрических больниц также наблюдаются «урологические» проблемы, которые при более детальном изучении оказались мнимыми и могли быть расценены как симптом в составе синдрома психического заболевания.

«Психопатологические синдромы могут проявляться андрологическим расстройством, и андрологическое расстройство, в свою очередь, может сопровождаться психопатологической реакцией. В то же время существуют и параллельно развивающиеся психопатологические и андрологические расстройства – например, хронический простатит у пациентов с астено-депрессивным синдромом», – завершил проф. Ворник, обратив внимание на необходимость развивать трансдисциплинарный подход. Он также рассказал о методах экспресс-психодиагностики в амбулаторных условиях и особенности оказания помощи пациентам с психосоматическими андрологическими расстройствами.

Немало внимания участники Конгресса уделили и новым препаратам (в том числе и натуральным продуктам), и новым перспективным разработкам, предназначенным для лечения ЭД. Специалисты из НИИ урологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М. Сеченова провели ликбез по диагностике и тактике лечения ЭД. Как показал опрос, ликбез был необходим – многие из присутствующих урологов не знали, что такое ЭД, и какие показатели играют ключевую роль в выборе тактики лечения.

Д.м.н. Е.А. Ефремов (ФГБУ «НИИ урологии», Москва) обратил внимание на противопоказания к применению ингибиторов ФДЭ-5 (тяжелые сердечно-сосудистые заболевания, прием нитратов и (или) донаторов NO, артериальная или ортостатическая гипотензия, аортальный стеноз или гипертрофическая анемия obstructивного типа). В случае невозможности применения ингибиторов ФДЭ-5 необходимо использовать препараты, влияющие на способность эндотелия вырабатывать NO. Одним из таких препаратов является Импаза, в основе которого лежат сверхмалые дозы антигелк к эндотелиальной NO-синтазе. Его преимущества перед другими препаратами для лечения ЭД очевидны – возможность сочетания с нитратами и альфа-блокаторами; эффективность при психогенной, артериогенной и нейрогенной ЭД; отсутствие привыкания и синдрома отмены. Большим плюсом является его ценовая доступность. Е.А. Ефремов рассказал о результатах исследования эффективности Импазы у пациентов с ЭД, проведенного в НИИ урологии и подтвердившего все положительные качества этого препарата.

В докладе проф. Л.М. Рапопорта были озвучены данные исследования лечения ЭД после радикальной простатэктомии (РПЭ), которое проводилось в Клинике урологии ММА им. И.М. Сеченова. С целью коррекции ЭД применялся уденафил в дозировке 50 мг, который уже признан в мире как эффективный и безопасный элемент пенильной реабилитации после РПЭ. Положительным моментом является минимизация побочных эффектов (отсутствие случаев миалгии) при приеме уденафила в отличие от тадалафила.

Особый интерес участников Конгресса вызвал доклад проф. Рейзмана (Нидерланды), в котором показано положительное влияние ингибиторов ФДЭ-5 тадалафила и уденафила на синдром нижних мочевых путей (СНМП). Одной из теорий сочетания СНМП и ЭД является теория атеросклеротического поражения сосудов мочеполовых органов.



Проф. Э. Аустони

Йоната Славиковска-Хильгер обратила особое внимание на гормональные нарушения и полиморфизмы генов ER, FSH и LH. Специалисты кафедры клинической андрологии РУДН сообщили об ультраструктурных изменениях сперматозоидов, которые мешают не только нормальному зачатию, но и вспомогательным репродуктивным технологиям. Ими был выполнен анализ около 130 неудачных протоколов ВРТ (ИКСИ, ИМСИ), в которых был исключен женский фактор бесплодия, с остановкой в развитии изначально хороших эмбрионов на 3–5-е сутки культивирования. По данным исследователей, в большинстве случаев в сперматозоидах наблюдается нарушение упаковки хроматина – изменения, не фиксируемые световой микроскопией; нередко встречаются сперматозоиды с нарушением структуры хромосомы, митохондрий или аксонемы. При таких нарушениях спермограмма зачастую выглядит нормальной, и о наличии патологии говорят только привычная невынашиваемость беременности или неоднократные неудачи при ВРТ.

«В РФ отсутствует достоверная статистика о распространенности мужского бесплодия, – рассказал в своем докладе И.М. Рохликов, главный окружной уролог ЦАО. – Нет четких критериев, по которым мужчине, состоящему в бесплодном браке, должен выставляться диагноз «№ 46». А с 2010 г. из статистических отчетов учреждений здравоохранений строка «мужское бесплодие № 46» вовсе исключена».

Хроническая ишемия, являясь следствием атеросклероза, ведет к фиброзированию стромального компонента простаты, атрофии шейки мочевого пузыря и снижению сократительной способности гладкомышечного аппарата нижних мочевых путей, что ведет к развитию ЭД и появлению СНМП. Профессор отметил, что прием ингибиторов ФДЭ-5 при ЭД в сочетании с СНМП, вызванных доброкачественной гиперплазией предстательной железы, особенно в сочетании с одновременным приемом альфа-блокаторов, таких как доксазозин, улучшает не только сексуальную жизнь пациентов, но и качество мочеиспускания.

Урологи обсудили вопросы, связанные с изменением структуры сперматозоидов. «В последние 50 лет во всем мире наблюдается ухудшение качества спермы, – сообщила проф. Йоната Славиковска-Хильгер из Медицинского университета Лодзи (Medical University of Lodz), приведя данные о количественных и качественных изменениях эякулята. – Наблюдаемые эффекты могут быть артефактом, так как в исследованиях принимали участие добровольцы. В связи с этим следует уделить внимание целенаправленному изучению данного вопроса».

Впрочем, в России вопросу качества спермы зачастую и вовсе не уделяется внимания, отметили участники Конгресса. Так, по официальным данным, бесплодных москвичей можно пересчитать по пальцам. «В РФ отсутствует достоверная статистика о распространенности мужского бесплодия, – рассказал в своем докладе И.М. Рохликов, главный окружной уролог ЦАО. – Нет четких критериев, по которым мужчине, состоящему в бесплодном браке, должен выставляться диагноз «№ 46». А с 2010 г. из статистических отчетов учреждений здравоохранений строка «мужское бесплодие № 46» вовсе исключена».

Российские специалисты рассказали о скрининговых тестах для определения фертильности, обсудили целесообразность массового исследования фертильности у взрослого мужского населения и преимущества микроскопических, макроскопических и биохимических методов исследования эякулята.

В рамках Конгресса ПААР состоялся круглый стол по изучению причин мужского

Продолжение на стр. 12 ▶



МУЖСКАЯ СИЛА УВЕРЕННОСТЬ
 ВЫНОСЛИВОСТЬ УСПЕХ
 РЕГУЛЯРНОСТЬ ЖЕЛАНИЕ
 ПОТЕНЦИЯ СЕКС
 ТВЕРДОСТЬ ЛЮБОВЬ
 СЕКС ЖЕЛАНИЕ
 УВЕРЕННОСТЬ
 ТВЕРДОСТЬ
 РЕГУЛЯРНОСТЬ

ЖИЗНЬ МЕНЯЕТСЯ В КОРНЕ

Информация о препарате

Состав: антитела к эндотелиальной NO-синтазе — 0,003 г. **Показания к применению:** Нарушения эрекции (эректильная дисфункция) различного происхождения. Вегетативные расстройства климактерического периода у мужчин (слабость, утомляемость, снижение физической активности, снижение либидо и др.). **Способ применения и дозы:** Регулярный прием. Для стабилизации половой потенции — лечебно-профилактический курс длительностью не менее 12 недель. При необходимости курсовую терапию можно повторить через 3-6 месяцев. **Периодический прием:** Для эпизодического стимулирования эрекции препарат принимается перед половым актом по 2 таблетки за 1-2 часа до предполагаемой близости. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами:** Возможно применение Импазы на фоне приема нитратов у больных ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения I-II функционального класса), а также применение совместно с бета-адреноблокаторами, диуретиками, ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента (АПФ), антагонистами кальция. **Побочное действие:** При использовании препарата по указанным показаниям и в указанных дозировках побочного действия не выявлено.

materia medica
 Новый путь к здоровью!

ООО «НПФ «Материя Медика Холдинг»
 127473, Москва, 3-й Самотечный переулок, д. 9
 Телефон: +7 (495) 684-4333

Андрология – взгляд в будущее

VII Международный Конгресс Профессиональной ассоциации андрологов России (ПААР)

◀ Окончание, начало на стр. 10

бесплодия, который блестяще провел В.А. Божедомов. По мнению российских и зарубежных урологов, одной из причин является гиперпродукция активных форм кислорода (АФК): озона, свободных радикалов, перекиси водорода. Этот механизм служит причиной бесплодия у 30–80 % мужчин.

В небольших количествах АФК необходимы для нормальной регуляции функции сперматозоидов, но если их количество повышается, это приводит к оксидативному стрессу – повреждению мембраны сперматозоидов, снижению их подвижности, повреждению ДНК хромосом, апоптозу сперматозоидов, что завершается снижением оплодотворяющей способности, крайним проявлением которого является мужское бесплодие.

Устранить оксидативный стресс можно несколькими путями – исключение вредных внешних факторов (перегревания, загрязнения внешней среды, устранения действия токсинов); лечение инфекций, передающихся половым путем, инфекционно-воспалительных заболеваний мочеполовых путей; оперативное лечение варикоцеле (если оно сопровождается оксидативным стрессом). Важным патогенетическим методом лечения оксидативного стресса является применение антиоксидантов (Селцинк плюс), которые связывают свободные АФК и останавливают цепь событий, следующих за повреждением сперматозоидов. Многочисленные клинические исследования, проведенные за рубежом, показали эффективность

такого патогенетически направленного метода лечения мужского бесплодия.

Особое внимание участники Конгресса уделили детской андрологии и генитальной хирургии. Специалисты МООДУА рассказали, что около 50 % несовершеннолетних мальчиков имеют разной сложности отклонения в развитии репродуктивной системы. «Счастье отцовства появляется гораздо раньше, еще до появления ребенка на свет, – говорит Д.И. Тарусин, проф., д.м.н., руководитель Научно-практического центра детского репродуктивного здоровья. – Это происходит на уровне сперматогенеза, во время упаковки хроматина протаминовыми и гистоновыми белками. Прогнозировать состояние мужского здоровья и принимать адекватные меры по его сохранению необходимо еще в детском возрасте».

Проф. Эль Хадиди провел мастер-лекцию, рассказав об особенностях лечения осложненной реконструкции уретры по поводу гипоспадии у взрослых. Специалисты снова отметили, что гипоспадию необходимо лечить в детском возрасте, пока ребенок еще не осознает свою половую принадлежность. «Еще несколько лет назад нам казалось, что мы уже все знаем о гипоспадии и готовы начать работать эффективно, – начал свой доклад Асаад Матар, детский уролог-андролог из Московского научно-исследовательского института педиатрии и детской хирургии. – Но сейчас и диагностика улучшилась, и уровень заболеваемости возрос». Поэтому на Конгрессе ПААР хирургии полового члена у детей была посвящена целая секция. Здесь обсудили и слож-



Во время сессии

ные случаи, и уродинамические показатели у детей с различными формами гипоспадии.

В своем докладе Асаад Матар рассказал о хирургической коррекции дистальной гипоспадии, выборе анестезии, методах наложения повязки, микрохирургических инструментах, шовном материале и других тонкостях хирургии, «привезенных» в Россию с международных конгрессов и школ по гипоспадии. «Сейчас мы уже оперируем детей 6-месячного возраста», – продолжил Асаад Матар, отметив, что идеальный возраст для лечения гипоспадии завершается примерно в 2 года. На фотографиях, демонстрирующих отдаленные результаты хирургического лечения гипоспадии у детей, присутствующие андрологи с трудом отличали оперированные органы от здоровых половых членов. Асаад Матар и его коллеги из Казани также сообщили о результатах предоперационной подготовки детей с гипоспадией. Чтобы решить проблему недостатка пластического материала для коррекции гипоспадии, врачи использовали препараты тестостеронового ряда (масляный раствор и водно-спиртовой гель), которые усиливают процессы тканевого метаболизма и пролиферацию клеток, т. е. приводят к росту тканей полового члена. По данным исследователей, предоперационная гормональная терапия водно-спиртовым гелем тестостерона позволяет решить проблему дефицита кожи у мальчиков со средними проксимальными формами гипоспадии уретры.

Участники Конгресса также смогли ознакомиться с лучшими докладами 9-го Конгресса ESAU, прошедшего в Санкт-Петербурге в ноябре 2011 г. – каждый врач получил диск с видеожурналом операций, который издан силами проекта Uro.TV (урологическое телевидение). Издательский дом «АБВ-пресс» представил уникальную книгу – «Атлас по реконструктивной хирургии полового члена» проф. Эдоардо Аустини, изданную под редакцией проф. Петра Андреевича Щеплева. «Благодаря партнерам из России эта книга – руководство по генитальной хирургии – теперь «заговорила» и на русском языке», – сказал проф. Аустини, отметив высокое качество издания.

Качество и амбициозность

В России андрология существует «вне закона». «Система подготовки будущего врача уролога-андролога не имеет нормативной базы, а потому и «качество» специалиста в большей мере зависит от желания и амбициозности самого специалиста, – считает И.М. Рохликов. Андрология является субспециальностью урологии,

поэтому каждый уролог в той или иной мере является андрологом. Но кто и как учит уролога основам андрологии? Студент медицинского ВУЗа всю андрологию успевае «пройти» за 5–6 занятий в течение 1 недели. Объем знаний в области андрологии у выпускника клинической ординатуры по урологии зависит от традиций кафедры и заинтересованности обучающегося. На циклах общего усовершенствования по урологии (144 часа), которые мы проходим каждые 5 лет, проблемы андрологии освещаются более чем поверхностно».

Спасение утопающих – дело рук самих утопающих! С этим согласны и европейские коллеги, участвовавшие в Конгрессе. «К сожалению, многие российские специалисты не посещают международные конгрессы и симпозиумы из-за элементарного незнания английского языка, – говорит проф. Эль Хадиди, председатель отделения детской хирургии больницы Оффенбах. – Не обмениваясь опытом со своими зарубежными коллегами, не получая новых знаний о международной практике, врач «варится в собственном соку» и не совершенствуется».

«Мы довольны Конгрессом. Новые знания и общение с коллегами из России и Европы способствуют развитию урологии в нашей республике, мотивируют коллег к профессиональному совершенствованию», – соглашается д.м.н. Д.Н. Солихов, приехавший на мероприятие с делегацией докторов из Таджикистана.

«Почти безграничные возможности для профессионального обучения и совершенствования предоставляет урологам Интернет, – отметил в своем докладе зав. отделом телемедицины И.А. Шадёркин (НИИ урологии). – В последние годы мы являемся свидетелями бурного технологического прорыва в области коммуникаций, что отражается на росте интернет-аудитории. Из всех врачей, к нашей общей гордости, урологи являются самыми активными пользователями Интернета (42 %), по сравнению с терапевтами (12 %), педиатрами (18 %), онкологами (33 %). Для урологов в сети представлены новости урологии, веб-касты выступлений, онлайн-трансляции мероприятий, телемосты и т. д. Новым многообещающим проектом является урологическое телевидение – Uro.TV – своеобразный «урологический YouTube».

Проведение подобных мероприятий в России – огромное достижение общественных организаций, которые частично компенсируют недостаток образовательной системы в РФ, считают участники Конгресса. В 2013 г. повысить свой профессиональный уровень андрологи смогут на острове Русский.

Артезин®

ДОКСАЗОДИН

УЛУЧШАЕТ
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ
ПАЦИЕНТОВ С ДГПЖ
И ХРОНИЧЕСКИМ
ПРОСТАТИТОМ

ГАРАНТИРУЕТ
БЫСТРОЕ
НАСТУПЛЕНИЕ
ЭФФЕКТА

ДОКАЗАНО
УЛУЧШАЕТ
УРОДИНАМИКУ

ОБЛАДАЕТ ВЫСОКИМ
ПРОФИЛЕМ
БЕЗОПАСНОСТИ

НОРМАЛИЗУЕТ
ЛИПИДНЫЙ
ПРОФИЛЬ

СНИЖАЕТ
РИСК РАЗВИТИЯ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ
ОСЛОЖНЕНИЙ
И ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ

**ОТВЕТСТВЕННЫЕ РЕШЕНИЯ
МУЖСКИХ ПРОБЛЕМ**

Польская ассоциация урологов



Збигнев Вольски

Проф., вице-президент PUA, главный редактор «Urological Review»
klurol@cm.umk.pl



Польская ассоциация урологов (PUA) была основана в Варшаве 27 апреля 1949 г. Однако первые организационные собрания были проведены еще в 1938 г., но начало Второй мировой войны нарушило эти профессиональные планы.

Первым президентом PUA был избран доктор Вацлав Лиллоп, вице-президентом – проф. Станислав Ласковниcki, доктор Штефан Весоловски был назначен секретарем, а проф. Зигмунд Трачик возглавил казначейство. В то же время был основан официальный журнал PUA, главным редактором которого стал проф. Эмиль Михаловски. Вскоре должность президента PUA была передана проф. С. Ласковниcki.

В настоящее время в PUA состоит 1400 членов. Ассоциация включает 9 региональных подразделений и научных отделов.

Первый научный Конгресс PUA состоялся в Варшаве в 1950 г., в последующие годы конгрессы чередовались с Днями урологии, а с 1992 г. научный Конгресс PUA стал проходить ежегодно.

PUA является ассоциацией, имеющей научный, социальный и профессиональный профиль и официально действующей в республике Польша и за ее пределами. Ее цели, руководство, права, обязанности членов и ресурсы определяются Уставом организации.

Основной целью PUA является развитие урологии в Польше посредством распространения научных достижений среди урологов, организация обучения студентов, развитие последипломного образования, а также повышение общего профессионального уровня урологов. Важным моментом является формирование и консолидация этических стандартов, культивирование традиций и знание истории польской урологии.

PUA представляет интересы польских урологов и членов Ассоциации в вопросах с общественностью, профессиональными и местными органами власти в Польше и за ее пределами. Деятельность PUA основана на добровольной работе всех членов Ассоциации. Вышеперечисленные цели реализуются посредством организации и проведения многочисленных курсов, научных заседаний, научных конгрессов PUA, взаимодействия с органами государственной власти, Министерством здравоохранения Польши и ее регионов, медицинских университетов, образовательной активности. PUA стимулирует и поощряет научные публикации, взаимодействие с другими урологическими ассоциациями и научными институтами в Польше и за ее пределами.

Для достижения этих целей PUA уполномочена заниматься коммерческой деятельностью в соответствии с действующим законодательством Польши, особенно в области публицистики, сферы услуг и торговли.

- PUA допускает следующие уровни членства:
- полноправные члены – сертифицированные урологи, работающие в Польше;
 - врачи без сертификации уролога, работающие в Польше;
 - ассоциативные члены – врачи смежных специальностей;
 - ординаторы и резиденты, нуждающиеся в поддержке ассоциации;
 - почетные члены.

Руководящая структура PUA представлена следующим образом:

- Генеральная Ассамблея;
- Управляющий совет;
- Аудиторский комитет;
- Арбитражный совет.

Совет PUA состоит из президента, вице-президента, секретаря, казначея, 5 членов Совета, элект-президента (будущего президента), экс-президента и председателей отделов и региональных подразделений PUA, а также главного редактора официального печатного издания.

На заседаниях Совета PUA обязательно присутствуют национальные консультанты по урологии. В настоящее время президентом PUA является проф. Марек Сосновски, вице-президентом и избранным президентом, не вступившим в должность, – проф. Збигнев Вольски, казначеем назначен проф. Вальдемар Розански, а проф. Томас Демков занимает должность секретаря.

Срок полномочий Совета завершится в сентябре 2012 г., а новый состав Совета будет избран во время Конгресса PUA в Лодзи. В настоящее время в PUA состоит 1400 членов. Ассоциация включает 9 региональных подразделений и научных отделов: отдел эндоурологии и экстракорпоральной ударно-волновой терапии, отдел военной урологии, отдел сексуальной медицины и отдел резидентов в урологии. Штаб-квартира PUA располагается в Варшаве, где находится Отдел редакции PUA, Бюро Конгресса PUA, Отдел CME-CPD и образовательный комитет PUA.

Наиболее важным научным и образовательным событием является ежегодный научный Конгресс PUA. Программа Конгресса включает международные сессии, курсы, организованные Европейской школой урологии, курсы Школы урологии PUA, сессии резидентов в урологии, постерные сессии, видео-сессии, презентацию награжденных работ и сессию Ассоциации урологических медсестер. Сессии проводятся на польском и английском языках.

Мероприятие организует Бюро Конгресса PUA, которое обеспечивает высокое качество научной и социальной программы.

Кроме ежегодного Конгресса каждый год проводятся многочисленные научные мероприя-



Издания PUA: «Урологическое обозрение», «Центрально-европейский журнал урологии»



Совет PUA 2012

тия, организованные региональными подразделениями и научными отделами PUA. Они часто посещаются уважаемыми урологами из Европы и Америки.

гов в Европе). Стоит отметить, что 3 академических урологических клиники (Быдгощ, Щецин, Варшава) являются сертифицированными тренировочными центрами EBU.

С момента введения системы, аттестацию Европейского Совета урологии (FEU), включающую письменный тест EBU и устный экзамен EBU, прошли 435 урологов (среди всех 2813 урологов в Европе).

Также проводятся совместные заседания с урологами из Белоруссии и Украины. В последние годы PUA организовала Центрально-европейский Конгресс (СЕМ) в Варшаве (2008) и Северно-европейский Конгресс (NEEM) в Щецине (2009).

Крайне важной считается редакторская активность PUA. Отдел редакции PUA издает и ежеквартально публикует на английском языке официальный научный журнал PUA «Central European Journal of Urology» («Центрально-европейский журнал урологии», ранее – «Urologia Polska») и 1 раз в 2 месяца – журнал «Urological Review», который является информационным и образовательным журналом урологического сообщества. Отдел редакции PUA также публикует приложение к основному журналу с тезисами, рекомендации Европейского Совета по урологии (EBU) и другие образовательные и информационные материалы, полезные для урологов – членов PUA. Издания отдела редакции PUA бесплатно распространяются всем членам PUA (после оплаты членского взноса).

Каждый год проходит награждение наиболее интересных научных статей, опубликованных в журнале «Central European Journal of Urology», благодаря чему у авторов появляется возможность представить свои работы на Конгрессе PUA.

Каждый год проходит награждение наиболее интересных научных статей, опубликованных в журнале «Central European Journal of Urology», благодаря чему у авторов появляется возможность представить свои работы на Конгрессе PUA.

Очень важной составляющей деятельности PUA является долгосрочное сотрудничество с EBU в области обучения и аттестации урологов, организованное и проводимое в строгом соответствии с правилами этой организации. С 1998 г. благодаря непрерывным усилиям национального консультанта в урологии и делегата EBU в то время – проф. Анджея Борувка и проф. Анджея Борковски, который позже стал президентом PUA, сертификация EBU стала официальным экзаменом для польских урологов. Польша занимает лидирующие позиции среди европейских стран с наибольшим количеством врачей, сдавших экзамен FEU, – с момента введения системы, аттестацию Европейского Совета урологии (FEU), включающую письменный тест EBU и устный экзамен EBU, прошли 435 урологов (среди всех 2813 уро-

В 2011 г. EBU удостоила чести занять место Председателя экзаменационного комитета EBU доктора Артура Антониевича, члена PUA, который в течение нескольких лет был делегатом PUA в EBU. Это назначение стало большой честью, подтвердив доверие, оказываемое EBU нашей Ассоциацией.

Важной инициативой PUA было введение балльной системы непрерывного медицинского образования – непрерывного профессионального развития (CME-CPD).

Эта система, в настоящее время называемая EU-ACME, была введена в Польше 1 января 2002 г. Сейчас в нее входит 33 % членов PUA и, согласно данным бюро EU-ACME, это наиболее активная группа во всей Европе.

PUA играет важную роль в поддержании финансирования Ассоциации урологических медсестер и на постоянной основе поддерживает научную и образовательную деятельность этой организации.

PUA с более чем 60-ю годами традиций и опыта является открытой для тесного сотрудничества с иностранными партнерами, направленного на обмен клиническим и научным опытом в урологии и смежных специальностях.

Проф. Zbigniew Wolski
Вице-президент PUA и элект-президент
19, Lowicka Street, 02-574 Варшава, Польша
Тел.: 48 22 8456919
Электронный адрес секретаря:
sekretariat@ptu.net.pl

www.pturol.org.pl
www.cejurol.com
www.przegląd-urologiczny.pl

Электронный адрес Отдела редакции:
irena.komorowska@ptu.net.pl
Электронный адрес CEJUrol:
augustyn@ptu.net.pl
Электронный адрес Бюро CME-CPD:
ctmcpd@ptu.net.pl

Рентгенэндоваскулярная окклюзия артерий простаты – альтернативный инновационный метод лечения больных аденомой предстательной железы больших размеров



Дмитрий Геннадьевич Курбатов

Д-мн., проф., заведующий отделением андрологии и урологии ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава России
kurbatov.d@mail.ru

Введение

Аденома предстательной железы (АПЖ) – одно из самых частых заболеваний, развивающихся с возрастом. По данным отечественных и зарубежных исследователей, встречаемость этой патологии у мужчин в возрасте до 50 лет составляет около 50 %, а к 80 годам увеличивается до 80 %. АПЖ является состоянием, для которого характерны специфические гистологические изменения. Начальная трансформация тканей может происходить уже в возрасте 35–40 лет. В связи с этим первые симптомы нижних мочевых путей (СНМП) могут появляться с того же возраста. По данным S.G. Roehrborn et al. (2002), СНМП в возрасте 40 лет развиваются у 18 % мужчин, в 50 лет – у 29 %, в 60 лет – у 40 %, в 70 лет – у 56 %. АПЖ – медленно прогрессирующее, хроническое заболевание. Его клинические проявления характеризуются «синусоидным» течением и могут сопровождаться периодами симптоматического ухудшения или стабилизации. В связи с тем, что АПЖ является возраст-зависимым недугом, у пациентов дополнительно повышается риск развития различных хронических заболеваний, таких как метаболический синдром, сахарный диабет (СД) 2-го типа, болезни сердечно-сосудистой системы и т. д., значительно осложняящих терапию этой категории больных.

Консервативная терапия аденомы простаты достигла значимого успеха, в тоже время, по данным отечественных и зарубежных исследований, хирургическая помощь остается единственно радикальной. Согласно «Рекомендациям совещания совета экспертов по лечению аденомы предстательной железы» (2009), оптимальным вариантом оперативного вмешательства при размерах простаты от 30 до 80 см³ является ее трансуретральная резекция (ТУР), а при больших размерах – открытая аденомэктомия. Однако актуальность выбора метода лечения АПЖ повышается при анализе возможности проведения оперативного пособия в условиях ограничений уролога и анестезиолога, в зависимости от соматического состояния пациента. На современном этапе развития высокотехнологичной медицинской помощи выбор метода лечения должен быть основан, прежде всего, на балансе безопасности и эффективности терапии. Необходимо также учитывать увеличение сроков нахождения в стационаре и последующей

реабилитации в случае развития послеоперационных осложнений.

С появлением лазерных технологий и внедрением диодного лазера «Дорнье Уробим» эндоскопическое лечение АПЖ стало возможным при ее объеме, значительно превышающем 80 см³. Однако при этом остается очевидным, что с увеличением размеров предстательной железы и объема оперативного вмешательства также увеличивается риск развития осложнений на разных этапах лечения.

В связи с этим особую значимость в лечении АПЖ приобретают малоинвазивные хирургические методы с минимальными рисками развития возможных осложнений и отсутствием необходимости общей анестезии, сокращающие сроки пребывания в стационаре, что в конечном итоге повышает безопасность лечения, и, как следствие, улучшает качество жизни пациентов.

С учетом вышесказанного в отделении андрологии и урологии ФГБУ «Эндокринологический научный центр» внедрена малоинвазивная технология лечения пациентов с объемом АПЖ более 80 см³ на фоне высокого хирургического и анестезиологического риска, и которым не показано стандартное хирургическое лечение.

Материалы и методы

Ключевым методом лечения является рентгенэндоваскулярная окклюзия артерий простаты (РЭВОАП). Принцип метода заключается в редукции артериального притока к предстательной железе, что приводит к быстрому уменьшению объема предстательной железы и выраженности СНМП. Данная методика позволяет исключить риск развития типичных осложнений после хирургии АПЖ и повысить качество жизни пациента в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. Ее разработка стала возможной при взаимодействии 2 дисциплин – урологии и ангиохирургии. Данное исследование обосновано на Ученом совете ФГБУ ЭНЦ Минздрава России (протокол заседания от 24.03.2009).

Лечение проводится с 2009 г., и к настоящему времени пролечено 38 мужчин в возрасте 67 ± 11 лет с объемом простаты более 80 (152 ± 64) см³. По данным предварительного обследования: IPSS – 23 ± 9 баллов, объем остаточной мочи – 110 ± 90 мл, ноктурия – 4,2 ± 3,1 раза, ПСА_{общ} – 2,1 ± 1,8 нг/мл, максимальная скорость потока мочи при урофлоуметрии – 8,5 ± 6,1 мл/с.

Критерии включения для РЭВОАП:

- объем предстательной железы больше 80 см³;
- противопоказания к проведению стандартных оперативных вмешательств на предстательной железе;

- высокий анестезиологический риск;
- ПСА_{общ} < 4 нг/мл;
- ПСА_{общ} > 4 нг/мл при отрицательном результате пункционной биопсии предстательной железы.

Предоперационная подготовка к РЭВОАП не отличается от стандартных ангиографических исследований. Обязательными являются исследования функции почек, печени, сердечно-сосудистой системы.

Процедура РЭВОАП проводится в ангиохирургической операционной в положении больного на спине, под местной анестезией. Выполняется пункция общей бедренной артерии. Далее через просвет иглы интравенозно проводится металлический проводник, покрытый тефлоном, по которому устанавливается интродьюсер 5F с катетером 5F. Выбор типа катетера в основном зависит от ангиографической анатомии сосудов. Катетер устанавливается в устье простатической артерии с последующим продвижением его максимально дистально. Артериография проводится с использованием контрастного неионного препарата. После анализа полученной ангиограммы выполняется селективная эндоваскулярная эмболизация простатической артерии (рис. 1, 2).

С нашей точки зрения, для РЭВОАП оптимальным препаратом являются микросферы поливинилалкоголя от 300 до 500 мкм. Выбор размера эмболизирующего материала определяется интраоперационно в зависимости от архитектоники визуализируемого сосудистого русла. Ангиографическим критерием успешности проведенной манипуляции служит отсутствие контрастирования дистального русла и появление рефлюксного выброса контраста из основного ствола эмболизируемой артерии (рис. 3, 4). После поочередного выполнения (справа и слева) двусторонней эмболизации катетер и интродьюсер удаляются. Проводится гемостаз места пункционного отверстия давящей повязкой в течение 24 ч, все это время пациент соблюдает строгий постельный режим.

Больным до начала лечения и далее каждые 3 мес выполнялось определение уровня ПСА_{общ} крови, пальцевое ректальное и ультразвуковое исследование предстательной железы. Все мужчины заполняли информированное согласие на операцию.

Ультразвуковое исследование предстательной железы и органов мочевой системы в ходе динамического наблюдения выполняли ежедневно после РЭВОАП в период пребывания в стационаре, затем еженедельно в течение первого месяца, далее 1 раз в мес на протяжении 3 мес, затем 1 раз в 6 мес (до 3 лет после операции).

Результаты

После РЭВОАП было отмечено присутствие слабого болевого синдрома в области промежности у 6 пациентов в течение первых суток после операции. Острой почечной недостаточности (ОПН), гипертермии, гематурии, острой задержки мочеиспускания, кровотечений из прямой кишки ни у кого из больных зафиксировано не было. Пациенты выписывались под амбулаторное наблюдение через 1–3 дня после вмешательства.

Достоверное уменьшение объема предстательной железы за первые 3 мес после операции было зарегистрировано у всех больных и составило 39 ± 14 %. Характерно, что положительную динамику наблюдали уже через 2–3 дня после окклюзии артерий.

Все пациенты отмечали существенное улучшение СНМП в течение первых 3–5 дней после РЭВОАП, а к двум месяцам наблюдали восстановление мочеиспускания (средний балл по шкале IPSS – 7,3 ± 2,1). Через 12 мес средний балл по шкале IPSS составил 5,2 ± 1,7, что было достоверно лучше, чем до лечения ($p < 0,001$). Через 12 нед получено увеличение Q_{max} (18 ± 4,3 мл/с).

Уровень ПСА_{общ} крови незначительно снизился у 20 пациентов (на 0,6 ± 0,3 нг/мл), у 11 имелось выраженное снижение (на 1,6 ± 0,8 нг/мл), у остальных мужчин не было изменений в динамике ПСА.

Четырем больным после проведения РЭВОАП в сроки от 6 мес до 1 года выполнили типичную ТУР простаты в связи с сохранением затрудненного мочеиспускания обструктивного типа, что стало технически возможным после уменьшения объема железы до 88–69 см³. В ходе операции во всех случаях было отмечено существенное уменьшение кровотока из ткани простаты. Послеоперационный период протекал без особенностей. Гистологическое исследование удаленных фрагментов ткани подтвердило типичную структуру аденоматозной ткани.

Обсуждение

На современном этапе развития высокотехнологичной медицинской помощи выбор метода лечения должен быть основан, прежде всего, на балансе безопасности и эффективности терапии. По данным зарубежных ученых, большинство пациентов предпочитают более медленное наступление эффекта от консервативной терапии, по сравнению с быстрым эффектом хирургической помощи, но сопровождающимся соответствующими рисками (M. Emberton et al., EAU, 2005). С другой стороны, все больше пациентов желают получить быстрое решение имеющихся проблем минимально травматичным способом и, по возможности, без традиционного хирургического вмешательства и наркоза. С нашей точки

Окончание на стр. 15 ▶

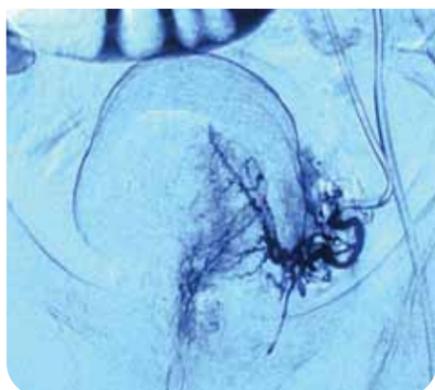


Рис. 1. Ангиограмма левой простатической артерии до РЭВОАП

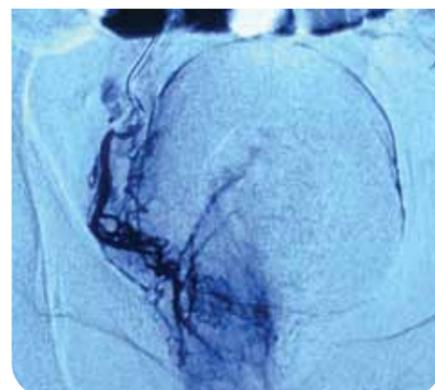


Рис. 2. Ангиограмма правой простатической артерии до РЭВОАП

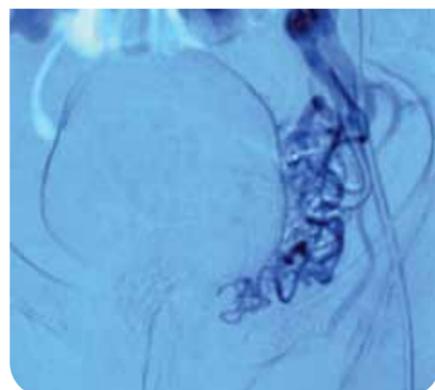


Рис. 3. Ангиограмма левой простатической артерии после РЭВОАП

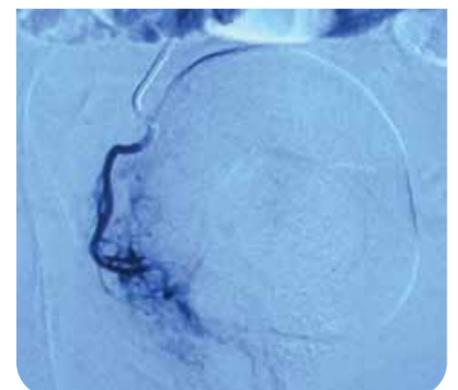


Рис. 4. Ангиограмма правой простатической артерии после РЭВОАП

Отчет о 9-м съезде EAU Section of Oncological Urology (ESOU): Гамбург (Германия), 2012



Анна Сергеевна Маркова

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

Около 800 специалистов из разных стран собрались на 9-й конференции ESOU, которая проходила в Гамбурге (Германия) 20–22 апреля 2012 г. Насыщенная программа мероприятия включала как последние достижения в лечении онкоурологических заболеваний, так и спорные вопросы диагностики и лечения. Акцент на достоверности представляемых данных исследований заставлял по-другому взглянуть на многие стандарты и рекомендации.

«На сегодняшний день не найдено идеального метода визуализации для диагностики ранних стадий рака простаты, а рутинное применение не одобренного для применения метода противоречит научным и этическим стандартам», – сказал в своем сообщении, касающемся инноваций в области диагностики рака предстательной железы (РПЖ), Karl Pummer. Также он обратил внимание на недостаточность имеющихся результатов исследований по переносимости визуализационным методом диагностики, в том числе по функциональной и мультипараметрической магнитно-резонансной томографии. По его мнению, активное протирование методик до получения всех данных и доказательств об их эффективности и безопасности может ввести пациентов в заблуждение. Хотя, как было замечено, было бы неправильно более подробно не изучать и не исследовать новые технологии.

Jonas Hugosson в своей лекции по скринингу РПЖ сообщил, что, по данным исследований, проведение скрининга достоверно позволяет снизить смертность от рака простаты, однако, остается неясным, насколько организованный скрининг лучше, чем неорганизованный (случайный) скрининг. «Вопрос не в том, нужно ли проводить скрининг или нет, а в том, как и кого обследовать», – говорит J. Hugosson.

В своем ярком выступлении, касавшемся необходимости проведения повторных биопсий, В. Djavan отметил, что вероятность выявления рака при выполнении каждой последующей биопсии значительно снижается. Чаще выявляются клинически незначимые формы рака. Поэтому, планируя повторную биопсию, необ-

ходимо определиться с риском выявления рака, учитывая время удвоения ПСА и номограммы.

Акцентируя внимание на вопросах сохранения функции потенции и удержания мочи после радикальной простатэктомии, M. Graefen подчеркнул важность обсуждения с пациентами вопросов качества жизни и их ожиданий от послеоперационных результатов лечения.

G. Janetschek рассказал о роли открытых, лапароскопических и робот-ассистированных операций в хирургическом лечении рака простаты. Несмотря на преимущество робот-ассистированной лапароскопической простатэктомии (Robot Assisted Laparoscopic Prostatectomy – RALP) в уменьшении кровопотери, количестве интра- и послеоперационных осложнений и продолжительности госпитализации, не наблюдается различий в онкологических и функциональных результатах. «По данным исследований, пациенты, которым была выполнена RALP, чаще были не удовлетворены результатами лечения, по всей видимости, ввиду больших ожиданий от нового метода», – подытожил G. Janetschek.

В продолжение секции по предстательной железе M. Wirth доложил об интермиттирующей гормональной терапии, как о новом стандарте гормонального лечения при РПЖ без отдаленных метастазов. «В настоящее время интермиттирующая андрогенная блокада широко рекомендуется при различных клинических ситуациях, а ее статус не должен более находиться в рамках исследования», – сказал M. Wirth. Противоположную точку зрения высказал A. Mendoza-Valdes: «Интермиттирующая гормональная терапия является нестандартной, но неплохой опцией во многих случаях, хотя многое еще предстоит уточнить и исследовать». Несмотря на отсутствие достоверного увеличения выживаемости и времени до развития гормональной резистентности при проведении интермиттирующей гормональной терапии, несомненно, наблюдаются преимущества в отношении сохранения более высокого качества жизни.

В заключительной сессии по раку простаты проф. S. Osanto выступила с докладом о возможностях химиотерапии (ХТ) при кастрационно-резистентном РПЖ (КРРПЖ), сообщив, что РПЖ обычно сохраняет зависимость от андрогенов даже на кастрационно-резистентной стадии и является химиочувствительным. Несмотря на то, что на данный момент известны новые гормональные препараты, эффективные при прогрессировании на фоне кастрационной терапии, стандартом лечения метастатического КРРПЖ является ХТ доцетакселом

(75 мг/м² каждые 3 нед). Первым химиопрепаратом, показавшим эффективность при доцетаксел-резистентном метастатическом КРРПЖ, стал таксан нового поколения – кабазитаксел. В исследовании TROPIC кабазитаксел, использовавшийся во 2-й линии терапии при неэффективности доцетаксела, показал достоверное преимущество в общей выживаемости по сравнению с митоксантроном при умеренной токсичности. Кабазитаксел получил одобрение FDA и ЕМЕА, также планируется проведение прямых сравнительных исследований с доцетакселом. S. Osanto подчеркнула, что согласно рекомендациям ХТ показана только при метастатическом КРРПЖ. А встречающиеся случаи резистентности к химиотерапевтическому лечению таксанами свидетельствуют о необходимости более глубокого изучения механизмов лекарственной устойчивости и поиска генетических факторов прогноза эффективности ХТ.

На сессии по раку мочевого пузыря проф. P. Malmström и председатель ESOU проф. M. Brausi дискутировали о необходимости поддерживающего курса БЦЖ-терапии. Проведение 6-недельного индукционного курса БЦЖ-терапии как наиболее эффективного и доступного метода внутрипузырной терапии у больных мышечно-неинвазивным раком мочевого пузыря группы умеренного и высокого риска не вызвало разногласий. Отстаивая данные EAU Guidelines о необходимости проведения поддерживающего курса БЦЖ-терапии, P. Malmström апеллировал к результатам 2 метаанализов, в которых показано преимущество БЦЖ-терапии по сравнению с митомидином С в отношении снижения риска рецидива только в тех исследованиях, где проводился поддерживающий курс.

Проф. M. Brausi, напротив, считает неоправданным риск развития дополнительных проявлений токсичности от проведения поддерживающего курса БЦЖ-терапии у всех пациентов, избежать которого позволит проведение 2-го индукционного курса БЦЖ-терапии в случае развития рецидива после проведения одного индукционного курса. Но наиболее важным фактором, оказывающим влияние на результаты дальнейшего лечения, по его мнению, является качество первой трансуретральной резекции мочевого пузыря.

О перспективах лечения мышечно-неинвазивного рака мочевого пузыря при помощи генной терапии говорил проф. S. Lerner: «Рак мочевого пузыря является идеальной мишенью для генной терапии ввиду простого доступа к опухоли с возможностью внутрипузырного лечения и непосредственного введения вектора в опухоль. В текущих исследованиях

в качестве вирусного вектора чаще всего используется аденовирус – достаточно крупный двухцепочечный ДНК-вирус, который не интегрирует в ДНК хозяина в отличие от ретровирусов. Два генноинженерных продукта на основе аденовирусного вектора уже переходят во II/III фазы клинических испытаний у пациентов после БЦЖ-терапии.

В своем докладе R. Sanchez-Salas заявил, что радикальная цистэктомия с сохранением предстательной железы является вариантом выбора у отдельных тщательно отобранных пациентов, в частности при низкодифференцированных опухолях pT1 и некоторых опухолях pT2 (без сопутствующей CIS и вовлечения шейки мочевого пузыря) при условии исключения РПЖ. Сторонники выполнения радикальной цистпростатэктомии, напротив, считают данный объем хирургического вмешательства более безопасным с онкологической точки зрения и демонстрирующим удовлетворительные функциональные результаты.

В дебатах о роли открытых операций при локализованном раке почки было сказано о том, что в ближайшем времени показания для проведения открытого хирургического вмешательства могут ограничиться только технически сложными ситуациями (единственная почка, множественные опухоли, большой размер опухоли и т. д.), что объясняется стремительным развитием новых малоинвазивных методик и накоплением опыта в их использовании.

На вопрос о необходимости проведения неоадьювантной таргетной терапии распространенного рака почки попытался дать ответ J. Roigas. В настоящее время нет данных клинических исследований, достоверно показавших высокую клиническую эффективность неоадьювантного режима. В большинстве случаев удается достичь лишь стабилизации или незначительного уменьшения размера опухоли, и только в некоторых случаях регистрируется частичный ответ. Неоадьювантный режим не ассоциирован с повышенным риском хирургических осложнений вследствие десмопластических реакций тканей и является безопасным для применения, но недостаточно достоверных данных о возможных преимуществах в целом для пациента и хирурга. Неоадьювантная таргетная терапия не является стандартом на сегодняшний день и может быть использована лишь у отдельных тщательно отобранных пациентов.

В заключение проф. Maurizio Brausi пригласил всех принять участие в 10-й конференции ESOU, которая будет проходить 18–20 января 2013 г. в Риме (Италия).

◀ Окончание, начало на стр. 14

зрения, малоинвазивная технология РЭВОАП, рассматриваемая как альтернативная, либо дополнительная методика лечения АПЖ, в полной мере отвечает данным требованиям. Сравнение полученных нами результатов лечения со стандартными хирургическими вмешательствами и консервативной тактикой демонстрирует преимущество РЭВОАП. Данная технология позволяет добиться желаемого результата при значительном снижении риска осложнений и требует меньших сроков госпитализации. Кроме того, ангиохирургический способ уменьшения объемов предстательной железы позволяет значительно быстрее достигать требуемого улучшения качества мочеиспускания в сравнении с терапией препаратами ингибиторами 5-α-редуктазы.

Однако в ходе курации пациентов необходимо учитывать, что проведение любого ангиографического исследования сопряжено с риском раз-

вития контраст-индуцированной нефропатии (КИН). КИН – это состояние, при котором уровень креатинина в сыворотке крови повышается на 44 мкмоль/л или на 25 % от начального уровня за последующие 48 ч после введения контрастного вещества при отсутствии аллергических причин. Распространенность КИН в общей популяции не превышает 2 %. В группах высокого риска (СД 1-го и 2-го типов, хроническая почечная и сердечная недостаточность, анемия, дегидратация, длительное/регулярное применение нестероидных противовоспалительных средств) КИН занимает 3-е место среди причин развития ОПН, и ее распространенность достигает 20–30 %. Поэтому следует обращать особое внимание на возможный риск развития КИН в послеоперационном периоде.

Дополнительным поводом для обсуждения полученных результатов явился не только факт отсутствия снижения эректильной функции после РЭВОАП, но даже ее усиление у ряда пациен-

тов. Так, через 12 нед 79 ± 12 % пациентов после проведения РЭВОАП отметили улучшение качества эрекции, оцененное с помощью опросника МИЭФ-5. Объяснение данного обстоятельства мы склонны видеть в возможном перераспределении притока крови с усилением его в пудендалных артериях.

В настоящее время выполнение РЭВОАП нами расценивается с точки зрения 3 возможных тактик лечения.

1. Окончательный вид медицинской помощи, не требующий в дальнейшем дополнительной медикаментозной терапии.
2. Достигнутая положительная динамика уменьшения размеров АПЖ после РЭВОАП поддерживается в дальнейшем консервативной терапией.
3. Первый этап подготовки пациента к эндоскопическим оперативным вмешательствам в случае сохранения СНМП на фоне консервативной терапии.

Наш опыт лечения 38 пациентов с АПЖ в отделении андрологии и урологии ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава России демонстрирует возможность достижения желаемого результата при практическом отсутствии послеоперационных осложнений. Мы продолжаем дальнейшее исследование с целью определения перспективы более широкого применения этого метода в лечении мужчин с заболеваниями предстательной железы.

Заключение

С приходом в арсенал врача высокотехнологичного направления медицины – ангиоурологии, сделан еще один шаг в эволюции лечения АПЖ от стандартной хирургии к малоинвазивным вмешательствам. Использование инновационной технологии РЭВОАП позволяет расширить дифференцированный подход в выборе метода лечения АПЖ, что способствует улучшению результатов терапии данного заболевания.

Лечение эректильной дисфункции – комплексный подход!

Термин «импотенция» впервые был использован в 1420 г. в поэме Томаса Хокклива «De regimine principum» в значении «нехватка силы» или «беспомощность»: «Его импотенция простирается не настолько далеко, как его влияние». А в значении «потери сексуальной силы» термин впервые был использован только в 1655 г. в «Истории церкви в Британии» Томаса Фуллера, где импотентом был назван сам Папа Римский! Сейчас этот термин не используется, поскольку заменен на термин «эректильная дисфункция».

Неугасающим интересом пользуются мероприятия для урологов и андрологов, посвященные проблемам диагностики и лечения эректильной дисфункции. В рамках VII Конгресса Профессиональной ассоциации андрологов России состоялось мероприятие, проходящее под эгидой компании «Валента», посвященное теме эректильной дисфункции.

Приглашенными лекторами были профессора Л.М. Рапопорт (Россия) и И. Рейзман (Нидерланды). Зарубежный коллега, заведующий клиникой мужского здоровья в Голландии, посвятил свой доклад такой непростой теме, как сочетание эректильной дисфункции (ЭД) и симптомов нижних мочевых путей (СНМП).

СНМП встречаются у 25–30 % населения и являются следствием как урологических, так и других заболеваний (гинекологических, неврологических и хирургических). Это определяет необходимость проведения тщательной диагностики причин, лежащих в основе СНМП. СНМП значительно снижают качество жизни пациентов, в том числе ухудшают сексуальную функцию.

Причиной СНМП могут быть урологические причины (доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), склероз шейки мочевого пузыря, стриктура уретры, детрузорно-сфинктерная диссенергия и т. д.), неврологические (остеохондроз, сосудистые заболевания спинного и головного мозга, рассеянный склероз), эндокринные (сахарный диабет), ятрогенные (операции на органах малого таза с повреждением нервных волокон) и даже инфекционные заболевания (герпес зостер – опоясывающий лишай).

Одной из теорий сочетания СНМП и ЭД является теория атеросклеротического поражения сосудов мочеполовых органов. Хроническая ишемия, являясь следствием атеросклероза, ведет к фиброзированию стромального компонента простаты, атрофии шейки мочевого пузыря и снижению сократительной способности гладкомышечного аппарата нижних мочевых путей, что ведет к развитию ЭД и появлению СНМП. Однако это не окончательные выводы, и патофизиологический механизм взаимосвязи ЭД и СНМП еще изучается.

По данным проф. И. Рейзмана, 56–82 % всех пациентов с СНМП страдают также ЭД, а у 38–63 % больных с СНМП обнаружены расстройства эякуляции. Нередко ситуация усугубляется наличием у пациентов метаболического синдрома.

Метаболический синдром (МС) – симптомокомплекс, включающий инсулинорезистентность, ожирение, дислипидемию, артериальную гипертензию, развитие заболеваний сердечно-сосудистой системы (атеросклероз, ишемическая болезнь сердца). Распространенность МС, по данным разных авторов, составляет 5–20 %.

Сочетание СНМП, МС и ЭД является весьма сложной проблемой как для врача, так и для пациента. В этой ситуации, считает профессор, могут помочь мероприятия, направленные на устранение МС – снижение веса, физическая активность, коррекция уровня глюкозы в крови, нормализация артериального давления. Что касается медикаментозного лечения МС, СНМП и ЭД, то

оптимальным является применение минимума препаратов при сохранении максимального терапевтического эффекта. Препаратами выбора в подобных клинических ситуациях могут быть альфа-адреноблокаторы (например, доксазозин) и ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5) (уденафил, Зидена). Они могут применяться как в качестве монотерапии, так и в комбинации друг с другом, причем последнее назначение считается наиболее эффективным сочетанием препаратов, позволяющим уменьшить как СНМП, так и улучшить состояние эректильной функции. Эти данные подтверждены многочисленными клиническими исследованиями, отметил докладчик. Немаловажным является безопасность и хорошая переносимость комбинации этих препаратов.

Необходимо отметить, что уденафил (Зидена) является одним из самых эффективных ингибиторов ФДЭ-5 у разных групп больных, в том числе страдающих сахарным диабетом и/или артериальной гипертензией. В отличие от других ингибиторов ФДЭ-5, уденафил не вызывает нарушений зрения или миалгии, а действие его развивается достаточно быстро. Особенностью уденафила является то, что он существенно повышает уровень циклического аденозинмонофосфата (цАМФ) и циклического гуанозинмонофосфата (цГМФ) и преимущественно концентрируется в простате, а не в плазме. В отличие от тадалафила, уденафил не ингибирует ФДЭ-11.

Профессор рассказал участникам Конгресса о метаанализе данных 5 двойных слепых плацебо-контролируемых исследований, в которых приняли участие 1109 пациентов. Результаты метаанализа показали, что комбинация уденафила с альфа-блокаторами существенно улучшает состояние больных с ЭД и СНМП, обусловленными ДГПЖ. Особо в исследовании был отмечен высокий профиль безопасности этой комбинации. «Уденафил существенно улучшает сексуальную функцию, и большинство пациентов довольны результатами лечения», – отметил в конце своего доклада И. Рейзман.

Одной из актуальных тем в онкоурологии в последние годы является тема улучшения качества жизни онкологических пациентов. Теме восстановления эректильной функции после радикальной простатэктомии (РПЭ) было посвящено выступление проф. Л.М. Рапопорта (кафедра урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова). Даже выполнение нервосберегающей РПЭ (НСРПЭ), напомнил профессор, не гарантирует сохранение эректильной функции в послеоперационном периоде.

Согласно статистике, доля пациентов, восстановивших уровень эректильной функции, достаточный для полового акта после НСРПЭ, колеблется, по данным разных авторов, от 18 до 100 %. Эрекция восстанавливается медленно – иногда до 2 лет, и приемлемое ее качество обычно достигается к концу первого года после операции на фоне медикаментозного лечения. Либидо таких пациентов, как правило, не страдает, поэтому у пациента развивается тяжелый психологический стресс. Методом выбора для лечения подобных больных является назначение ингибиторов ФДЭ-5, например, высокоселективного уденафила (Зидена).

Преимущества уденафила:

- безопасность, обусловленная высокой селективностью (не взаимодействует с ФДЭ других разновидностей);
- высокая эффективность;
- хорошая переносимость;
- не ограничивает мужчину в его поведении (уденафил совместим с жирной пищей, алкоголем);
- крайне низкий процент побочных эффектов, которые не требуют отмены препарата;
- препарат не вызывает: миалгии, нарушений зрения – цветовосприятия, остроты зрения,

повышения внутриглазного давления (!); не влияет на систолическое и диастолическое давление; не влияет на количество и концентрацию спермы, подвижность и морфологию сперматозоидов, что важно для пациентов, партнерши которых планируют беременность;

- быстрое развитие эффекта – уже через 30 мин.

Профессор ознакомил всех присутствующих с результатами собственного исследования по изучению эффективности и безопасности перорального приема препарата Зидена (уденафил) у пациентов с ЭД после РПЭ. Целью исследования было сравнение эффективности восстановления эректильной функции при ежедневном использовании уденафила (Зидена) и в случае приема «по требованию».

За период с 2009 по 2011 гг. в клинике урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова было проведено 168 РПЭ, после которых у 114 пациентов отмечено возникновение ЭД. В исследование были включены только 30 пациентов в возрасте 54–66 лет, в соответствии с критериями включения и исключения. Критерии включения: пациенты с нормальной эректильной функцией до операции, артериальная гипертензия.

Критерии исключения: ЭД до операции, сахарный диабет, ретинопатия, почечная и/или печеночная недостаточность.

Пациенты были разделены на 2 группы – одна группа получала Зидену в количестве 100–200 мг по необходимости перед половым актом, другая – ежедневно по 50 мг в сутки, причем препарат назначался сразу после удаления катетера.

Качество эректильной функции оценивалось по шкалам IIEF и SEP. Исследование выявило, что наибольший эффект был отмечен при ежедневном приеме уденафила (Зидена), чем при его использовании только в случае необходимости. Возвращение спонтанных эрекций отметили 70 % пациентов, получавших Зидену ежедневно. «Таким образом, – подвел итог проф. Л.М. Рапопорт, – уденафил (Зидена) при ежедневном приеме в дозе 50 мг эффективен и безопасен и его применение является важной составляющей пенильной реабилитации после РПЭ». Такие же данные были получены зарубежными коллегами и в США.

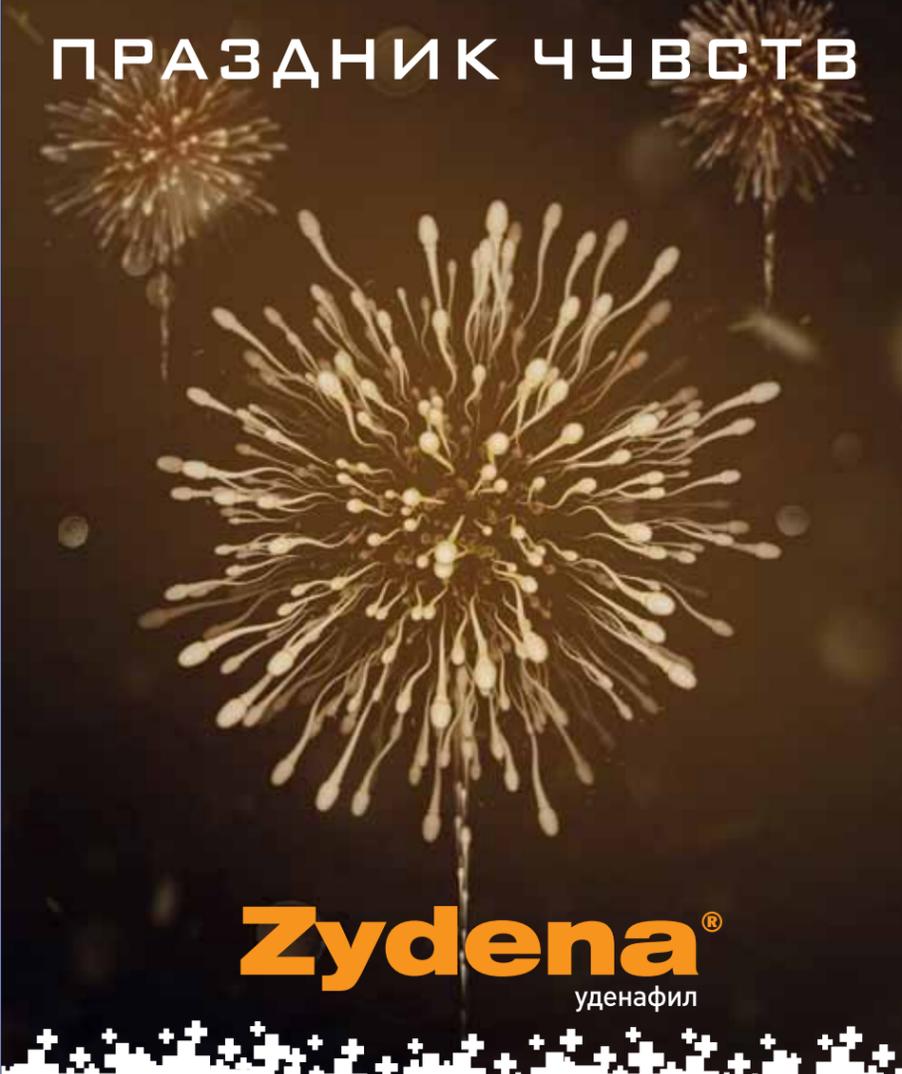
Если через 2 года не удастся достичь достаточной для полового акта эрекции на фоне ингибиторов ФДЭ-5, можно ставить вопрос о протезировании.

На сегодняшний день ЭД является распространенным заболеванием, встречающимся практически во всех возрастных группах. ЭД может быть не только причиной, но и симптомом других серьезных заболеваний, например, сахарного диабета, ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, дислипидемии, рассеянного склероза, депрессии и т. д. Сочетание ЭД с МС, СНМП существенно снижает качество жизни пациентов.

Для улучшения результативности проводимого лечения ЭД необходим комплексный подход, подразумевающий воздействие на все звенья патогенеза. Только такой подход обеспечит эффективность проводимой терапии.

Материал подготовила
Виктория Шадёркина

ПРАЗДНИК ЧУВСТВ



Zydena®

уденафил

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

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



Встреча представителей урологических ассоциаций Европы: актуальные вопросы урологии



Александр Викторович Говоров

К.м.н., доцент кафедры урологии МГМСУ
alexgovorov@newmail.ru

1 июня 2012 г. на Майорке (Испания) под эгидой Европейского общества урологов (EAU) состоялось совещание представителей различных урологических ассоциаций европейских стран ("EAU Meets National Societies 2012").

В ходе совещания обсуждался целый ряд вопросов, посвященных тенденциям в развитии урологии как специальности, фундаментальным и клиническим исследованиям, оценке качества оказания урологической помощи, роли медицинских сестер в урологии и т. д. Кратко суммируя обсужденные аспекты, представляется интересным и важным отметить следующее.

1. Онкоурология является важнейшим направлением урологии, в связи с чем в план подготовки врача-уролога ("Core Curriculum") в странах Европейского сообщества (ЕС) планируется включить дополнительные пункты и требования, позволяющие обучающемуся врачу (резиденту) глубже изучить как оперативную онкоурологию, так и медицинскую онкологию в урологии.

В настоящее время практика оказания медицинской помощи пациентам с онкоурологичес-

кими заболеваниями существенно отличается в странах Европы, и одной из приоритетных задач EAU является стандартизация данной ситуации сначала в ЕС, а потом и в остальных европейских странах.

Для лечения онкоурологических больных во многих случаях рекомендуется применение мультидисциплинарного подхода (с участием уролога, медицинского онколога, лучевого терапевта). По мнению EAU, целесообразно, чтобы во главе таких «мультидисциплинарных команд» находились урологи, прилагающие все усилия для оптимизации разносторонней медицинской помощи пациентам с онкоурологическими заболеваниями.

Учитывая постоянное появление новых лекарственных препаратов для лечения онкоурологических больных, урологи должны активнее использовать в клинической практике новейшие достижения в области иммунотерапии, химиотерапии и терапии таргетными препаратами. Развитие технологий в области диагностики и визуализации опухолей также требует от урологов активного изучения и клинического применения таких методов, как магнитно-резонансная и компьютерная томография (со всеми их разновидностями), эластография, гистосканирование и т. д.

2. Фундаментальные и клинические исследования в урологии проводятся в недостаточном объеме. Специально созданный «Фонд по проведению исследований» ("EAU Research Foundation") должен активнее взаимодействовать с национальными урологическими ассоциациями. Подразделение указанного фонда (так называемая "Task Force") проанализирует,

в каких областях урологии необходимо проведение исследований. Обсуждался вопрос о составлении списка приоритетных исследовательских проектов, которые будут предложены EAU соискателям на получение образовательного гранта ("Scholarship Program"), что особенно актуально для восточноевропейских стран. Планируется также улучшить информирование национальных ассоциаций о проводимых протоколах – как через сайт EAU (www.uroweb.org), так и путем информационных электронных писем и прямых контактов с представителями ассоциаций.

3. Европейская ассоциация медицинских сестер, работающих в урологии (EAUN), насчитывает в настоящее время 2631 представителя из 44 стран. Научный комитет EAU привлекает медсестер к составлению урологических "Guidelines", поскольку этого требуют правила ЕС. Продолжается обсуждение вопроса о подготовке отдельных "Guidelines" для урологических медицинских сестер. Российские медицинские сестры не входят в указанную ассоциацию (вероятно, вследствие языкового и финансового барьеров). Следует также отметить иную подготовку медицинских сестер в Европе: во многих странах они имеют возможность защитить диссертацию по сестринскому делу, а, например, в Англии в ряде клиник медсестры выполняют врачебные урологические манипуляции – биопсию предстательной железы под ультразвуковым контролем и пр.

4. Необходимо создание и внедрение системы оценки качества оказания лечебной помощи урологическим больным ("EAU Quality of Urological Care Project"), включающей оценку не только результата оперативного или кон-

сервативного лечения, но и показаний к лечению, назначения обследований и ряда других параметров. EAU продолжает разработку подобных инструментов оценки, основанных на известных показателях (например, послеоперационной летальности, частоте повторных операций, хирургических и инфекционных осложнений, уровне сывороточного креатинина после резекции или трансплантации почки и т. д.).

5. Адекватное информирование пациентов о характере урологических заболеваний, существующих методах лечения и возможных осложнениях также является одной из приоритетных задач EAU. В ряде стран существуют специально подготовленные информационные пособия для пациентов и членов их семей, однако в клинической практике они используются недостаточно. EAU работает над созданием системы информирования урологических пациентов, взаимодействует по данному вопросу с ассоциациями пациентов и будет приветствовать инициативу всех национальных ассоциаций по переводу пособий для больных на разные языки.

6. Как и в прошлые годы, в 2012 г. с 17 по 21 сентября проводится так называемая «Урологическая неделя», посвященная в этот раз мочекаменной болезни и направленная на популяризацию урологии как специальности, привлечение к урологическим проблемам внимания организаторов здравоохранения, улучшение качества оказания помощи больным уролитиазом (www.urologyweek.org). Примечательно, что в 2012 г. время проведения «Урологической недели» совпало со Съездом Российского общества урологов.

Впервые в истории: iRUS (Международное общество русскоговорящих урологов)



Татьяна Николаевна Гарманова

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

24 мая в Атланте (США) впервые в рамках съезда Американской ассоциации урологов (AUA) была проведена сессия русскоговорящих урологов, организаторами которой стали AUA и iRUS (Международное общество русскоговорящих урологов).

В программе съезда AUA традиционно проходили сессии различных национальных урологических ассоциаций, проведение которых подразумевает перевод лекций на национальный язык, что упрощает восприятие информации. До 2012 г. сессий с переводом на русский язык на съездах AUA не было, это стало возможным благодаря активности правления iRUS в лице Lev Elterman, MD (Chicago, IL); Polina Reyblat, MD (Los Angeles, CA); Dmitriy Nikolavsky, MD (Syracuse, NY) и Alexander Gomelsky, MD (Shreveport, LA).

В работе сессии приняли участие около 40 русскоговорящих урологов.

Лекторский состав был по-настоящему звездным. Выступали знаменитые профессора из США и России, в рамках сессии было представлено 2 доклада из ФГБУ «НИИ урологии» (директор проф. О.И. Аполихин). Темы докладов были крайне разнообразными и включали в себя вопросы организации здравоохранения в США и России, проблемы лечения болезни Пейрони, новые способы реконструкции уретры. Большой интерес урологов вызвала лекция о последних достижениях нейромодуляции в лечении урологических заболеваний.

Участники прослушали доклад по лечению стрессового недержания мочи, в рамках которого автор привел аргументы за и против тщательного обследования женщин со стрессовым недержанием мочи. В заключение докладчик ска-

зал, что все-таки правомочны рекомендации AUA об отсутствии необходимости выполнения комплексного уродинамического обследования в неосложненных случаях у женщин со стрессовым недержанием мочи. Также были представлены доказательства того, что циторедуктивная нефрэктомия при раке почки значительно улучшает выживаемость в данной группе пациентов.

Важно отметить, что все доклады имели очень высокий научный уровень, доказательную базу, в них были представлены результаты последних проведенных и идущих в настоящий момент исследований, их критический анализ и сравнение. Докладчики с удовольствием отвечали на многочисленные вопросы участников сессии. Кроме докладов всемирно признанных специалистов в рамках заседания iRUS проходила пос-

терная сессия, на которой было представлено 15 постерных докладов по различным направлениям в урологии.

В целом мероприятие проходило в очень дружественной обстановке, а наличие синхронного перевода делало англоязычную информацию доступной даже для урологов, не владеющих английским языком.

Следующая сессия iRUS состоится в рамках 111-го съезда AUA в Сан-Диего, Калифорния в мае 2013 г., которую, благодаря достигнутому соглашению с организаторами, можно будет посмотреть онлайн в рамках проекта урологического телевидения Uro.TV. Для участия в работе сессии принимаются постерные доклады, которые нужно представить до 15 марта 2013 г.



Заседание iRUS, Атланта, 2012



Коллеги всех стран – объединяйтесь!

Здравоохранение как большой бизнес, или экономические аспекты урологии



**Виктория
Анатольевна
Шадёркина**

Врач-уролог,
науч. редактор Uroweb.ru,
шеф-редактор газеты
«Урология сегодня»
viktoriasshade@uroweb.ru

18 июня 2012 г. в НИИ урологии состоялось необычное мероприятие – круглый стол, посвященный экономическим вопросам в урологии, который собрал сотрудников НИИ в зале и урологов России возле компьютеров за просмотром онлайн-трансляции.

Тема затрат и стоимости лечения редко затрагивается в медицинских кругах в силу различных причин – ментальности, неузурченности проблемы в целом, отсутствия достоверных литературных данных, наличия единичных научных работ российских ученых в области медицинской экономики.

Проведение этого мероприятия было бы невозможно, если бы не приезд в Россию одного из самых известных экспертов в этой области – Дэвида Фредерика Пенсона – профессора урологии и директора курса клинико-экономического анализа Университета Вандербильта, штат Теннесси, США, председателя Совета политики здравоохранения и члена Комитета по клиническим рекомендациям Американской ассоциации урологов, члена Национального согласительного комитета по качеству оказания медицинской помощи США, личного советника президента США Б. Обамы по вопросам экономики здравоохранения.

Д. Пенсон представил доклад «Стоимость лечения локализованного рака простаты в США: здравоохранение как большой бизнес».

Тема была выбрана в силу актуальности и распространенности рака предстательной железы (РПЖ) в Америке, который считается одним из наиболее затратных заболеваний для системы здравоохранения США.

По прогнозам американских ученых, 241 720 новых случаев РПЖ будет диагностировано в 2012 г., из них 81 % – локализованной формы, а 28 170 пациентов погибнут от этой болезни.

Профессор подробно остановился на затратах системы здравоохранения на лечение РПЖ. Так, например, общие затраты в 1996 г. составили 2,7 млрд долларов, в 2000 г. – 4,5 млрд, а в 2005 г. – 6,8 млрд. Ежегодный прирост составил 11 %. Профессор задал логичный вопрос: что способствует такому увеличению расходов? Ответ был весьма прост – это изменение тактики лечения пациентов, выбор врачами более дорогих методов (робот-ассистированной хирургии, интенсивной модулярной радиационной терапии, злоупотребление гормональной терапией и аблационными технологиями), навязывание мнения компаниями-производителями, их агрессивная маркетинговая политика, борьба отдельных урологов и целых клиник за пациентов. Не последнюю роль играет американская приверженность к новым технологиям.

Профессор подробно остановился на ключевых факторах ценообразования в лечении РПЖ на примере робот-ассистированной радикальной простатэктомии (РАРПЭ).

Сенсационным стало цитирование профессором высказывания Ezekiel Emanuel, MD Vice



Круглый стол

Provost, Университет Пенсильвании и специального советника президента США Обамы о том, что «...робот da Vinci, который стоит более миллиона долларов, до сегодняшнего дня не имеет ни одного рандомизированного исследования, подтверждающего его реальную эффективность в хирургии простаты, он является псевдоинновацией – технологией, которая повышает стоимость лечения, но не улучшает здоровье пациентов».

Увеличение затрат РАРПЭ включает:

- стоимость системы da Vinci: 1,5–1,8 миллиона долларов (46 500 000–55 800 000 рублей);
- ежегодное обслуживание: 100 000 долларов (3 100 000 рублей)
- расходное оборудование: различная стоимость.

Возможная экономия:

- снижение необходимости в гемотрансфузии;
- уменьшение послеоперационного койко-дня;
- более быстрое восстановление;
- снижение процента осложнений.

В Швеции было проведено единственное исследование по оценке затрат–эффективности РАРПЭ (77 операций) по сравнению с открытой РПЭ (145 операций) у пациентов с РПЖ в стадии T1–T2 (Hohwu et al., J Med Econ, 2011). Ученые отметили отсутствие различий в восстановлении эрекции, качестве жизни пациентов, при наличии очень большой затратной части РАРПЭ.

Несмотря на свои недостатки РАРПЭ прочно обосновалась в США. Как же пациенты оплачивают это дорогостоящее лечение? Они платят за РАРПЭ столько же, сколько и за открытую операцию, а расходы берет на себя госпиталь, повышая стоимость других сервисов.

Программа показала свою эффективность, ею заинтересовались и другие регионы России. Достигнуто соглашение либо уже начата реализация Программы еще в 15 регионах РФ.

Вторым методом, рассмотренным профессором, были затраты на интенсивную модулярную лучевую терапию (ИМЛТ) – в 2002 г. эта цифра составила 37 125 долларов (только за стационарное, амбулаторное лечение и участие специалистов). Общая стоимость может быть и выше, по сравнению с брахитерапией (21 117 долларов), 3D-конформной лучевой терапией (22 384 доллара). Получается, что стоимость ИМЛТ наиболее высока. Так стоит ли она этих денег по эффективности и проценту осложнений? Проф. Пенсон отметил, что частота осложнений при ИМЛТ не ниже, так же как и частота применения дополнительных видов терапии после ИМЛТ. Доктора тоже заинтересованы в процессе выполнения ИМЛТ – если

врач выполняет этот вид лечения 21 пациенту в месяц, то его годовой доход составляет 425 000 долларов.

«Что же касается самого распространенного метода лечения РПЖ – гормонального, то в США ежегодно около 400 000 мужчин получают этот вид лечения и большая часть из них получает лечение не по показаниям. В 2003 г. затраты на андроген-депривационную терапию в США составили около 1 млрд долларов. От того в большей степени выиграли только компании-производители», – считает Пенсон.

В 2011 г. 8 компаний, причастных к мошенничеству в сфере здравоохранения, согласились выплатить 875 млн долларов штрафа.

В заключение проф. Д. Пенсон отметил, что стоимость лечения РПЖ в США непомерно высока. Инвестиции в новые технологии – робот-ассистированную хирургию и ИМЛТ – могут оказаться совершенно неоправданными. В случае заболевания низкого риска активное выжидание может оказаться лучшим, как с позиции выживаемости, так и с позиции финансовых затрат.

Не менее интересным был доклад д.м.н. М. Кативова (НИИ урологии), посвященный экономическим вопросам российской урологии. Социальные планы правительства РФ сильно зависят от стоимости барреля нефти – если сейчас она составляет около 100 долларов, то социальные обязательства вполне реализуемы. Но, если в результате финансового кризиса стоимость барреля нефти снизится хотя бы до 75 долларов или ниже, наступит крах для планов правительства.

НИИ урологии, как головное федеральное учреждение в области урологии, оказывает высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП) до 90 % которой составляют малоинвазивные технологии.

Оказание ВМП в России неуклонно растет – так, например, в 2006 г. по ВМП было пролечено 128 000 человек, а только за половину 2012 г. – уже 358 000 пациентов (данные доклада Минздрава России, 2012). Выросло и количество расходов на 1 больного, пролеченного по ВМП – с 99,9 тыс. рублей в 2007 г. до 138,5 тыс. рублей в 2011 г. Все это повлекло увеличение расходов федерального бюджета на оказание ВМП – с 9,9 млрд рублей в 2006 г. до 51,79 млрд рублей в 2012 г.

Но в существующей системе ВМП тоже есть проблемы. Основные – это включение в ВМП новых методов лечения без улучшения результатов лечения, нормативы затрат на ВМП определены



Президиум круглого стола

эмпирическим путем по профилю специальности, без учета особенностей заболевания и характера его лечения. Так, например, реальная стоимость лазерной абляции простаты при ДТГЖ составляет 191 910 рублей (а по нормативам затрат на ВМП согласно приказу Министерства здравоохранения РФ № 1248н от 31.12.2010 – 71 800 рублей), перкутанная нефролитолапаксия при камнях почек – 133 195 рублей (по нормативам – 71 800 рублей).

В этой ситуации, отметил докладчик, необходимо вывести из ВМП виды лечения, которые могут быть отнесены к специализированной помощи, а ВМП должна стать системой контроля качества этого вида помощи. Для этого необходимо создать методологически обоснованные центры специализированной помощи.

В России эта модель уже реализована в Воронежской области, где используется подход не по обращаемости пациентов, а по выявляемости заболеваний; в организации различных этапов и уровней оказания урологической помощи четко распределены роли и участники всего процесса; созданы межрайонные центры; стандартизированы все виды обследования и лечения пациентов.

Большое внимание уделяется врачам-специалистам – проводится обучение воронежских урологов в НИИ урологии, осуществляется выезд специалистов из НИИ урологии в Воронежскую область с проведением показательных операций, чтением лекций, научных конференций и т.д. Специалистами НИИ урологии разработаны методические пособия для специалистов всех уровней – начиная от среднего медперсонала, заканчивая главными врачами. С целью улучшения взаимодействия врачи НИИ урологии используют телемедицинские технологии – Skype, Интернет.

Программа показала свою эффективность, ею заинтересовались и другие регионы России. Достигнуто соглашение либо уже начата реализация Программы еще в 15 регионах РФ.

В заключение М. Кативов отметил, что оптимизировать систему ВМП можно несколькими путями – усилением роли первичной профилактики, улучшением логистики пациентов через создание стандартов и этапов медицинской помощи, приданием ВМП роли индикатора специализированной помощи.

Формат круглого стола этого мероприятия был выбран не случайно – он позволил в непринужденной и неформальной обстановке совместно изучить экономические аспекты урологии, провести весьма жаркую дискуссию, задать вопросы (и онлайн, и офлайн), получить ответы экспертов в области экономики, сравнить американскую и российские системы здравоохранения.

Несомненно, урологи, посетившие круглый стол, получили принципиально новые знания и сохраняют интерес к этой теме в будущем.

Альтернатива открытой аденомэктомии



**Федор
Анатолевич
Севрюков**

К.м.н., врач-уролог,
зав. урологическим
центром НУЗ «Дорожная
клиническая больница
на ст. Горький» ОАО «РЖД»,
Нижний Новгород

fedor_sevryukov@mail.ru

Одной из любимых тем врачей-урологов является лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). Сотни книг, монографий, тысячи статей и абстрактов написаны российскими урологами на эту тему. «Золотым стандартом» лечения этого заболевания уже много лет считается трансуретральная резекция (ТУР) предстательной железы, все больший интерес приобретает использование биполярной ТУР. Однако остается дискуссионным вопрос о возможности и целесообразности выполнения ТУР при больших объемах предстательной железы. О способах лечения ДГПЖ больших размеров мы спросили у заведующего урологическим отделением НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Горький» ОАО «РЖД», ассистента кафедры урологии ННГМА, к.м.н. **Федора Анатолевича Севрюкова**.

– Ваш центр является одним из ведущих урологических центров России. Какие передовые методики Вы применяете для лечения ДГПЖ?

– Всего эндоскопическими методами с 2007 по 2012 гг. в нашем центре прооперированы 830 пациентов. Из них 565 больным выполнена биполярная ТУР на аппарате UES-40, 219 – трансуретральная энуклеация простаты биполярной петлей, 46 – биполярная плазматическая вапоризация простаты.

– Чем отличается биполярная ТУР от стандартной монополярной?

– Неоспоримым преимуществом данного метода по сравнению с монополярной хирур-

гией является отсутствие воздействия на запирательный нерв, меньшее термическое поражение окружающих тканей, отсутствие риска ТУР-синдрома, возможность применения у больных с кардиостимулятором.

– Какой объем простаты считается большим? При каком объеме могут возникнуть сложности?

– Пограничным объемом предстательной железы считается 80 см³. Наши российские урологи могут выполнять ТУР простаты и при значительно больших объемах – 90–100–120 см³, но я лично знаю лишь нескольких урологов, обладающих опытом подобных вмешательств. Удаление крупных желез методом ТУР сопряжено с развитием таких осложнений, как кровотечение, ТУР-синдром, поэтому подобные операции не должны быть рутинными и их не следует выполнять хирургам, имеющим небольшой опыт.

– Какое лечение предлагается этой категории пациентов?

– Здесь есть 3 пути. Первый – назначить ингибиторы 5-альфа-редуктазы на 3–6 месяцев с целью уменьшения объема простаты и потом попытаться выполнить ТУР. Второй – открытая аденомэктомия. Третий – трансуретральная энуклеация простаты биполярной петлей (ТУЕВ).

– В чем заключается третий метод?

Расскажите, пожалуйста, подробнее.

– Этот метод является одним из новых в спектре биполярных эндоскопических технологий, используемых в лечении заболеваний предстательной железы, позволяющий удалять аденому простаты больших размеров. Для выполнения манипуляции используется биполярный резектоскоп и электрохирургический блок UES-40 SurgMaster. Режим резания 280–320 W, режим коагуляции 80–120 W. Биполярная петля для ТУЕВ имеет электрохирургическую часть для рассечения и коагуляции тканей и механическую – диссектор для энуклеации ткани. В начале операции выпол-

няется линейная резекция ткани простаты на 12, 5 и 7 часах условного циферблата, затем энуклеация средней и боковых долей простаты. Морцелляция энуклеированных долей простаты проводится обычной биполярной петлей резектоскопа или морцеллятором.

– Какова история возникновения данной методики?

– Техника трансуретральной энуклеации простаты появилась, когда техника прямого инструментального вмешательства была продемонстрирована впервые Нигаока в 1989 г. и стала широко признана в результате использования лазера HoLEP Gilling в 1998 г. Однако эти техники не получили широкого применения из-за их недостатков и высокой стоимости требуемого оборудования. Клиническое применение ТУЕВ было начато Ken Nakagawa в июне 2006 г. в урологическом отделении университета Keio.

– Где в мире выполняется эта методика?

– Эта методика применяется в США, Германии, Японии.

– Есть ли опыт ее применения в России?

– Мы с гордостью можем отметить, что впервые в России этот метод был применен в Нижнем Новгороде на базе урологического центра НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Горький» ОАО «РЖД».

– Учитывая, что Вы являетесь заведующим этим урологическим отделением, расскажите, пожалуйста, о своем опыте ТУЕВ.

– В урологическом центре нашей больницы методика ТУЕВ применяется с апреля 2008 г. Уже прооперированы 219 пациентов в возрасте от 51 года до 83 лет (средний возраст – 64 года). У 14 больных имелись цистостомические свищи, у 9 пациентов были камни мочевого пузыря (этим пациентам предварительно выполнялась цистолитотрипсия). Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 2 ч 08 мин, а объем

резецированной ткани – от 80 до 350 см³ (в среднем – 122 см³). Вес удаленной аденоматозной ткани составил от 40 до 175 г. Количество израсходованного физиологического раствора колебалось от 27 до 55 литров (в среднем – 40 л). Время дренирования уретральным катетером составило от 1 до 6 суток. Пациенты находились в стационаре в среднем 6 дней.

– Были ли у ваших пациентов какие-нибудь осложнения?

– Осложнения, конечно, были: 5 кровотечения в раннем послеоперационном периоде, потребовавшие повторного оперативного вмешательства; 4 пациентам выполнялась ТУР с коагуляцией кровоточащих сосудов, 1 больному – цистотомия с наложением гемостатического шва. Четверо из данных пациентов выписаны из стационара, у них восстановлено адекватное самостоятельное мочеиспускание, у 1 больного после повторной ТУР развился острый инфаркт миокарда, пациент умер. Таким образом, из 219 пациентов серьезные осложнения, потребовавшие повторной операции, развились у 5 пациентов, это составляет 2,3%, в том числе 1 летальный случай – 0,5%.

– Считаете ли Вы ТУЕВ альтернативой открытой аденомэктомии?

– Да, конечно, на основании мировых результатов и личного опыта, я считаю, что ТУЕВ – хороший и безопасный метод оперативного лечения ДГПЖ больших размеров с меньшим числом осложнений и быстрой активацией больного. В нашей клинике отработана методика трансуретральной энуклеации простаты объемом до 250 см³. Поэтому она может быть рекомендована для широкого применения. Однако советуем выполнять ТУЕВ при объеме простаты более 200 см³ после приобретения достаточного опыта при операциях на меньшем ее объеме.

Беседовала врач-уролог
Виктория Шадёркина

«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. Щеллева «Болезнь Пейрони». Впервые они были презентованы на VII Конгрессе Профессиональной ассоциации андрологов России (ПААР).

Атлас «Реконструктивная хирургия 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 действует до 1 августа 2012 г.

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

Урология сегодня | № 3 (19) 2012

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

РЕДАКЦИЯ
Главный редактор: Камолов Баходур
Шеф-редактор: Шадёркина Виктория
viktorishade@uroweb.ru

ВЕРСТКА
Дизайнер-верстальщик: Степанова Елена

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

ПЕЧАТЬ
ООО «Графика»
Заказ № 164
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:

- Хирургическое лечение пролапса тазовых органов и недержания мочи – мировые тенденции и российские реалии Д.Э. Елисеев
- Молодые урологи России В.А. Шадёркина
- Дайджест-урология С.С. Красняк
- Снижение частоты рецидивов при раке мочевого пузыря А.Г. Мартов