

Французская ассоциация урологов – пример для развития

стр. 5

Общественным урологическим организациям необходима консолидация

стр. 6

Календарь мероприятий на 2012 год

стр. 9

9-й Конгресс секции андрологической урологии (ESAU) Европейской ассоциации урологов (EAU)

стр. 12-13

От редактора



Баходур Камолов

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

kamolov@roou.ru

Уважаемые коллеги!

В последний месяц уходящего года мы подводим итоги и строим планы.

Начнем с итогов – достижений и знаковых событий в российской урологии. Одно из основных – это Конгресс секции андрологической урологии (ESAU) Европейской ассоциации урологов (EAU), проведенный в России благодаря сотрудничеству Профессиональной ассоциации андрологов России (ПААР) и EAU. На Конгрессе собрались лидеры зарубежной и отечественной андрологии, делегаты из 27 стран – всего около 700 специалистов. А за счет прямой интернет-трансляции, которая велась на 2 языках, общее количество участников Конгресса увеличилось почти вдвое. Высокое качество организации и актуальное содержание мероприятия отметили президент ESAU проф. В. Мироне.

Думаю, что этот Конгресс положил начало активному взаимодействию российских общественных урологических организаций с EAU.

Важное достижение – это появление возможности назначать современное лечение, а точнее – включение практически всех лекарственных препаратов, применяемых в лечении онкоурологических заболеваний, в список жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) (все группы аналогов LHRH при раке простаты, таргетные препараты при раке почки и БЦЖ-вакцина при раке мочевого пузыря). Этому предшествовала долгосрочная совместная работа Российского общества онкоурологов (РООУ) и Минздрава России, а также активная позиция врачей, читателей и журналистов газеты «Урология сегодня».

Еще одно знаковое событие – это признание президентом Российского общества урологов (РОУ)

акад. Н.А. Лопаткиным необходимости развития такой субспециальности, как онкоурология, которая в контексте существования общественной организации (РООУ) длительное время не признавалась, несмотря на то что в США и Европе, например, выявление и лечение онкоурологических заболеваний, а также наблюдение за пациентами составляет 60–70 % практики уролога. На VI Конгрессе РООУ Н.А. Лопаткин выступил с заявлением, в котором признал необходимость развития онкоурологии, а РООУ охарактеризовал как эффективную организацию.

Надеемся, что теперь и другие урологические субспециальности получат признание в профессиональном сообществе. Если они будут активно развиваться, то со временем мы вернем урологию в реестр основных врачебных специальностей России. Ведь в 2007 г. урология из этого реестра была исключена: Минздравсоцразвития перевело ее в разряд субспециальностей хирургии. На мой взгляд, это произошло в том числе и потому, что урологическое сообщество не ставило задачу развивать субспециальности, не поощряло создание профессиональных объединений. В новом году на страницах нашей газеты мы постараемся понять, как вернуть российской урологии былой статус.

Ну и наконец, в уходящем году началась дискуссия о состоянии урологических общественных организаций, площадками для которой стали газета «Урология сегодня» и сайт www.urotoday.ru. Мнения, высказанные ведущими урологами на страницах газеты (см. № 5, 2011), – это начало изменений, которые, как мы надеемся, будут происходить во всем урологическом сообществе.

Мы рассчитываем, что в 2012 г. изменится Устав, структура и политика РОУ. Уверен, что только открытое обсуждение может обеспечить консолидацию сообщества урологов и создание такой модели Общества, которая послужит примером современной, открытой и эффективной организации.

Дорогие коллеги, я поздравляю вас с Новым годом и желаю профессиональных успехов, крепкого здоровья и семейного благополучия! И пусть Новый год позволит каждому из нас меняться и развиваться вместе с урологическим сообществом.

Тема номера

ПСА: вчера, сегодня, завтра

С помощью ПСА крови можно спасти мужчину, а можно и навредить ему, назначив ненужную биопсию и даже противоопухолевое лечение. К такому выводу пришел Ричард Аблин – ученый, открывший ПСА более 40 лет назад. Действительно, некорректное определение уровня ПСА, отсутствие единого стандарта и ошибочная трактовка результатов неоднократно становились причиной неправильного или ненужного лечения. В этом номере мы расскажем о том, что такое ПСА и на что обращать внимание при трактовке результатов.

ПСА в деталях



Александр Викторович Говоров

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



Екатерина Олеговна Иванова

Врач-невролог
Научного центра неврологии РАМН
kate-fileo@mail.ru

История ПСА

Полвека назад одни ученые (M. Hara, G. Sensabaugh) искали маркеры, пригодные для ведения судебных дел по поводу сексуального насилия, другие (T.S. Li и C.G. Beling, S. Shulman и P. Bronson) – антигены, которые могли быть связаны с мужской фертильностью. Были и исследователи, перед которыми стояла цель обнаружить маркеры злокачественных и доброкачественных изменений тканей предстательной железы.

Так или иначе, но все пришли к одному результату: к 80-му году прошлого столетия около

10 групп исследователей столкнулись с ПСА. Правда, у каждого ученого он именовался по-своему. Закрепившееся название досталось антигену от Ричарда Аблина (Richard J. Ablin), который в 1970 г. обнаружил ПСА, исследуя здоровые и поврежденные опухолью простаты.

Патент на открытие и идентификацию «очищенного человеческого антигена простаты» получил в 1984 г. Чу Мин (Chu Ming) – последователь доктора Аблина. Под руководством Чу Мина проведено не одно исследование, в которых он и его коллеги показали возможность использования ПСА для диагностических целей. Позже за свои работы он получил награды Американской ассоциации урологов (American Urological Association), Американского фонда урологических заболеваний (American Foundation for Urological Disease), Американского химического общества (American Chemical Society) и других профессиональных и научно-медицинских организаций.

В 1986 г. FDA (Food and Drug Administration) одобрило определение уровня ПСА у больных раком предстательной железы (РПЖ) иммуноферментным методом Hybritech Tandem PSA-Assay с целью наблюдения за эффектом лечения. А уже в 1994 г. – для скрининга и выявления РПЖ на начальной стадии.

С появлением ПСА в США наметилась четкая тенденция увеличения заболеваемости РПЖ. Причина – выявление РПЖ на ранних

Окончание на стр. 2 ▶

Коротко



Проект программы по организации помощи больным метастатическим кастрационно-резистентным раком предстательной железы в регионах России при поддержке РООУ

Заболеваемость раком предстательной железы (РПЖ) возрастает год от года и является одной из ведущих причин смертности от онкологических заболеваний у мужчин. В 2009 г. в России зарегистрировали 25 215 новых случаев РПЖ, при этом смертность от рака простаты достигла 9971 эпизода.

Российское общество онкоурологов (РООУ) решило внести свой вклад с целью изменения сложившейся ситуации. Пятого декабря в рамках заседания членов правления РООУ были намечены первые шаги по разработке нового проекта.

По итогам заседания был принят проект программы по организации помощи больным метастатическим кастрационно-резистентным РПЖ в регионах России при поддержке РООУ. Выбраны 8 городов, на территории которых в ведущих клиниках будут созданы центры экспертиз, состоящие из мультидисциплинарных команд (онкоурологи, морфологи и радиологи), где пациенты будут получать высококвалифицированную помощь в диагностике и лечении РПЖ.

Целью данной программы являются:

- Внедрение стандартизированного подхода к диагностике и лечению пациен-

тов с метастатическим кастрационно-резистентным РПЖ.

- Повышение эффективности лечения и улучшение качества жизни данной группы больных.
- Повышение качества современной диагностики и лечения.

РООУ будет активно поддерживать эти центры: планируется широкая образовательная программа на территории России и за рубежом, обеспечение центров необходимым оборудованием и реактивами, регулярные онлайн-конференции с целью разборов сложных случаев. Особый акцент в рамках данной про-

граммы будет уделяться одной из самых сложных проблем – обеспечению современными лекарственными препаратами. К сожалению, из-за ряда причин – возраста, сопутствующих заболеваний, отсутствия нужных медикаментов – такие больные не получают лечение согласно международным стандартам. В рамках данной программы планируется обеспечение 200 пациентов современными химиотерапевтическими препаратами. РООУ возлагает большие надежды на то, что благодаря активной работе этих центров наметится положительная тенденция по улучшению качества жизни и выживаемости этой сложной группы пациентов.

ПСА: вчера, сегодня, завтра

◀ Продолжение, начало на стр. 1

стадиях, в том числе и в ходе клинических исследований. Так, по данным NCI Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) выявляемость РПЖ в 1989–1990 гг. составляла 16 %, а в 1990–1991 гг. – уже 30 %.

В России за период с 1998 по 2008 г. заболеваемость раком простаты тоже возросла более чем в 2 раза: с 15,28 до 33,69 на 100 тыс. населения. Такой скачок в российской онкогистатистике также связан с улучшением качества диагностики.

Долгое время отсутствовали масштабные рандомизированные исследования, оценивающие преимущества и недостатки скрининга, из-за чего **рекомендации многих медицинских обществ и организаций относительно скрининга РПЖ различались и до сих пор расходятся**. Например, Американское общество по изучению рака (American Cancer Society) и Американская ассоциация урологов рекомендовали ежегодное определение общего ПСА крови и проведение пальцевого ректального исследования (ПРИ) у мужчин старше 50 лет, а также и у мужчин старше 40–45 лет в случае, если они принадлежат к группе повышенного риска (афроамериканцы, наличие РПЖ в семейном анамнезе и пр.).

Экспертами U.S. Preventive Services Task Force в октябре 2011 г. сделано заключение о нецелесообразности скрининга РПЖ при помощи определения уровня ПСА, что вызвало большую дискуссию в урологическом сообществе. Например, Американская ассоциация урологов опубликовала на своем сайте «мнение АУА» по данному вопросу, отметив, что **«в будущем скрининг РПЖ должен быть сфокусиро-**

ван на пациентах молодого возраста с высокой ожидаемой продолжительностью жизни», а также, что **«обсуждение с пациентами вопросов лечения РПЖ должно включать тактику активного наблюдения с использованием современных молекулярных маркеров на различных этапах лечебно-диагностического процесса»**.

Полученные в 2009 г. по результатам исследования ERSPC (Европейское рандомизированное исследование скрининга РПЖ) новые данные о снижении смертности от рака простаты при использовании скрининга ПСА повлияли и, скорее всего, будут и дальше влиять на существующие стандарты и алгоритмы обследования пациентов, а также рекомендации профессиональных сообществ, посвященные данному вопросу. Так, в исследовании, проведенном в рамках ERSPC в г. Гетеборг, были показаны относительные различия в смертности от рака простаты в группе скрининга по ПСА и контрольной группе. Снижение смертности от РПЖ в скрининговой группе составило 27 % спустя 9 лет исследования и 56 % спустя 14 лет.

В 2011 г. появились новые сведения о том, что в протоколе ERSPC через 11 лет наблюдения скрининг привел к уменьшению частоты развития метастазов РПЖ на 41 %. Кроме того, продолжается целый ряд других проспективных рандомизированных мультицентровых исследований (например, PROTECT – Prostate Testing for Cancer and Treatment; PRIAS – Prostate Cancer Research International: Active Surveillance study; PIVOT – Prostate Cancer Intervention versus Observation Trial), которые позволят урологам больше узнать о скрининге и лечении РПЖ.

Что такое ПСА?

Это сериновая протеаза, принадлежащая семейству калликреинов. ПСА продуцируется клетками простаты и секретируется в семенную жидкость. Основная функция этого белка – разжижение семенной жидкости, которая в противном случае имела бы консистенцию густого геля. При нормальной архитектонике ткани простаты ПСА попадает в системную циркуляцию в очень малых количествах, в крови же этот белок присутствует в 2 формах – свободной (5–35 %) и связанной с ингибиторами протеаз (65–95 %).

Из-за нарушений нормальной структуры ткани железы ПСА попадает в кровь в больших количествах – его уровень в крови растет. **Однако ПСА – это не онкологический, а простат-специфический маркер**. Увеличение уровня ПСА в сыворотке крови может происходить как при наличии злокачественной опухоли простаты, так и в случае доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) или, например, инфекционного воспаления. Уровень ПСА в сыворотке крови также увеличивается после различных манипуляций, влияющих на простату, – массажа, биопсии, трансуретральной резекции предстательной железы, ПРИ и пр.

Увеличение концентрации ПСА в крови при РПЖ связано с нарушением архитектоники ткани железы и повышением проницаемости сосудов, но не с повышением выработки этого белка. Напротив, способность раковых клеток секретировать ПСА несколько ниже таковой у здоровых клеток.

От чего зависит уровень ПСА?

Риск наличия РПЖ варьирует в зависимости от уровня ПСА, в связи с чем возник вопрос, какую концентрацию ПСА считать пороговой. То есть такой, по достижении которой пациентам необходимо рекомендовать биопсию простаты. Учитывая тот факт, что **97 % здоровых мужчин в возрасте старше 40 лет имеют уровень ПСА < 4,0 нг/мл, эта концентрация еще в начале 90-х годов XX века была принята в качестве пороговой**.

На настоящий момент не существует значения «нормы ПСА», позволяющего исключить наличие РПЖ (в том числе – низкодифференцированного), хотя большинство специалистов использует в качестве порогового значения уровень общего ПСА крови, равный 2,5 нг/мл.

С возрастом концентрация ПСА в крови повышается, что может быть связано с большей встречаемостью ДГПЖ и простатита в старших возрастных группах. **Для различных возрастных групп определены свои пороговые концентрации ПСА (40–49 лет – 2,5 нг/мл, 50–59 лет – 3,5 нг/мл, 60–69 лет – 4,5 нг/мл, 70–79 лет – 6,5 нг/мл)**, которые, однако, не применяются повсеместно в связи с неудовлетворительной чувствительностью метода для возрастных групп старше 60 лет.

На выработку ПСА клетками простаты влияют андрогены. **У пациентов, принимающих в течение 1 года ингибиторы 5- α -редуктазы (финастерид или дутастерид), уровень ПСА в крови снижается на 50 %, что необходимо учитывать в трактовке результатов скрининга**. Также на уровень ПСА оказывают влияние расовая принадлежность, возраст, индекс массы тела и ряд других факторов. Так, представители негроидной расы имеют больший уровень ПСА крови по сравнению с пациентами европеоидной расы. А у людей, страдающих ожирением, концентрация ПСА снижается, что, видимо,

происходит из-за повышения уровня эстрогенов и/или гемодилюции.

Другие показатели ПСА

Плотность ПСА (ПСА D – отношение концентрации ПСА к объему простаты, определяемому с помощью ТРУЗИ) – это параметр, позволяющий повысить точность диагностики РПЖ у мужчин с большим объемом простаты. Показатель не используется широко в связи с высокой стоимостью исследования по сравнению с простым скринингом ПСА, а также инвазивностью и колебаниями точности метода в зависимости от формы простаты.

Кинетика ПСА (ПСА V – скорость ПСА, ПСА DT – время удвоения ПСА) – это важный показатель при решении вопроса о проведении биопсии простаты, а также при наблюдении за пациентами, прошедшими лечение по поводу РПЖ. **Так, скорость прироста ПСА, превышающая 0,75 нг/мл в год, коррелирует с высоким риском РПЖ**. У мужчин с уровнем общего ПСА 4–10 нг/мл чувствительность данного порогового уровня составляет 79 %, а специфичность – 90 %. Определение динамики ПСА до лечения рака простаты и после него имеет существенные различия. Они связаны, прежде всего, с тем, что уровень ПСА до лечения зависит как от наличия опухоли, так и от незлокачественных процессов, и потому его динамика может только частично отражать рост опухоли. В то же время после радикальной простатэктомии источником ПСА чаще всего является опухолевая ткань, поэтому динамика ПСА отражает рост опухоли более точно. В настоящее время показатели **ПСА V и ПСА DT применяются главным образом при наблюдении за больными, уже прошедшими лечение по поводу РПЖ**.

ПСА существует в нескольких изоформах, которые также имеют диагностическую ценность. Основное количество ПСА присутствует в крови в связанном виде (сПСА). Около 5–35 % от общего ПСА не связано с белками: такой ПСА называется свободным (fПСА). В 1998 г. появился метод определения свободной фракции ПСА – Hybritech Free PSA, ныне признанный «золотым стандартом» и способствующий ранней диагностике РПЖ.

Показано, что соотношение fПСА/общий ПСА снижается у больших РПЖ. Таким образом, определение % fПСА может повысить специфичность рутинного определения общего ПСА и избежать ненужных биопсий (в качестве порогового уровня fПСА, ниже которого показана биопсия, по данным различных исследований, предлагались уровни от 14 до 28 %, что позволяло избежать 20–65 % лишних биопсий).

Объем простаты влияет на процентное отношение fПСА – чем больше простата, тем больше % fПСА. Это означает, что чувствительность анализа выше у пациентов с маленьким объемом простаты. Чтобы учесть это влияние, предложено применять пороговые уровни 23 % и 14 % для пациентов с объемом простаты < 40 см³ или > 40 см³ соответственно (чувствительность 90 %): этот подход позволил бы компенсировать так называемый «эффект разведения», обусловленный большим объемом простаты.

Также известно, что у мужчин, получающих терапию ингибиторами 5- α -редуктазы, снижаются уровни общего и fПСА, в то время как % fПСА остается неизменным.

Предшественники ПСА

В 2010–2011 гг. появились новые данные о диагностической ценности [-2]проПСА и Индексе

BECKMAN COULTER
We're better together

Быть уверенным
в принятии решения
о биопсии простаты

Индекс Здоровья Простаты **Phi**

ООО «Бекмен Култер»
109004 Москва
ул. Станиславского д. 21, стр. 3
Бизнес-центр
«Фабрика Станиславского»
Тел: (495) 984-67-30
Факс: (495) 984-67-31
e-mail: beckman.ru@beckman.com
www.beckmancoulter.ru
www.beckmancoulter.com

PROSTATE BIOPSY NO BIOPSY

Продолжение на стр. 3 ▶

ПСА: вчера, сегодня, завтра

◀ Продолжение, начало на стр. 1

здоровья простаты РНІ (Prostate Health Index). Стоит объяснить, что проПСА, или [-7проПСА] – это нативная форма fПСА, в большей степени ассоциированная с заболеванием, чем ПСА и tПСА. Было обнаружено, что концентрация укороченных форм проПСА увеличена в периферической зоне раковой ткани по сравнению с тканью ДТГЖ. Помимо него в сыворотке присутствуют укороченные формы проПСА, в основном: [-5]проПСА, [-4]проПСА, [-2]проПСА.

На настоящий момент [-2]проПСА имеет наибольшую диагностическую ценность, так как его концентрация в экстрактах из опухолевой ткани самая высокая, а иммунохимическое окрашивание [-2]проПСА в раковых клетках интенсивнее, чем в доброкачественных. Более того, изоформа [-2]проПСА наиболее стабильна в условиях *in vitro*.

Эти особенности уже находят применение в клинической практике. Так, недавно был разработан автоматизированный иммунохемилюминесцентный тест на определение [-2]проПСА в сыворотке крови – Access-2proPSA (Beckman Coulter). При этом наибольшая диагностическая ценность достигается путем консолидации показателей ПСА, fПСА и [-2]проПСА в один индекс – индекс здоровья простаты (Prostate Health Index – РНІ).

Доказано, что применение индекса здоровья простаты с использованием результатов определения [-2]проПСА, ПСА и fПСА повышают чувствительность и специфичность при дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных опухолей предстательной железы по сравнению с % fПСА. Так, по данным литературы, при 90 % чувствительности специфичность для % [-2]проPSA составила 33 %, при этом для % ПСА и ПСА – 17 % и 13 % соответственно.

Использование вышеуказанных показателей позволяет врачу принять обоснованное решение о направлении пациента на биопсию простаты или о ее нецелесообразности.

Трактовка и стандартизация ПСА

ПСА используется в определении рецидива РПЖ после радикальной простатэктомии. В связи с тем, что ПСА вырабатывается в основном клетками предстательной железы, в течение 21–30 дней после радикальной простатэктомии уровень маркера падает практически до нуля. Поэтому появление и нарастание уровня ПСА в крови через некоторое время после операции косвенно указывают на рецидив РПЖ.

В настоящее время считается, что **повышение уровня ПСА ≥ 0,2 нг/мл свидетельствует о биохимическом рецидиве рака простаты**. В соответствии с рекомендациями Европейской ассоциации урологов (EAU) уровень ПСА должен контролироваться через 3, 6 и 12 мес после радикальной простатэктомии; в случае же биохимического рецидива **лече-**

ние должно быть начато прежде, чем уровень ПСА достигнет 0,5 нг/мл.

Как отмечено выше, возраст, раса и вес пациента могут влиять на уровень ПСА, с чем связаны некоторые трудности в трактовке результатов. Дополнительную сложность вносят и различия используемых тест-систем и калибраторов, порой – недостаточная специфичность используемых антител, а также нюансы, связанные с забором исследуемого материала и его хранением.

В 1994 г. метод определения ПСА, предложенный компанией Hybritech Corporation (ныне Beckman Coulter LLC), Hybritech Tandem PSA – «Total PSA» с калибровкой, основанной на внутреннем стандарте компании, был признан «золотым стандартом» определения ПСА для ранней диагностики РПЖ.

После многоцентрового проспективного клинического исследования, включавшего 6374 обследованных пациента, была установлена диагностически значимая величина для определения рака простаты данным методом – 4 нг/мл. После этого многие производители диагностических тест-систем стали использовать метод Hybritech Tandem PSA как референсный, а в качестве диагностически значимого порогового значения величину 4 нг/мл, установленную для метода Hybritech. Но оказалось, что различия в антителах, используемых в технологии определения и форматах исследования альтернативных тест-систем, привели к получению большого количества ложноположительных результатов.

В 1995 г. A. Semjonov et al. показали, что различия в результатах исследования одних и тех же образцов сыворотки всеми доступными в Германии методами могут достигать 100 %. Возникла необходимость стандартизировать коммерческие тест-системы, и в 1999 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) ввела стандарт калибровки 96/670.

При этом было установлено, что результаты, полученные при использовании калибровки по стандарту ВОЗ 96/670 на 20 % ниже по сравнению с результатами, полученными при использовании калибровки по стандарту Hybritech для наборов серии Access Hybritech Total PSA. Поэтому, согласно рекомендациям ВОЗ, пороговое значение для теста Access Hybritech Total PSA при калибровке по шкале стандарта ВОЗ 96/670 составило 3,1 нг/мл.

Введение общего стандарта калибровки ВОЗ 96/670 позволило приблизиться к стандартизации методов определения ПСА, так как в итоге была достигнута прослеживаемость калибраторов разных тест-систем к единому стандартному первичному калибратору. Однако даже при проведении калибровки по шкале ВОЗ возможны дальнейшие расхождения, обусловленные различными антителами и другими биологическими материалами, используемыми при производстве тест-систем, а также перечисленными ранее особенностями. В связи с этим результаты, полученные в разных лабораториях на разных тест-системах, могут значительно отличаться, что особенно важно при мониторинге пациентов по уровню ПСА.

Врачу на заметку

Таким образом, применяемые в настоящее время тест-системы для определения ПСА не являются на 100 % взаимозаменяемыми. Поэтому при проведении мониторинга уровня ПСА необходимо использовать единую аналитическую платформу и четко понимать обоснованность использования пороговой диагностической величины. Все методы определения ПСА должны быть исследованы на предмет уточнения величины порогового диагностического значения, а при выдаче результатов лаборатория должна указывать тип аналитической платформы, на которой выполнялось исследование.

ПСА: важные моменты

1. Европейская и Американская ассоциации урологов рекомендуют начинать скрининг рака простаты при помощи определения ПСА мужчинам молодого возраста с высокой ожидаемой продолжительностью жизни после обсуждения с пациентами преимуществ и недостатков скрининга РПЖ. Вопрос о том, насколько адекватно пациент способен оценить предоставляемую врачом информацию, остается открытым.
2. Определение уровня общего ПСА крови целесообразно проводить мужчинам начиная с 40 лет, если их ожидаемая продолжительность жизни составляет не менее 10 лет и они адекватно информированы о преимуществах и недостатках скрининга с использованием ПСА.
3. Определение показателя ПСА позволяет получить важнейшую информацию о диагнозе, стадии заболевания и степени риска его прогрессии, а также о течении болезни после лечения.
4. Вероятность развития рака простаты в будущем коррелирует с исходным значением ПСА (в возрасте 40 лет).
5. Для оптимизации оценки степени риска наличия РПЖ, помимо значения общего ПСА, целесообразно учитывать данные физикального осмотра (ПРИ), возраст пациента, семейный анамнез, расовую принадлежность и общее состояние здоровья.
6. Использование калькуляторов риска, включающих показатели ПРИ, трансректальной ультрасонографии, объема простаты, уровня ПСА, является еще одним инструментом для оценки целесообразности биопсии, а также определения вероятности влотекущего РПЖ. Калькулятор риска, основанный на результатах ERSPC, доступен на русском языке на сайте <http://www.prostatecancer-riskcalculator.ru>
7. Не существует значения общего ПСА, на основании которого можно со 100 % вероятностью утверждать, что у пациента нет рака простаты.

ПСА: результат результату рознь



Наталья Алексеевна Липатова

К.м.н., врач высшей категории, руководитель методологической лаборатории KDL test
lipatova@kdl-test.ru

Ежегодно от рака предстательной железы (РПЖ) во всем мире погибает более 200 тыс. мужчин. Определение уровня простатспецифического антигена (ПСА) в сыворотке крови – приоритетный, но неоднозначный метод обнаружения заболевания на ранних стадиях. Неправильная трактовка и неверное определение уровня ПСА могут стать причиной ошибок в тактике ведения пациентов. Правда, как выяснил корреспондент УС, путаницу вносят и сами пациенты, и врачи.

«Мужчин можно назвать счастливыми: шансов умереть с раком предстательной железы гораздо больше, чем шансов умереть от рака предстательной железы», – написал Ричард Аблин в New York Times спустя 40 лет после открытия ПСА. – Ежегодно около 30 млн американских мужчин проходят скрининг РПЖ и сдают анализ на ПСА: 16 % американских мужчин ставится диагноз рак предстательной железы, но только 3 % мужчин умирают от этого заболевания».

– Действительно, РПЖ по сравнению с другими опухолями развивается медленно, и лишь у немногих пациентов заболевание может быть агрессивным, – рассказывает Наталья Липатова, врач высшей категории, зав. медицинским отделом медицинской лаборатории KDL test. В общем-то, исследования онкомаркеров, в том числе и ПСА, развивались с целью наблюдения за эффектом лечения. Это можно видеть и по эволюции клинической истории ПСА. Так, в 1986 г. FDA (Food and Drug Administration) одобрило определение уровня ПСА у больных РПЖ методом Hybritech Tandem Total PSA с целью оценки эффективности лечения. А спустя 8 лет FDA одобрило определение уровня ПСА данным методом уже для скрининга РПЖ.

Очень быстро определение ПСА стало распространенным и даже рутинным методом первичной диагностики РПЖ. В США, например, общий «ежегодный счет» на всех американцев, определивших свой уровень ПСА, превышает 3 млрд долларов, пишет Ричард Аблин в New York Times.

– В России анализ на ПСА можно сделать и по системе обязательного медицинского страхования, а можно и в коммерческой лаборатории. Для определения ПСА используются

иммунохимические методы, – объясняет Наталья Липатова. – Определение ПСА происходит по специфической реакции взаимодействия антигена с антителом. Присоединение к антителам метки – ферментной или люминесцентной – позволяет оценить результат реакции антиген – антитело по появлению изменения ферментативной активности, что приводит к смене окраски или степени свечения. Результат реакции учитывается на специальных приборах: фотометрах или люцинометрах. И если говорить о стандартизации, то уже на этом этапе возникают проблемы с полученными результатами. Так, методы хемилюминесценции в меньшей степени подвержены влиянию дополнительных факторов. На результат иммуноферментного анализа может повлиять наличие инфекционных заболеваний, ревматоидного фактора и т. п.

Для определения ПСА методами хемилюминесценции используется закрытая аналитическая система – она почти на 100 % автоматическая, что сводит влияние человеческого фактора к минимуму.

Что касается открытых систем, используемых для иммуноферментного анализа, то работа на них – это на 80 % ручной труд. Это означает, что ошибки возможны на каждом этапе выполнения исследования. Закрытая система работает точнее, но стоит дороже.

Методик же определения ПСА достаточно много. В России представлена продукция как минимум 5 производителей закрытых анализаторов, еще десятка полтора открытых планшетных систем. При этом применяемые тест-системы отнюдь не взаимозаменяемы. Разнообразие методов и тест-систем для определения ПСА приводит к большой вариабельности результатов.

– На сегодняшний день нет никакого законодательного акта, стандартизирующего определение уровня ПСА, поэтому в разных лабораториях и получаются разные результаты, – продолжает Наталья Липатова.

В мониторинге рецидива РПЖ расхождения результатов ПСА могут иметь наиболее печальные последствия. Ведь при оценке рецидива заболевания важен прирост ПСА в сыворотке крови, даже в рамках референсных (пороговых) значений, однако не редки случаи, когда уровень ПСА, полученный в разных лабораториях, значительно различается.

– Важно, чтобы любой онкомаркер, не только ПСА, измерялся с помощью какой-то конкретной тест-системы. А если пациент проходит обследование уже после радикального лечения РПЖ или наблюдается у врача, то большое значение имеет

Окончание на стр. 4 ▶

ПСА: вчера, сегодня, завтра

◀ Окончание, начало на стр. 1

не уровень ПСА, а динамика его изменения. Поэтому анализ должен проводиться не только на одном оборудовании, одной тест-системе, а еще и одними руками. Но это, конечно же, был бы идеальный вариант.

Одни руки и одна лаборатория? Многие пациенты этого не понимают и не знают, более того, зачастую пациенты любят перепроверять работу специалистов и «составляют мнение», вычисляя что-то среднее между заключениями и рекомендациями нескольких врачей и результатами, полученными в разных лабораториях.

– Если говорить о ПСА, то результаты, полученные в разных лабораториях, могут отличаться если не в разы, то в значительной степени. Бывало и такое, что пациенты приносили «пачки» результатов анализа на ПСА, выкладывали на стол и начинали требовать объяснений, почему они различаются.

С 1994 г. «золотым стандартом» определения ПСА считается метод, предложенный компанией Hybritec Corporation. Только для этого метода в рамках масштабного проспективного исследования было предложено пороговое значение ПСА 4 нг/мл. Но у каждого производителя есть свое ноу-хау в отношении самого технологического процесса, в подготовке антигенов и материалов. А в 1995 г. A. Semjonov et al. показали, что различия в результатах исследования одних и тех же образцов сыворотки при тестировании всеми доступными в Германии методами могут достигать 100 %.

– С 1999 г. была запущена программа глобальной стандартизации, по итогам которой была предложена новая калибровка, – рассказывает Наталия Липатова. – Результаты исследований, выполненных на иммунохимических анализаторах серии Access с использованием данной калибровки, на 20 % ниже результатов, полученных при использовании калибровки по стандарту Hybritech. Поэтому пороговое значение для теста Access Hybritech при калибровке ВОЗ составляет 3,1 нг/мл. В связи с этим все методы определения ПСА должны быть исследованы на предмет уточнения величины порогового значения.

Сейчас параллельно и равноправно существуют 2 стандарта калибровки ПСА, что вносит дополнительные проблемы в интерпретацию результатов. Поэтому для лабораторий важно определиться, с каким стандартом и с какими пороговыми значениями она работает. Так, например, для лабораторий, использующих метод Access Hybritech Total PSA, на основании проведенного компанией Beckman Coulter масштабного исследования было рекомендовано пороговое значение ПСА: 4 нг/мл для калибровки Hybritec или 3,1 для калибровки ВОЗ.

– В идеале каждая лаборатория на бланке результата исследования ПСА должна указывать тип калибровки, по которому она работает. Действительно, это важно: если лаборатория работает по стандарту (ВОЗ), то все получаемые значения ПСА будут ниже, и соответственно, используя неверное пороговое значение, можно пропустить патологию.

– Кроме того, сейчас обсуждается вопрос о снижении порогового значения ПСА до 2,5–3 нг/мл, – поясняет Наталия Липатова. – Относительно калибровки Hybritec это значительное снижение пороговой величины и увеличение чувствительности метода, а для калибровки ВОЗ – значение практически равное пороговому.

В заключение разговора Наталия Липатова обращает внимание на то, что необходимо использовать единую аналитическую платформу и понимать обоснованность использования пороговой диагностической величины. Более того, при выдаче результатов лаборатория должна указывать тип аналитической платформы, на которой выполнялось исследование, используемую калибровку и референсные значения.

– ПСА – один из основных компонентов, необходимых для своевременного выявления РПЖ. У ПСА есть «помощники». Например, процент свободного ПСА, позволяющий дифференцировать доброкачественные и злокачественные новообразования простаты с достаточной чувствительностью, – чем выше % свободного ПСА, тем меньше вероятность рака. Еще 1 дополнительный маркер, позволяющий улучшить диагностику РПЖ, – это [-2]проПСА, который секретируется в зоне наиболее частого расположения опухолей. Сейчас большой интерес у клиницистов вызывает расчетный показатель РНІ (Prostate Health Index), получаемый при объединении показателей ПСА, свободного ПСА и [-2]проПСА в одну расчетную формулу. Использование РНІ повышает выявляемость рака

простаты, позволяет сократить количество необоснованных биопсий предстательной железы, помогает выявить агрессивные формы РПЖ.

Еще существует молекулярно-генетический тест для раннего распознавания карциномы простаты – РСА3, который может служить критерием для определения целесообразности проведения биопсии, особенно у пациентов с повышенным уровнем ПСА.

Комплексное обследование пациента, включающее использование дополнительных методов, помогает врачу принять более информированное решение о направлении пациента на биопсию простаты, а значит – избежать ненужных болезненных и небезопасных манипуляций. Правда, пока что такие исследования не очень популярны и в силу высокой стоимости, и в силу своей новизны.

– Чтобы достичь каких-то успехов, необходимо не только соответствие единому стандарту, но и понимание особенностей аналитических исследований. Наверное, для этого нужно просвещать и пациентов, и врачей, чтобы они понимали, почему у одного и того же человека уровень ПСА может быть нормальным или, наоборот, попадать в зону патологических значений в зависимости от того, какая калибровка была выбрана лабораторией при выполнении исследования. **УС**

Материал специально для УС подготовила Алла Солодова, корреспондент Infox.ru

Новое в урологии

УРОРЕК®

Силодозин 4 мг; 8 мг

Никтурия

Учащенное мочеиспускание

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, повышая 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: частые позывы на мочеиспускание, никтурия и неполное опорожнение мочевого пузыря), по сравнению с тамсулозином⁴
- ✓ ДОКАЗАННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ В ОТНОШЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ^{4,5}

1. Tatemichi S et al. Nihonkoku Zasshi 2006; 126: 209-219
2. Schwinn DA, Riebelroten CG. Int J Urol 2008; 15: 133-139
3. Lopez H. Rev Urol 2006; 11: 59-113

4. Montorsi F. Eur Urol Suppl 2010; 9: 401-402
5. Silodosin Integrated Summary of Safety, September 2008, data on file

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

Для медицинских работников и специалистов здравоохранения.

Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас принять участие в работе научного симпозиума компании Recordati (Италия)

«Силодозин – новый альфа 1-адреноблокатор для идеального счета в матче против ДГПЖ»,

который состоится **9 февраля 2012 г.** в 16–00 в рамках VI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием **«Рациональная фармакотерапия в урологии 2012»** в Центральном Доме ученых РАН (Москва, ул. Пречистенка, 16)

Председатели:

член-корр. РАМН, профессор О.Б. Лоран (Москва)
профессор Д.Ю. Пушкарь (Москва)
профессор К.Б. Комяков (Санкт-Петербург)

Доклад:

профессор F. Montorsi (Милан)
«Лечение пациентов с симптомами нижних мочевых путей при ДГПЖ – что нового?»

Клинический разбор:

доцент А.В. Говоров (Москва)

Резюме:

профессор Д.Ю. Пушкарь (Москва)
«Нужен ли в России новый альфа-блокатор для лечения ДГПЖ?»

Двое участников симпозиума получают возможность пройти стажировку в госпитале Сан-Рафаэль (Милан)



Французская ассоциация урологов (L'Association Française d'Urologie – AFU)



**Дина
Бедретдинова**

Секретарь Европейского Сообщества Резидентов Урологии (ESRU), заочный аспирант НИИ урологии

dynecin@narod.ru

Французская ассоциация урологов была основана в 1896 г. Félix Guyon (1831–1920), считающимся основателем французской урологической школы. Через 11 лет он же с коллегами из Европы, США и Южной Америки основал Международное общество урологов (SIU).



Профессор Jean-Casimir-Félix Guyon

Таким образом, Французская ассоциация урологов является одним из старейших урологических научных обществ.

Длительное время основной функцией Ассоциации являлась организация ежегодных конгрессов, председатели которых впоследствии становились постоянными членами Правления (Административного Совета – Le Conseil d'Administration, CA). В 1986 г. Генеральная ассамблея приняла новый устав, по которому правление стало формироваться путем демократических выборов с участием всех членов Ассоциации.

В настоящее время Ассоциация позиционирует себя единственным научным обществом, официально представляющим урологов во Франции. Только оно имеет подтвержденное право выпускать рекомендации, указания по урологическим вопросам, которыми руководствуется Министерство здравоохранения. Основными миссиями общества заявлены: обучение (организация семинаров, практических стажировок, конгрессов, отчетов, сертификационных курсов); научно-исследовательская работа (гранты, научные работы, публикации, ученый совет); внедрение новшеств в практику (рекомендации, справочные публикации / информационные листы, оценка практики).

Членство во Французской ассоциации урологов

В 2009 г. Ассоциация насчитывала 1080 членов, в том числе 907 действительных членов, 107 ассоциированных членов, 36 почетных членов и 30 старших членов.

Согласно уставу в Обществе действуют 2 вида членства: действительное и ассоциированное.

Чтобы стать действительным членом Ассоциации, необходимо выдвинуть свою кандидатуру, заполнив соответствующее досье и подписав согласие на соблюдение устава Общества. При этом необходимо либо иметь квалификацию по специальности «Хирургическая урология», присваиваемой Советом профессиональной медицинской ассоциации Франции, либо для подтверждения теоретической подготовки иметь сданный экзамен EBU и 2 рекомендации с описанием практических навыков кандидата от поручителей – членов AFU. В случае ассоциированного членства, достаточно наличия любого диплома уролога и 2 рекомендаций от членов AFU, но этот вид членства не дает право голоса в Ассоциации.

Состав и структура Французской ассоциации урологов

Правление общества (Le Conseil d'Administration) состоит из 24 членов и обновляется каждые 3 года. Исполнительным органом правления является президиум (Le Bureau), состоящий из 5 членов: президента, вице-президента, генерального секретаря, его заместителя и казначея.

Двадцать четыре члена правления избираются путем тайного голосования сроком на 3 года всеми членами Ассоциации, присутствующими на ежегодном конгрессе. После истечения срока полномочий на следующих выборах все члены могут быть назначены повторно, за исключением президента. Правление избирает президиум среди своих членов путем тайного голосования.

Действующий состав правления был избран в ноябре 2010 г. Президиум до 2013 г. будет возглавлять Patrick Coloby.

Комитеты Французской ассоциации урологов

Рабочими группами Ассоциации являются ее научные и административные комитеты, зачастую имеющие свои названия: например, есть научные комитеты по андрологии, онкологии (CCAFU), инфекционным заболеваниям (CIAFU), мочекаменной болезни (CLAFU), нейроурологии, пересадке почки и хронической почечной недостаточности (CTIRC), расстройствам мочеиспускания у мужчин (CTMH), урологическим заболеваниям ребенка и подростка (CUEA), урологии и перинеологии женщины (CUROPF).

Среди административных комитетов есть ответственные за повышение квалификации, так называемое «продолженное образование», профессиональную практику, этику, деонтологию и исполнение профессиональных обязанностей, организацию конгресса, связи с прессой, историю.

У научных советов Французской ассоциации урологов несколько задач. Это методологическая помощь; определение основных направлений научных исследований; изучение и аттестация/утверждение новых методов лечения; выпуск рекомендаций; определение тем для конгресса; научный мониторинг.

Связи с общественностью

Французская ассоциация урологов использует все современные возможности для связи с общественностью:

- ежегодный конгресс Французской ассоциации урологов, проводится в ноябре;
- официальный журнал общества – «Прогресс в урологии» (Progrès en Urologie), выпускается на французском языке;
- сайт ассоциации – Urofrance.org, на нем представлены как материалы для профессионалов, так и информация для широкой публики;

- рассылка по электронной почте информационных сообщений: Infos-AFU;
- бюллетень профессиональной информации: Urojonction («Уросоединение, уросоусье»);
- разнообразные методики последипломного образования;
- медицинская пресса (специализированная);
- пресса для широкой публики (общественная);
- проведение пресс-конференций, недель и дней здоровья (например, Национальная неделя по проблеме недержания мочи с 14 по 20 марта 2011 г.; Национальный день предстательной железы, который в 2011 г. проводился в 7-й раз и был посвящен раку предстательной железы);
- приложения для мобильных телефонов с подробной информацией о конгрессе Ассоциации (выпускаются с 2010 г., каждый год новое приложение), также есть приложение для помощи в интерпретации анализа обменных нарушений (CalculLithiase, на французском языке).

Все публикации Ассоциации размещены на ее сайте, научные и популярные находятся в свободном доступе. Большая часть публикаций — на французском языке.

Раздел «Урология для широкой публики» наполнен не только печатным материалом, рекомендациями для пациентов, справочными публикациями по всем основным заболеваниям и урологическим процедурам, но также и анимационными роликами, объясняющими хирургические методы, и видеофайлами. Не забыты даже дети, для которых подготовлена специальная брошюра, обучающая основным гигиеническим правилам при мочеиспускании. Грамотная и научно обоснованная информация для пациентов, находящаяся в свободном доступе, помогает и врачам, и пациентам, которые часто ищут информацию в Интернете.

На сайте есть интерактивная карта Франции, где можно найти контакты врачей-урологов – членов Ассоциации.

Также на сайте существует специальный раздел, где собраны все рекомендации, номограммы, справочные публикации (информационные листки), разнообразные вопросники, переведенные на французский язык, программа для помощи в интерпретации анализа обменных нарушений. Еще один интересный раздел содержит информацию по клиническим исследованиям, проводимым во Франции, благодаря этому и пациенты, и врачи могут узнать о возможном участии в научном и лечебном процессе.

Кроме этого, на сайте размещена библиографическая база данных урологических публикаций на французском языке, доступна база данных тезисов, резюме и презентаций ежегодных конгрессов.

Помимо ежегодных конгрессов Ассоциация проводит семинары по повышению квалификации («продолженное образование»), ежегодные конференции по онкоурологии, андрологии и сексологии и т. д. Разрабатываются методы обучения онлайн, как в виде презентаций с тестами, так и в виде онлайн-конференций с трансляцией операций в Интернете. Также разработано электронное досье учащегося уролога (онлайн-тетрадь интерна, Cahier de l'interne en ligne), которое постепенно заполняется в процессе учебы.

Все учащиеся могут принимать участие в образовательных программах, предлагаемых Французским урологическим колледжем. Они относительно похожи на курсы EUREP, но

проводятся чаще, программа более детальная и в течение нескольких лет надо проходить несколько недельных курсов для освоения всей программы.

Также значительный раздел сайта посвящен профессиональной практике, где освещаются проблемы кодирования и номенклатуры, оценки практики уролога; программы и действия, предпринимаемые научным сообществом, и т. д.

«Дом урологии» (Maison de l'urologie)

Территориально Французская ассоциация урологов зарегистрирована в центре Парижа в «Доме урологии», который она делит с Национальным синдикатом французских хирургов-урологов (Le Syndicat National des Chirurgiens Urologues Français – SNCUF: по сути дела, это профсоюз, защищающий интересы врачей), Французской ассоциацией обучающихся урологов (Association Française des Urologues en Formation – AFUF: в ней состоят экстерны (студенты) и интерны (ординаторы)) и Французским урологическим колледжем (Collège Français des Urologues – CFU: эта организация занимается всеми вопросами преподавания и обучения в урологии). Все эти организации имеют разные права и обязанности, но дружно сосуществуют и взаимодействуют, совместно проводя многочисленные проекты.



Благодаря общему территориальному размещению и предоставлению 2 залов для встреч у всех этих урологических сообществ есть возможность для проведения совещаний, встреч, переговоров.



«Дом урологии»

Также Французская ассоциация урологов активно поддерживает молодую Французскую ассоциацию урологических медсестер и медбратьев (Association Française des infirmières et infirmiers en Urologie (AFIU)), основанную в 1996 г.

Кроме этого, она поддерживает и общество, основанное в честь первого профессора урологии и основателя французской урологической школы Félix Guyon (Société Félix Guyon (SFG)), которое проводит около 4 заседаний в год: 3 в Париже и 1 в провинции.

История урологии во французском урологическом обществе бережно сохраняется. Каждый год во время ежегодного конгресса готовятся отчет и резюме, затем они публикуются на сайте. Любопытно, что в историческом разделе можно найти историю проведения ежегодных конгрессов, начиная с 1896 (!) г., в виде афиш за каждый год с фотографиями выступавших урологов и краткими сообщениями о наиболее важных моментах конгресса.

Общественным урологическим организациям необходима консолидация



Дмитрий Леонидович Базаров

Руководитель корпоративной практики, управляющий партнер ООО «Юридическая фирма "Вектор Защиты"»
bazarov@vdef.ru

Тема общественных медицинских организаций, в частности урологических, обсуждение которой началось на страницах газеты, получила огромный резонанс. Врачи-урологи, онкоурологи, андрологи активно включились в дискуссию о том, какой должна быть общественная организация, какие задачи она должна решать.

На сегодняшний день в России такое многообразие общественных урологических организаций: Общество урологов, Общество онкоурологов, Общество андрологов, Общество детских урологов и т. п., которого, пожалуй, нет нигде в мире. Было бы резонно, если бы всех специалистов объединило одно Общество урологов (РОУ). Именно таким образом функционируют европейские общественные урологические организации. К чему тиражировать Общества локальных специалистов, если все они, по сути, входят в профессиональное сообщество урологов? Возможно, причина в том, что РОУ в том виде, в котором оно существует сегодня, не в состоянии справиться с одной из главных своих задач – объединением всех специалистов в едином Обществе.

Очевидно, подтолкнул к такому широкомасштабному обсуждению вопроса общественных урологических организаций и проект Устава Общества урологов (РОУ), который, наконец, разместили на сайте этой организации.

Сегодня мы решили посмотреть на этот документ не с медицинской точки зрения, а с юридической.

Чтобы понять, к чему стремиться, какой устав нам нужен, надо сначала проанализировать то, что мы имеем. А мы имеем сегодня несколько общественных организаций, в каждой из которых есть свой устав. И если цели и задачи уставов в целом схожи, то структура управления организацией значительно отличается.

О слабых и сильных сторонах уставов мы беседуем с управляющим партнером и руководителем корпоративной практики юридической фирмы «Вектор Защиты» Дмитрием Базаровым.

– Что такое общественная организация? С точки зрения законодательства, это основанное на членстве общественное объединение, созданное на основе совместной деятельности для защиты общих интересов и достижения уставных целей объединившихся граждан. Иными словами, объединение специалистов. Если провести аналогию с государством, отношения в котором регулируются Конституцией, можно ли говорить о том, что устав для общественной организации – это своего рода Конституция, основополагающий документ?

– Да, совершенно верно, именно основополагающий документ, который определяет цели и задачи организации, ее структуру, порядок формирования и компетенцию ее руководящих органов.

Закон об общественных объединениях дает лишь общую канву документа, тогда как детальную структуру и компетенцию органов управления определяет устав общественной организации.

– Дмитрий, Вы анализировали уставы европейских и российских общественных урологических организаций, существует ли между ними принципиальная разница?

– Разница, разумеется, есть, и заключается она, главным образом, в подходе к формированию структуры управления. Европейские уставы отличаются небольшими сроками полномочий руководящих органов и ограничением возможности переизбрания в том же составе. Очевидно, это объясняется более давними демократическими традициями европейских государств. К примеру, в одной из старейших общественных организаций – Французской ассоциации урологов правление обновляется каждые 3 года. По истечении срока полномочий все члены правления могут быть назначены повторно, за исключением президента. По-видимому, 3 года – вполне достаточный срок для того, чтобы президент проявил свои способности менеджера, ведь президент – это, по сути, тот же менеджер. В Европейской ассоциации урологов члены исполнительного комитета (руководящий коллегиальный орган) избираются на 4 года с правом только одного переизбрания.

Если говорить о российских общественных урологических организациях, то обращает на себя внимание большой срок полномочий председателя и членов правления – 5 лет (в действующем Уставе РОУ и в проекте Устава РОУ срок полномочий президента 5 лет, в Уставе РООУ – 4 года). К тому же предусмотрено переизбрание на должность неограниченное число раз. Хочу отметить, что такой порядок не противоречит закону. Можно рассуждать о сроке полномочий с позиций целесообразности и эффективности и, скорее всего, такую оценку могут дать члены организации.

– Говорят, что народ получает того правителя, которого заслуживает. Если опять провести аналогию с государством, то получится, что члены общественных организаций получают того президента, которого заслуживают, а точнее, которого сами выбрали.

– Процедура выборов президента, к примеру, РОУ, в настоящее время, т. е. по действующему Уставу, выглядит следующим образом: созывается высший руководящий орган Общества – съезд Общества. Делегаты на съезд избираются общим собранием членов регионального отделения простым большинством голосов присутствующих открытым голосованием. Съезд избирает правление Общества сроком на 5 лет, и уже правление из своего состава избирает председателя, заместителей председателя, главного ученого секретаря, казначея, членов президиума правления Общества.

– То есть получается, что выборы президента – это удел не рядовых членов Общества, а избранного правления, члены Общества не выбирают президента, его им представляет правление?

– Да, получается именно так. Несмотря на то, что такой порядок не противоречит действующему законодательству, на практике может произойти некая консервация выборов президента, т. е. Устав затрудняет смену руководства Общества и ведет к тому, что узкая группа одних и тех же лиц получает многолетний контроль над Обществом. В иностранных общественных организациях такая практика отсутствует. В той же Европейской ассоциации урологов любой ее член может подать заявление на рассмотрение его кандидатуры для работы в исполнительном комитете (аналог правления в российских обществах).

– Какие изменения произошли в проекте Устава в части выборов президента?

– Прежде всего, надо отметить, что в проекте Устава РОУ повышены требования к кворуму на съезде. По действующему Уставу: съезд правомочен, если присутствует более половины избранных делегатов; по проекту Устава: съезд правомочен, если присутствует более половины избранных делегатов, представляющих более половины региональных отделений Общества. И если председатель Общества избирался правомочным, то, согласно проекту устава, председатель Общества избирается съездом из числа членов Общества.

– А как выглядит процедура выборов: это открытое голосование или тайное?

– Сама процедура в Уставе не прописана. Каким будет голосование – открытым или тайным и как его проводить: голосовать бюллетенем или поднятием рук – определяет съезд.

– Думаю, что результаты открытого голосования могут значительно отличаться от результатов тайного голосования, ведь, когда все друг друга знают, открыто выступить «за» или «против» того или иного кандидата на пост председателя Общества достаточно проблематично. Здесь как раз может сработать стереотип: «Как все, чтобы не выделяться, и как бы чего не вышло». Уверена, что тайное голосование дает больше свободы в выборе, ведь можно выбирать без оглядки на коллег.

– Да, возможно, хотя с юридической точки зрения это не принципиальный вопрос, главное, чтобы не было допущено нарушений при самом голосовании.

В проекте Устава РОУ появились и нововведения: состав правления теперь ограничен числом 90 человек. Правлению дано право избирать почетного председателя по представлению председателя Общества (решение принимается квалифицированным большинством в 2/3 голосов членов правления Общества, присутствующих на заседании) на неограниченный срок.

– Получается, по сути, пожизненный почетный председатель?

– В проекте сформулировано «на неограниченный срок», что в принципе не исключает пожизненного срока. Но это еще не все. Вводится Совет старейшин из 4 человек, причем их правление также избирает на неограниченный срок.

– А с какой целью вводится Совет старейшин?

– Откровенно говоря, цель не совсем ясна. Это консультативный орган без реальных полномочий, участники которого являются членами правления и президиума и имеют льготы, определяемые решением правления. Непонятно, в чем смысл объединения этих членов в составе Совета старейшин.

– То есть образуется надстройка, не имеющая реальных функций, но зато имеющая льготы, своего рода – пирамида?

– Для повышения эффективности управления РОУ нет смысла в том, чтобы эти же лица объединялись в составе Совета старейшин. Проектом также предусмотрено значительное расширение прав президиума в части поощрения членов Общества: дано право присуждения наград, премий, иных поощрений. Более того – дано ревизионно-контрольное полномочие контролировать правильность расходования денежных средств. Выходит, что президиум сам себя контролирует, ведь именно он вправе поощрять членов Общества разнообразными способами.

– Изменились ли полномочия председателя?

– Практически нет. Председатель РОУ является и членом правления, и членом президиума, что просто нелогично, поскольку единоличный исполнительный орган одновременно входит в состав коллегиального, притом что компетенция у них разная. Председатель Общества заключает договоры, открывает счета, имеет право первой финансовой подписи документов, право подписывать иски и претензии. Казначей Общества избирается отныне только по представлению председателя, ранее он избирался правлением Общества из своего состава.

Почетный председатель назначается на неопределенный срок, имеет особые льготы (их устанавливает правление), он является одновременно членом правления и президиума. Он же – главный консультант председателя. Однако почетный председатель может и не входить в Совет старейшин, таким образом, число «особых льготников» увеличивается. Необходимо конкретизировать основания для избрания почетных членов, а именно – в чем выражаются «выдающиеся труды в области теоретической и практической урологии либо значительные заслуги в области здравоохранения». Возможно, стоит учесть ученую степень, научные монографии (публикации) или многолетний стаж успешной работы. Почетные члены согласно проекту Устава избираются правлением, но, с учетом общезвестности их заслуг, более целесообразно передать это полномочие съезду.

– На сегодняшний день каждая общественная организация имеет свой устав, к тому же согласно проекту Устава РОУ свои уставы есть и в региональных отделениях, но ни один устав не является идеальным. К чему такое многообразие организаций, уставов, если цели и задачи этих общественных организаций схожи. Цели и задачи РОУ: «содействие развитию отечественной урологии и всех ее специальностей; профессиональная консолидация, укрепление и развитие профессиональных связей и гуманитарных контактов между специалистами-урологами». Цели и задачи РООУ: «...содействие объединению усилий онкологов, урологов, онкоурологов, химиотерапевтов, радиологов, патоморфологов и специалистов смежных отраслей...». Но реальное объединение специалистов на практике не происходит и здесь, как это ни парадоксально, члены общественных организаций замыкаются в пределах своего Общества. Назрела реальная необходимость объединения всех общественных урологических организаций в единую Ассоциацию. Такая консолидация и принятие единого устава принесли бы больше пользы науке и молодым специалистам.

– Да, пожалуй, это очень целесообразное и эффективное решение, от которого бы выиграли все без исключения. Объединение в единую Ассоциацию с единым уставом было бы грамотным не только с медицинской точки зрения, но и с юридической. Современная наука, медицина – это существование дисциплин на стыке с другими дисциплинами: урология, онкоурология, андрология и др. Объединившись в Ассоциацию, специалисты усилят и укрепят свою организацию, получат больше возможностей для обмена опытом не только внутри российской ассоциации, но и получат возможность обмена опытом со специалистами европейских урологических ассоциаций. Если говорить о юридической стороне вопроса, то такое объединение в Ассоциацию с единым уставом не противоречит законодательству, оно вполне возможно. Относительно единого устава, я представляю это себе следующим образом: все руководители общественных организаций должны сесть за стол переговоров и обсудить уставы своих организаций, собрав

Окончание на стр. 7 ►

Современные методы терапии почечно-клеточного рака



Анна Сергеевна Маркова

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



Роман Валентинович Савков

Врач-онколог высшей категории, к.м.н., заведующий отделением ГУЗ Московский областной онкологический диспансер
guz_mood@mail.ru

Проблема рака почки (РП) приобретает все большее социальное значение. Заболеваемость и смертность от РП в России в последнее 10-летие продолжает неуклонно расти, достигнув довольно высоких цифр. По темпам прироста РП занимает устойчивое 2-е место в общей популяции. По данным статистики, в 2009 г. в России выявлено 18 328 новых случаев РП, стандартизованный показатель заболеваемости составил 8,9 на 100 тыс. населения. Прирост заболеваемости за 1999–2009 гг. составляет 34,8%. Число умерших от РП за период с 1999 по 2008 г. увеличилось на 13,57% и в 2008 г. достигло 8370 человек.

В большинстве случаев РП протекает бессимптомно. Классическая триада (гематурия, пальпируемая опухоль, боли в поясничной области) в настоящее время встречается редко (6–10%). Более 50% первичных опухолей почки выявляются случайно при профилактическом обследовании.

В результате появления современных неинвазивных диагностических методов, таких как ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ), позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ), существенно расширились возможности диагностики и стадирования РП. В комплекс обязательных обследований больных РП входят УЗИ, КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, рентгенография органов грудной клетки. Для оценки функционального состояния пораженной и здоровой почки применяются динамическая нефросцинтиграфия и экскреторная урография, последняя также может использоваться для дифференциальной диагностики с папиллярными образованиями верхних мочевых путей. Ангиография используется в тех случаях, когда требуется точная информация о коли-

честве почечных артерий и сосудистой архитектонике почки. Выполнение остеосцинтиграфии показано при наличии болей в костях и повышении уровня щелочной фосфатазы в биохимическом анализе крови. Больным метастатическим почечно-клеточным раком (мПКР) рекомендовано выполнение КТ органов грудной клетки и дополнительно по показаниям исследование органов-мишеней (КТ головного мозга, МРТ брюшной полости, ПЭТ).

Однако по данным опроса специалистов, в диагностике РП существует и обратная сторона медали. Применение таких 2 наиболее популярных и необходимых методов томографии, как КТ и МРТ, не говоря уже про ПЭТ, ограничено высокой стоимостью и малой доступностью этих исследований. Далеко не во всех медицинских учреждениях имеются собственные томографы. А в тех учреждениях, где они есть, образуется большая очередь, иногда достигающая 1–2 мес и более. Возможно, эти и некоторые другие факторы являются причинами не снижающегося уровня смертности от РП в России.

Безусловно, ведущую роль в лечении РП занимает хирургический метод, позволяющий удалить первичную опухоль и метастазы. Но, к сожалению, не всем пациентам, страдающим почечно-клеточным раком (ПКР), возможно проведение хирургического лечения. Более чем у 25% больных на момент установления диагноза рака почки уже имеются множественные отдаленные метастазы в различных органах. Примерно у 20–30% пациентов после хирургического лечения в разные сроки появляются метастазы. Прогноз у этой группы больных несколько лучше, однако средняя продолжительность жизни после выявления метастазов составляет 10–13 мес. Хирургическое удаление метастазов возможно только при солитарных или единичных очагах и при хорошем общем статусе больного. Лучевая терапия применяется с паллиативной целью при метастатическом поражении костей и головного мозга.

Без сомнения, данная категория пациентов нуждается в эффективной лекарственной терапии, основной целью которой должно являться продление жизни. Химио- и гормонотерапия (антиэстрогены, прогестины) ввиду их низкой эффективности (суммарный ответ на терапию не превышает в среднем 5%) не нашли широкого применения и не рекомендованы в настоящий момент для лечения диссеминированного РП. В течение длительного времени основой системной терапии больных мПКР являлась иммунотерапия. Однако применение иммунотерапии (интерферон-альфа (ИФН-α), интерлейкин-2) было ограничено ее низкой эффективностью (частота объективного ответа не превышает 15%) и высоким профилем токсичности. На се-

годняшний день монотерапия ИФН-α или высокодозными болосными формами интерлейкина-2 рекомендуется только в качестве первой линии для мПКР, в отдельных случаях при светлоклеточной форме рака и хорошем прогнозе. Также было показано, что комбинации цитоклинов с дополнительной химиотерапией не улучшают общую выживаемость по сравнению с монотерапией. А после проведенной иммунотерапии пациентам обычно не назначалось никакого лекарственного лечения, кроме симптоматической терапии.

Большим прогрессом в лечении пациентов с мПКР стало появление качественно нового вида системной терапии – таргетной терапии, направленной на различные молекулярные «мишени» канцерогенеза. На сегодняшний день в России зарегистрировано 6 таргетных препаратов, доказавших свою эффективность в исследованиях III фазы: это ингибиторы тирозинкиназы – сунитиниб, сорафениб и пазопаниб, ингибитор сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGF) – бевацизумаб и ингибиторы мишени рапамидина млекопитающих (mTOR) – темсиролимус, эверолимус. Согласно рекомендациям EAU 2011 г. в качестве первой линии терапии при мПКР показаны сунитиниб, бевацизумаб в сочетании с ИФН-α и пазопаниб в группе низкого и среднего риска и темсиролимус в группе высокого риска, во 2-й линии могут применяться сорафениб и пазопаниб (в том числе после терапии цитоклинами) и эверолимус (после таргетной терапии). Группы риска определены на основе прогностических критериев MSKCC, разработанных проф. Робертом Мотцером и его коллегами из Memorial Sloan-Kettering Cancer Center для прогнозирования выживаемости больных мПКР. Критерии Мотцера, составленные на основе простых и доступных клинических и лабораторных данных, таких как уровень лактатдегидрогеназы, концентрация скорректированного кальция, уровень гемоглобина, время от момента установления диагноза до начала терапии и статус больного по шкале Карновского, представляют важный алгоритм для выбора лекарственного лечения у каждого конкретного пациента.

Одним из наиболее изученных и эффективных таргетных препаратов является сунитиниб, зарегистрированный на российском фармацевтическом рынке в 2008 г. под торговым названием Сутент. Сунитиниб проявляет ингибирующую активность в отношении различных киназ (> 80 киназ), участвующих в процессах роста и метастазирования опухоли и патологическом ангиогенезе, является мощным ингибитором рецепторов фактора роста тромбоцитов (PDGFR-α и PDGFR-β), рецепторов фактора роста эндотелия сосудов (VEGFR-1, VEGFR-2 и VEGFR-3), рецептора фактора стволовых клеток (KIT), рецеп-

тора Fms-подобной тирозинкиназы-3 (FLT-3), рецептора колоннестимулирующего фактора 1-го типа (CSF-1R) и рецептора нейротрофического фактора роста глиальных клеток (RET). Благодаря действию на рецепторы тирозинкиназы препарат оказывает комплексный антипролиферативный и антиангиогенный эффект.

Сутент является принятым стандартом лечения распространенного и/или мПКР у пациентов, не получавших ранее специфического лечения, и при отсутствии эффекта от терапии цитоклинами, также он применяется при гастроинтестинальных стромальных опухолях при отсутствии эффекта от терапии иматинибом (Гливек) вследствие резистентности или непереносимости. Также ведутся исследования об эффективности сунитиниба при других локализациях злокачественных опухолей.

Эффективность и безопасность сунитиниба в лечении больных распространенным и мПКР были показаны в нескольких крупных исследованиях. Основным из них является международное мультицентровое рандомизированное сравнительное исследование III фазы. Пациенты получали сунитиниб в стандартной дозировке 50 мг 1 раз в сутки *per os* в течение 4 недель с последующим перерывом в лечении на 2 недели (режим 4/2); 2-й группе пациентов подкожно вводился ИФН-α в дозе 9 млн МЕ 3 раза в неделю. Пациенты получали назначенную терапию до выхода из исследования или прогрессирования заболевания.

Финальное значение медианы выживаемости без прогрессирования превысило отметку в 2 года и составило 26,4 мес по сравнению с аналогичным показателем у пациентов, получавших ИФН-α – 21,8 мес (HR = 0,821; ДИ 95% 0,673–1,001; *p* = 0,051). Объективный ответ на терапию составил 47% у пациентов, получавших сунитиниб, в сравнении с 12% в группе пациентов, получавших ИФН-α. Наиболее частыми побочными эффектами III степени тяжести являлись: артериальная гипертензия (12%), утомление (11%), диарея (9%) и ладонно-подошвенный синдром (9%).

В России пока далеко не все больные мПКР имеют возможность лечения таргетными препаратами. Из 74% пациентов, нуждающихся в противоопухолевом лечении по поводу диссеминированного РП, только 12–15% получают таргетную терапию. Большая часть пациентов, нуждающихся в таргетной терапии, продолжает получать иммунотерапию. Это связано как с ограниченной доступностью этих препаратов в нашей стране на сегодняшний день, так и с консервативной позицией врачей, продолжающих рекомендовать терапию цитоклинами всем пациентам вне зависимости от группы риска.

Общественным урологическим организациям необходима консолидация

◀ Окончание, начало на стр. 6

в единый устав все ценное, приняв во внимание положительный опыт деятельности каждой из организаций. Разумеется, в дальнейшем проект устава должны обсудить все специалисты.

– Одной из главных задач Ассоциации должна стать подготовка молодых врачей.

Кстати, как отражена эта задача в уставах сегодня?

– В целях и задачах уставов обществ она не отражена, тогда как в европейских общественных урологических организациях подготовка кадров – одна из главных задач общественной организации, она закреплена в уставах. Так, одной

из целей Французской ассоциации урологов является образование – «подготовка урологических кадров и повышение квалификации специалистов», так записано в Уставе этой организации. Европейская ассоциация урологов также считает одной из главных своих задач подготовку молодых специалистов. В России подготовка кадров ранее была в ведении государства.

– Да, но государство давно освободило себя от этой задачи. А общественные организации не смогли или не захотели взять на себя эту обязанность. И таким образом подготовка молодых специалистов, их стажировка за рубежом на сегодня никому не интересны. Именно Ассоциация и могла

бы решить эту задачу, финансируя учебу, повышение квалификации врачей.

– Совершенно верно, но для того, чтобы это стало реальностью уже завтра, необходимо, чтобы рядовые члены общественных урологических организаций осознали, что сегодня они решают судьбу будущих врачей и, соответственно, судьбу будущих пациентов, судьбу медицинской науки в России.

– Специалистам нужна единая организация – Ассоциация, нужен сильный лидер, который может появиться лишь в результате здоровой конкуренции.

PS. Нам интересно услышать мнение всех специалистов-урологов, независимо от их принадлежности к тому или иному Обществу:

1. Какой, на Ваш взгляд, должна быть единая организация урологов?

2. Каким должен быть устав организации, в частности, как должен избираться президент: открытым или тайным голосованием?

3. На Ваш взгляд, есть ли на сегодняшний день в урологическом сообществе лидер, способный объединить всех специалистов в единую урологическую организацию?

Свои ответы, а также свое мнение Вы можете присылать в редакцию газеты или оставить на сайте www.urotoday.ru

Беседовала Татьяна Бердникова

Урология сегодня

специализированное издание для урологов

2 0 1 2

К А Л Е Н Д А Р Ь

январь	12.01–13.01	Съезд по активному наблюдению рака простаты низкого риска	РОТТЕРДАМ Голландия	Prostate Cancer Programme European School of Oncology Milan, phone: +39 02 8546 4527, fax: +39 02 8546 4545, e-mail: prostate@eso.net, www.eso.net
	17.01–21.01	Ежегодный конгресс Американской ассоциации детских урологов (AAPU)	ЛОС СУЕНОС Коста-Рика	AAPU, phone: +1 513 636 6758, fax: +1 513 636 6753
	25.01–27.01	16-й Копенгагенский симпозиум по эндоскопической хирургии в урологии	КОПЕНГАГЕН Дания	Department of Urology, Herlev University Hospital, phone: +45 448 836 44, e-mail: suslen@seus2012.com, www.seus2012.com/page.asp?P=100
	26.01–27.01	IV Всероссийская урологическая видеоконференция «Оперативное лечение заболеваний органов мочеполовой системы»	МОСКВА Россия	Российское общество урологов, кафедра урологии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, тел./факс: +7 495 952 43 45, тел.: +7 915 307 86 60, e-mail: sobilen@mail.ru, darenkov@list.ru, www.urovideo.ru
	27.01–28.01	Всероссийская Школа по детской урологии-андрологии с международным участием	МОСКВА Россия	ФГУ НИИ урологии, МООДУА, European Society for Paediatric Urology, тел.: +7 926 993 74 43, e-mail: tatianagarmanova@gmail.com, www.uroline.ru/skola-detskoi-urologii-2012
февраль	04.02–07.02	Европейский урологический форум 2012	ДАВОС Швейцария	Phone: +31 26 389 0680, fax: +31 26 389 0684, e-mail: esudavos@congressconsultants.com, www.davos2012.uroweb.org
	19.02–22.02	Ежегодный конгресс Международного общества по исследованию сексуального здоровья женщин 2012	ИЕРУСАЛИМ Израиль	International Society for the Study of Women's Sexual Health, phone: +1 847 517 7225, fax: +1 847 517 7229, e-mail: info@isswsh.org, www.isswsh.org
	23.02–25.02	Ежегодный научный съезд Канадского общества трансплантологов	КВЕБЕК Канада	Canadian Society of Transplantation, phone: +1 613 730 6274, fax: +1 613 730 1116, e-mail: cst@rcpsc.edu, www.cst-transplant.ca/AnnualConference.cfm
	24.02–28.02	27-й Ежегодный конгресс Европейской ассоциации урологов (EAU)	ПАРИЖ Франция	EAU, Congress Consultants B.V., phone: +31 26 389 1751, fax: +31 26 389 1752, e-mail: info@eaparis2012.org, www.eaparis2012.org
	24.02–28.02	Европейская школа урологии (ESU) в рамках 27-го Ежегодного конгресса EAU. HOT-курсы, обучение и инновации	ПАРИЖ Франция	European School of Urology (ESU), phone: +31 26 389 0680, fax: +31 26 389 0674, e-mail: esu@uroweb.org, www.uroweb.org
	25.02–27.02	13-й Международный конгресс Европейской организации урологических медсестер (EAUN)	ПАРИЖ Франция	Congress Consultants B.V., phone: +31 263 890 680, fax: +31 263 890 674, e-mail: eaun@uroweb.org, www.uroweb.org
март	08.03–10.03	Ежегодный форум по уродинамическим исследованиям	ЦЮРИХ Швейцария	Forum Urodynamicum e.V., phone: +49 208 881 1220, fax: +49 208 881 1230, e-mail: info@forum-urodynamicum.de, www.forum-urodynamicum.de
	21.03–24.03	37-й Ежегодный конгресс Американского общества андрологов (ASA)	ТУСОН США, штат Аризона	ASA, phone: +1 847 619 4909, fax: +1 847 517 7229, e-mail: info@andrologysociety.org, www.andrologysociety.org/meetings/default.aspx
	29.03–30.03	Школа с международным участием по малоинвазивной онкоурологии «Малоинвазивные технологии лечения рака предстательной железы и рака почки»	МОСКВА Россия	ФГУ НИИ урологии, тел.: +7 926 840 13 80, +7 903 169 79 08, e-mail: nkeshishev@gmail.com, info@uroweb.ru
апрель	06.04–07.04	Конференция онкоурологов стран СНГ «Актуальные вопросы диагностики и лечения местнораспространенного и метастатического рака почки, мочевого пузыря и предстательной железы»	КИЕВ Украина	РООУ, тел./факс: +7 495 645 21 98, e-mail: roou@roou.ru, www.roou.ru
	13.04	II Конференция урологов Южного федерального округа	РОСТОВ-НА-ДОНУ Россия	ПостГМУ, e-mail: dept_kogan@mail.ru, www.UroProfi.ru
	20.04–22.04	9-й Съезд секции EAU по онкоурологии (ESOU)	ГАМБУРГ Германия	EAU, phone: +31 26 389 1751, fax: +31 26 389 1752, e-mail: esou2012@congressconsultants.com, www.esou.uroweb.org
	26.04–28.04	VIII Конгресс «Мужское здоровье»	ЕРЕВАН Армения	МЗ и СР РФ, МЗ Армении, РО «Мужское здоровье», тел.: +7 495 432 96 22, e-mail: marina.lal@mail.ru
	28.04–01.05	Ежегодный конгресс Американского общества детских нефрологов (ASPN)	БОСТОН США, штат Массачусетс	ASPN, phone: +1 281 419 0052, fax: +1 281 419 0082, e-mail: info@aspneph.com, www.aspneph.com
май	04.05	Курсы Европейской школы урологии (ESU) по раку простаты и почки в рамках Национального съезда Ассоциации урологов в Косово	ПРИШТИНА Косово	European School of Urology (ESU), phone: +31 26 389 0680, fax: +31 26 389 0684, e-mail: esu@uroweb.org, www.uroweb.org
	09.05–12.05	12-й Международный симпозиум по мочекаменной болезни	ОУРО ПРЕТО Бразилия	SBU, phone: +21 2246 4092, fax: +21 2246 4092, www.urolithiasis2012.com
	09.05–13.05	31-й Ежегодный конгресс Европейского общества терапевтической радиологии и онкологии (ESTRO)	БАРСЕЛОНА Испания	ESTRO, phone: +32 2 775 93 40, fax: +32 2 779 54 94, e-mail: events@estro.org, www.estro-events.org/Pages/ESTRO31.aspx
	10.05–12.05	Всемирный конгресс по брахитерапии	БАРСЕЛОНА Испания	GEC-ESTRO, phone: +32 2 775 93 40, fax: +32 2 779 54 94, e-mail: events@estro.org, www.estro-events.org/Pages/WCB2012.aspx

Я Н В А Р Ь							Ф Е В Р А Л Ь							М А Р Т							
пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	
						1			1	2	3	4	5				1	2	3	4	
2	3	4	5	6	7	8	6	7	8	9	10	11	12	5	6	7	8	9	10	11	
9	10	11	12	13	14	15	13	14	15	16	17	18	19	12	13	14	15	16	17	18	
16	17	18	19	20	21	22	20	21	22	23	24	25	26	19	20	21	22	23	24	25	
23	24	25	26	27	28	29	27	28	29					26	27	28	29	30	31		
30	31																				
И Ю Л Ь							А В Г У С Т							С Е Н Т Я Б Р Ь							
пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	
						1			1	2	3	4	5							1	2
2	3	4	5	6	7	8	6	7	8	9	10	11	12	3	4	5	6	7	8	9	
9	10	11	12	13	14	15	13	14	15	16	17	18	19	10	11	12	13	14	15	16	
16	17	18	19	20	21	22	20	21	22	23	24	25	26	17	18	19	20	21	22	23	
23	24	25	26	27	28	29	27	28	29	30	31			24	25	26	27	28	29	30	
30	31																				



Е Р О П Р И Я Т И Й

М А Й	17.05–18.05	Первый Конгресс урологов Сибири
	19.05–24.05	Ежегодный конгресс Американской ассоциации урологов (AUA)
	23.05–26.05	VII Конгресс Профессиональной ассоциации андрологов России (ПААР)
	24.05–27.05	49-й Конгресс Европейской ассоциации нефрологии, диализа и трансплантации (ERA-EDTA)
И Ю Н Ь	01.06	Конференция Российского общества онкоурологов в Сибирском федеральном округе
	06.06–08.06	5-й Международный симпозиум по фокальной терапии и визуализации рака простаты и почечно-клеточного рака
	27.06–29.06	Проблемы в эндоскопической и функциональной урологии
	28.06–30.06	Мюнхенская летняя академия урологии
И Ю Л Ь	03.07–05.07	Урологический симпозиум
	08.07–14.07	Европейская школа урологии – Мастер-класс ученых из Медицинского колледжа Вейла Корнелла по общей урологии
	31.08–05.09	10-я Европейская обучающая программа для резидентов в урологии (EUREP)
С Е Н Т Я Б Р Ь	04.09–08.09	30-й Всемирный конгресс по эндоурологии и ударно-волновой литотрипсии
	14.09	Конференция Российского общества онкоурологов в Приволжском федеральном округе Национальный форум «Репродукция человека и демография России»
	28.09–02.10	37-й Конгресс Европейского общества медицинской онкологии (ESMO)
О К Т Я Б Р Ь	30.09–04.10	32-й Конгресс Международного общества урологов (SIU)
	03.10.–05.10	VII Конгресс Российского общества онкоурологов
	15.10.–19.10	42-й Ежегодный конгресс международного общества по удержанию мочи (ICS)
	18.10.–20.10	2-й Международный съезд секции EAU по визуализации в урологии (ESUI)
	25.10.–27.10	20-й Съезд секции EAU по исследованиям в урологии (ESUR)
Н О Я Б Р Ь	16.11–18.11	4-й мультидисциплинарный Съезд по злокачественным опухолям в урологии
Д Е К А Б Р Ь	28.12–01.01	7-й Европейский конгресс по андрологии
	28.12–01.01	Мастер-класс секции EAU по андрологической хирургии (ESAU)

КЕМЕРОВО Россия	Администрация Кемеровской области, ГОУ ВПО КГМА, РОУ (Кемеровское отделение), тел.: +7 3842 39 65 57, моб. +7 903 907 43 02, e-mail: trileb@rambler.ru
АТЛАНТА США, штат Джорджия	AUA, phone: +1 410 689 3700, fax: +1 410 689 3800, e-mail: aua@AUAnet.org, www.auanet.org/content/education-and-meetings/education-and-meetings.cfm
СОЧИ, п. ЛОО Россия	ПААР, тел.: +7 499 246 44 50, факс: +7 499 190 73 86, e-mail: androur@androhelp.ru, www.andronet.ru
ПАРИЖ Франция	ERA-EDTA Congress Office, phone: +39 052 198 9078, fax: +39 052 195 9242, e-mail: congress@era-edta.org, www.eraedta2012.org
БАРНАУЛ Россия	РООУ, тел./факс: +7 495 645 21 98, e-mail: roou@roou.ru, www.roou.ru
ДАРЕМ США, штат Северная Каролина	ERASMUS SA, phone: +30 210 741 4700, fax: +30 210 725 7532, e-mail: info@focaltherapy.org, www.focaltherapy.org
ПАРИЖ Франция	ERASMUS SA, phone: +30 210 741 4700, fax: +30 210 725 7532, e-mail: info@challenges-endourology.com, www.challenges-endourology.com
МЮНХЕН Германия	Astellas Pharma GmbH Germany, phone: +49 089 4544 14 57, fax: +49 089 4544 54 57, e-mail: Thorsten.Haug@de.astellas.com, www.astellas.de
ТЕЛЬ-АВИВ Израиль	ComtecMed, phone: +972 3 566 6166, fax: +972 3 566 6177, e-mail: foiu@comtecmed.com, www.comtecmed.com/foiu/2012/Default.aspx
ЗАЛЬЦБУРГ Австрия	European School of Urology (ESU), phone: +31 26 389 0680, fax: +31 26 389 0674, e-mail: esu@uroweb.org, www.uroweb.org
ПРАГА Чехия	Congress Consultants B.V., phone: +31 26 389 1751, fax: +31 26 389 1752, e-mail: eurep@uroweb.org
СТАМБУЛ Турция	Phone: +90 5323150868, e-mail: can.obek@gmail.com, www.endourology.org/index.php
САМАРА Россия	РООУ, тел./факс: +7 495 645 21 98, e-mail: roou@roou.ru, www.roou.ru
РОСТОВ-НА-ДОНУ Россия	Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Саратовский ГМУ, РостГМУ
ВЕНА Австрия	ESMO Head Office, phone: +41 91 973 1926, fax: +41 91 973 1926, e-mail: congress@esmo.org, www.esmo.org/events/vienna-2012-congress.html
ФУКУОКА Япония	SIU, phone: +1 514 875 5665, fax: +1 514 875 0205, e-mail: central.office@siu-urology.org, www.siucongress.org
МОСКВА Россия	РООУ, тел./факс: +7 495 645 21 98, e-mail: roou@roou.ru, www.roou.ru
ПЕКИН Китай	ICS, phone: +44 117 9444881, fax: +44 117 9444882, e-mail: info@icsoffice.org, www.icsoffice.org/Events/ViewEvent.aspx?EventID=134
БЕРЛИН Германия	Congress Consultants B.V., phone: +31 26 389 1751, fax: +31 26 389 1752, e-mail: info@congressconsultants.com
СТРАСБУРГ Франция	Congress Consultants B.V., phone: +31 26 389 1751, fax: +31 26 389 1752, e-mail: c.herrmann@congressconsultants.com, www.uroweb.org
БАРСЕЛОНА Испания	EAU, ESMO and ESTRO, e-mail: emuc-meeting2012@congressconsultants.com, www.emucbarcelona2012.org
БЕРЛИН Германия	In combination with Masterclass Operative Andrology of the European School of Urology (ESU), phone: +49 0 3641 311 6346, fax: +49 0 3641 311 6241, e-mail: jana.radoi@conventus.de, www.andrology2012.de
БЕРЛИН Германия	European School of Urology (ESU), phone: +31 26 389 0680, fax: +31 26 389 0674, e-mail: esu@uroweb.org, www.uroweb.org

А П Р Е Л Ь							М А Й							И Ю Н Ь						
ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС	ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС	ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС
						1		1	2	3	4	5	6					1	2	3
2	3	4	5	6	7	8	7	8	9	10	11	12	13	4	5	6	7	8	9	10
9	10	11	12	13	14	15	14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17
16	17	18	19	20	21	22	21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24
23	24	25	26	27	28	29	28	29	30	31				25	26	27	28	29	30	
30																				
О К Т Я Б Р Ь							Н О Я Б Р Ь							Д Е К А Б Р Ь						
ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС	ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС	ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС
1	2	3	4	5	6	7				1	2	3	4						1	2
8	9	10	11	12	13	14	5	6	7	8	9	10	11	3	4	5	6	7	8	9
15	16	17	18	19	20	21	12	13	14	15	16	17	18	10	11	12	13	14	15	16
22	23	24	25	26	27	28	19	20	21	22	23	24	25	17	18	19	20	21	22	23
29	30	31					26	27	28	29	30			24	25	26	27	28	29	30
														31						

Современные аспекты диагностики и лечения синдрома болезненного мочевого пузыря / интерстициального цистита



Андрей Владимирович Зайцев

Профессор кафедры урологии ГОУ ВПО МГМСУ Минздравсоцразвития России
zaitcevandrew@mail.ru

Интерстициальный цистит (ИЦ) всегда был относительно плохо изученным заболеванием, его этиология остается до конца неизвестной из-за недостатка рандомизированных исследований. Многообразие симптомов и различия в восприимчивости пациентов к лечению указывают на полиэтиологичность заболевания.

Описательный термин «интерстициальный цистит» был впервые предложен Skene (1887) в книге, посвященной болезням женского мочеиспускательного канала и мочевого пузыря. Язва мочевого пузыря была описана Hunner в 1914 г. и до настоящего времени носит его имя.

По некоторым оценкам в США около 3–6 % из общего числа женщин страдают ИЦ. Число больных в настоящее время может достигнуть 12 млн человек, из которых 1–4 млн составят мужчины. Обследование пациентов и диагностика ИЦ в медицинских центрах Европы, Северной Америки и Японии значительно отли-

чаются. Этим фактом объясняется различие в эпидемиологических данных о заболевании в разных странах.

По логике данное заболевание должно представлять некую форму воспаления в глубоких слоях стенки мочевого пузыря с типичной цистоскопической и патоморфологической картиной. Название «интерстициальный цистит» нередко фокусирует внимание исследователей лишь на мочевом пузыре, в то время как он может быть лишь местом сосредоточения действия различных этиологических факторов. Практика показывает, что окончательный диагноз «интерстициальный цистит» устанавливается, в среднем, спустя 3–4 года от начала заболевания, при этом нередко больные обращаются к нескольким специалистам (гинеколог, уролог, невролог и др.). Международное общество по изучению синдрома болезненного мочевого пузыря (ESSIC), ежегодный конгресс которого прошел 2–4 июня 2011 г. в Москве, считает, что название «синдром болезненного мочевого пузыря» (СБМП) (Bladder Pain Syndrome (BPS)) лучше соответствует нашим представлениям о заболевании и современной номенклатуре болевых синдромов, чем ИЦ. Предложено следующее определение СБМП:

- СБМП диагностируется на основании хронической (> 6 мес) тазовой боли, давления или дискомфорта, связанных по ощу-

щениям с мочевым пузырем в сочетании, по крайней мере, с одним из мочевых симптомов, таких как urgentное или учащенное мочеиспускание. Схожие по клиническим проявлениям заболевания, как причина имеющихся симптомов, должны быть исключены. Дальнейшая документация и классификация СБМП предпринимаются в зависимости от результатов цистоскопии с гидробуживанием и патоморфологического исследования биоптатов;

- обозначение типа СБМП будет состоять из 2 символов: символ 1, 2 или 3 показывает данные, полученные при цистоскопии с гидробуживанием мочевого пузыря, и символ А, В или С – данные биопсии. Символ Х указывает, что цистоскопия с гидробуживанием мочевого пузыря (1-й символ) или биопсия (2-й символ) не выполнялись (табл.1).

Окончание на стр. 11 ▶

Таблица 1. Классификация типов СБМП/ИЦ на основании данных цистоскопии с гидробуживанием и биопсии мочевого пузыря

Цистоскопия с гидробуживанием мочевого пузыря				
Биопсия	Не сделана	Нормальная	Гломеруляция	Гуннеровское поражение
Не сделана	XX	1X	2X	3X
Нормальная	XA	1A	2A	3A
Неубедительная	XB	1B	2B	3B
Позитивная	XC	1C	2C	3C

A – цистоскопия: гломеруляции II–III степени выраженности;

B – с наличием или без гломеруляций;

C – гистологическое исследование выявляет воспалительные инфильтраты и/или грануляционную ткань и/или детрузорный мастоцитоз и/или инфрафасцикулярный фиброз.



ООО «Новые Медицинские Технологии»

Комплексные решения для урогинекологии

УРО-ГИАЛ (гиалуронат натрия)

Первый российский протектор уротелия.

Предназначен для восстановления протективного гликозаминогликанового слоя мочевого пузыря.



Показания:

- ✓ Хронический рецидивирующий цистит;
- ✓ Интерстициальный цистит
- ✓ Лучевой цистит
- ✓ Гиперактивный мочевой пузырь (в составе комплексной терапии)

Катетер для внутрипузырного электрофореза (EMDA)



Показания

Внутрипузырный электрофорез лекарственных растворов при:

- ✓ Хроническом цистите
- ✓ Гиперактивном мочевом пузыре
- ✓ Для локальной анестезии при эндоскопических вмешательствах на мочевом пузыре

NeuroTrac Pelvitone



Показания

Двухканальная электростимуляция при:

- ✓ Синдроме хронической тазовой боли
- ✓ Гиперактивном мочевом пузыре

Москва, ул.Нагатинская 3а, территория ФГУП «ГНИЦ Антибиотики»,
Телефон: +7 (495) 210-92-19; 8-800-100-54-23; +7 (985) 333-70-23

E-mail: info@uro-hyal.ru

Web: www.uro-hyal.ru; www.mkclab.ru

◀ Окончание, начало на стр. 10

При подозрении на СБМП/ИЦ цистоскопия выполняется под общей анестезией, что дает возможность максимально наполнить мочевой пузырь (гидробуживание) под давлением около 80 см H₂O. Анатомическая емкость его в норме составляет не менее 800 мл. Гломеруляции представляют собой подслизистые петехиальные кровоизлияния, при II степени тяжести поражения мочевого пузыря это – большие субмукозные кровоизлияния (*ecchymosis*), а при III степени – диффузные, тотальные кровоизлияния в слизистую. Термин «гуннеровская язва» ESSIC предложил заменить термином «гуннеровское поражение». «Гуннеровская язва» не является истинной хронической язвой, а скорее особым воспалительным поражением, представляющим глубокий разрыв слизистой и подслизистого слоя, спровоцированным растяжением мочевого пузыря. Слово «язва» подразумевает, что она может быть видна при цистоскопии без гидробуживания. ESSIC использует определение, предложенное профессором

M. Fall (Швеция): «Гуннеровское поражение выглядит типично как... окрашенная в красный цвет зона слизистой с небольшими сосудами, сходящимися радиально к центральному рубцу, покрытому депозитами фибрина или ступком, прикрепленным к этой зоне. Это место разрывается при увеличении наполнения мочевого пузыря, отмечается петехиальное просачивание крови из зоны поражения и краев слизистой, напоминающее водопад. После растяжения развивается довольно типичный, легкий буллезный отек с различной периферической протяженностью». После опорожнения мочевого пузыря его наполняют повторно до половины и выполняют биопсию с помощью больших щипцов из 3 (или более) точек в области дна, латеральных стенок и зон максимального поражения. В биоптатах обязательно должен присутствовать мышечный слой.

Заболевания, схожие по симптоматике с СБМП/ИЦ и требующие проведения дифференциальной диагностики, представлены в табл. 2 с указаниями методов их возможно-го выявления или исключения.

Таблица 2. Заболевания, требующие проведения дифференциальной диагностики с СБМП/ИЦ

Дифференциально-диагностический ряд	Методы диагностики или исключения*
Carcinoma и carcinoma <i>in situ</i>	Цистоскопия и биопсия
Кишечная группа бактерий	Рутинная урокультура
<i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Ureaplasma urealyticum</i> , <i>Mycoplasma hominis</i> , <i>Mycoplasma genitalium</i> , <i>Corynebacterium urealyticum</i> , <i>Candida species</i>	Специальные посевы
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	При наличии «стерильной» пиурии посев на <i>M. tuberculosis</i>
<i>Herpes simplex</i> и <i>human papilloma virus</i>	Физикальное обследование
Лучевая терапия	Анамнез
Химиотерапия, включая применение циклофосфамидных препаратов	Анамнез
Противовоспалительная терапия с применением tiaprofenic acid	Анамнез
Инфравезикальная обструкция и нейрогенный мочевой пузырь	Урофлоуметрия и ультрасонография
Камень мочевого пузыря	Рентгенография или цистоскопия
Камень дистального отдела мочеточника	Анамнез и/или гематурия: КТ или экскреторная урография
Дивертикул уретры	Анамнез и физикальное обследование
Урогенитальный пролапс	Анамнез и физикальное обследование
Эндометриоз	Анамнез и физикальное обследование
Вагинальный кандидоз	Анамнез и физикальное обследование
Рак шейки, тела матки или яичников	Физикальное обследование
Нарушение эвакуаторной функции мочевого пузыря (ретенция)	Определение остаточной мочи с помощью УЗИ
Гиперактивный мочевой пузырь	Анамнез и уродинамическое исследование
Рак предстательной железы	Физикальное обследование и ПСА
Обструкция на фоне доброкачественной гиперплазии предстательной железы	Урофлоуметрия и исследование «давление/поток»
Хронический бактериальный простатит	Анамнез, физикальное обследование, бактериологические исследования
Хронический абактериальный простатит	Анамнез, физикальное обследование, бактериологические исследования
Сдавление срамного нерва	Анамнез, физикальное обследование, блокада
Нарушение функции мышц тазового дна	Анамнез, физикальное обследование

*диагноз схожих по симптоматике заболеваний не обязательно исключает диагноз СБМП

По мнению многих специалистов, диагностическая ценность биопсии мочевого пузыря и патоморфологического исследования существенно возрастает при тесном взаимодействии урологов и патоморфологов, хорошо информированных о характере заболевания и его клинических проявлениях. После немедленной фиксации биоптаты мочевого пузыря рекомендуется окрашивать гематоксилин-эозином, а для выявления тучных клеток применяется триптаза. При патоморфологическом исследовании обращают внимание на состояние уротелия (отсутствует, присутствует, степень его дисплазии), подслизистого слоя, детрузора, определяют наличие или отсутствие интрафасцикулярного фиброза, а также подсчитывают количество тучных клеток. Детрузорный мастоцитоз определяется как наличие тучных клеток в количестве, превышающем 28 клеток/мм²:

- < 20 тучных клеток/мм² – отсутствие детрузорного мастоцитоза;
- между 20 и 28 тучными клетками/мм² – «серая» зона;
- > 28 тучных клеток/мм² – детрузорный мастоцитоз.

Проведенные исследования свидетельствуют, что цистоскопические и патоморфологические изменения у пациентов этой группы показывают значительную вариабельность. Морфологическая картина представлена клеточной инфильтрацией различной степени выраженности (преимущественно лимфоплазмочитарной с примесью тучных клеток), отеком подслизистого слоя и выраженными склеротическими изменениями стенки мочевого пузыря. При наличии гуннеровских поражений во всех случаях выявляется выраженная лимфоцитарная инфильтрация, иногда с явлениями метаплазии эпителия и отека собственной пластинки слизистой оболочки. Имеется корреляция между степенью поражения эпителия и мастоцитозом детрузора.

В США около 3–6 % общего числа женщин страдают ИЦ. Число больных в настоящее время может достигнуть 12 млн человек, из которых 1–4 млн составят мужчины.

Вместе с тем цистоскопическая картина (наличие гломеруляций, гуннеровских поражений, выраженность гематурии и емкость мочевого пузыря) не имеет прямой корреляции с морфологическими изменениями в биоптатах. Морфологические изменения играют лишь поддерживающую роль при установлении окончательного диагноза и позволяют исключить другие, сходные по клинической симптоматике, заболевания.

Согласно последним рекомендациям Американской урологической ассоциации (AUA, 2011) лечение СБМП/ИЦ следует начинать с наиболее консервативных методик, а в случае их неэффективности переходить к менее консервативным методам. Вид лечения зависит от тяжести симптомов заболевания и предпочтений самого пациента. По истечении клинически значимого периода применение неэффективных методик прекращают. В интересах пациента следует проводить многоплановую, симультанную терапию. Это прежде всего относится к лечению тазовой боли, когда нередко необходим мультидисциплинарный подход. При неэффективности различных методов лечения следует провести пересмотр лечебной тактики и, возможно, клинического диагноза.

Пациентов, страдающих СБМП/ИЦ, необходимо информировать о нормальной функции мочевого пузыря, характере заболевания, существующих методах лечения, их риске, поведенческой терапии, средствах борьбы со стрессом, который может привести к усилению симптоматики. Вторым на-

правлением в лечении СБМП/ИЦ является применение мануальной терапии (воздействие на тазовые, абдоминальные и бедренные мышечные триггерные точки, протяженные мышечные контрактуры и рубцы). Вместе с тем назначение упражнений, направленных на укрепление мышц тазового дна (например, гимнастика по Кегелю), противопоказано. Пероральная фармакотерапия заключается в назначении трициклических антидепрессантов, антигистаминных препаратов и блокаторов H₂-рецепторов, а также пентозанполисульфата. Для внутрипузырной фармакотерапии рекомендованы диметилсульфоксид, гепарин и лидокаин в сочетании с кортикостероидами.

В отличие от США, в Канаде и странах Европы для инстилляций в мочевой пузырь в настоящее время нередко применяют препараты, восстанавливающие защитный гликозаминогликановый слой, такие как хондроитин сульфат, гиалуронат натрия (Уро-Гиал) или их комбинацию.

Третьим направлением (уровнем) в лечении СБМП/ИЦ является цистоскопия под общей анестезией с гидробуживанием мочевого пузыря. При выявлении участков гуннеровского поражения выполняют их коагуляцию (гольмиевый лазер, электрокоагуляция) и/или введение в подслизистый слой триамцинолона.

К четвертому направлению лечения относятся различные методики нейростимуляции, включая имплантацию постоянного нейростимулятора. В урологической клинике МГМСУ, а также в ряде медицинских центров Европы на протяжении длительного времени применяют метод эндовезикального ионофореза (эндовезикального введения лекарственных препаратов под действием электрического постоянного тока).

Назначение циклоsporина А и внутридетрузорное введение ботулинического токсина типа А (botulinum toxin A, ВТХ-А) рассматриваются как пятое направление лечения СБМП/ИЦ.

Следует отметить, что в связи с отсутствием роста микрофлоры при бактериологическом исследовании у большинства больных с СБМП/ИЦ и недоказанностью инфекционной теории его возникновения длительное применение антибиотиков является неоправданным. Вместе с тем при выполнении эндовезикальных процедур и цистоскопии проводится антимикробная профилактика развития мочевой инфекции, при этом предпочтение отдается препаратам, обладающим доказанной эффективностью при однократном применении (например, фосфомицина трометамол).

У ограниченного контингента больных с потерянной емкостью мочевого пузыря, наличием мучительных тазовых болей и выраженной дизурией возможно выполнение ортотопической пластики мочевого пузыря, суправезикальной деривации мочи с/без цистэктомии.

По мере накопления клинического опыта необходима критическая оценка эффективности и безопасности существовавших ранее и появляющихся новых методов лечения СБМП/ИЦ. Медикаментозное лечение, безусловно, имеет ряд преимуществ, однако его эффективность всецело зависит от совершенствования наших знаний об этиологии и патогенезе данного заболевания.

Европейский конгресс в России



Петр Андреевич Щеплев

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



Андрей Иванович Новиков

Д.м.н., проф.,
зав. кафедрой урологии
и андрологии СПбМАПО
novikov_urol@mail.ru

С 10 по 12 ноября 2011 г. впервые в России, в Санкт-Петербурге, прошел 9-й Конгресс секции андрологической урологии (ESAU) Европейской ассоциации урологов (EAU). В Конгрессе приняли участие специалисты – практикующие хирурги-андрологи – из 27 стран мира. За 3 дня ученые и клиницисты прочли более 50 докладов и лекций, провели около 20 операций, обсудили десятки спорных вопросов.

Прецедент в новейшей истории

Проведение европейского конгресса в нашей стране – это, безусловно, историческое событие для урологической общественности России. EAU впервые доверила проведение своего конгресса

за его ходом благодаря интернет-трансляции на русском и английском языках, которая была организована силами урологического портала uroweb.ru. Участники Конгресса имели возможность активного обсуждения нюансов операций с оперирующими хирургами посредством обратной связи.

Председатель ESAU проф. В. Мироне отметил, что «благодаря двуязычной трансляции стерлись языковые барьеры, появилась возможность сделать информацию доступной и для присутствующих врачей, и для дистанционных участников Конгресса». В России «удаленными» участниками стали 409 человек – они следили за ходом всего мероприятия и теперь, как и присутствовавшие на Конгрессе, получают сертификаты участника. «Думаю, такие сертификаты могут быть приравнены к документам, подтверждающим прохождение курсов повышения квалификации», – считает Андрей Новиков, президент 9-го Конгресса ESAU.

Хирургия онлайн

Наибольший интерес у врачей вызвал «хирургический практикум». Во время этой секции лучшие врачи из Европы и России оперировали пациентов со сложной, неординарной андрологической патологией.

Особое внимание привлекли случаи гипоспадии у взрослых мужчин в возрасте старше 25 лет. У этой категории больных помимо основного заболевания имела значительная деформация полового члена вследствие неудачных предшествующих операций и/или отсутствия своевременного лечения. Блестяще выполненные реконструктивные операции позволили пациентам избавиться от заболевания и социально адаптироваться.



Президиум 9-го Конгресса ESAU: проф. В. Мироне – председатель секции ESAU; проф. А.И. Новиков – президент 9-го Конгресса ESAU; проф. П.А. Щеплев – президент ПААР

сковского научно-исследовательского института педиатрии и детской хирургии Минздрава России, подчеркнул, что «хирургическое вмешательство по поводу гипоспадии следует проводить в возрасте от 1 года до 2–3 лет, когда ребенок еще только начинает осознавать свою принадлежность к полу. В противном случае может развиваться психологическая травма». Во время классических операций уретральная хирургия (Анастомотическая пластика

Большой интерес вызвал новый подход к лечению эректильной дисфункции, который представила компания Eli Lilly – Сиалис® (тадалафил) 5 мг. Являясь единственным ингибитором ФДЭ-5 для ежедневного применения, Сиалис® 5 мг в корне изменил подход в лечении эректильной дисфункции многих пациентов. Теперь у мужчин есть возможность вернуть полную спонтанность сексуальных отношений, которая, в свою очередь,

В Конгрессе приняли участие хирурги-андрологи из 27 стран мира. За 3 дня ученые и клиницисты прочли более 50 докладов и лекций, провели 20 операций.

мембранозно-простатического отдела уретры с мобилизацией простаты – Э. Аустони; Реконструкция меатуса – Р. Джиневич; Анастомотическая бульбарная пластика без пересечения слизистой уретры – Р. Дале; Реконструкция проксимальной гипоспадии методом «onlay-tube» – А. Файзуллин) врачи поделились опытом использования слизистой ротовой полости, а также обсудили спорные вопросы хирургии уретры, новые операции и новые технологии, которые должны стать будущим уретральной хирургии. Кстати, метод буккальной уретропластики впервые упоминается в зарубежной литературе в начале 1940-х годов, но разработан он был еще в царской России проф. К.М. Салежко. В 1894 г. он выполнил трансплантацию слизистой ротовой полости в уретру. О методах тканевой инженерии в лечении проксимальной гипоспадии рассказал ведущий детский уролог, проф. А. Файзуллин.

Проф. Р.Т. Адамян, главный научный сотрудник Российского научного центра хирургии им. акад. Б.В. Петровского РАМН, представил блестящий доклад о возможности пластики уретры лучевым кожным лоскутом как альтернативы REDO BMG.

Активное участие в работе 9-го Конгресса ESAU приняла компания STADA CIS, известная урологам благодаря препаратам Витапрост, Витапрост форте, Витапрост шлюс, которые применяются для лечения бактериального простатита, доброкачественной гиперплазии предстательной железы и гиперактивного мочевого пузыря неинфекционной этиологии. Препарат для системного лечения и профилактики инфекционных процессов – Сафоцид – также нашел свое место в практике врачей-урологов. Заслуженного внимания удостоился и иммуномодулятор Лавомакс, позволяющий снизить частоту рецидивов и значительно сократить сроки и стоимость лечения хронических инфекций. Все препараты зарекомендовали себя с хорошей стороны и показали высокий профиль безопасности.

радикально меняет психологический фон и отношение к своему состоянию. Устранение временных границ стало очень весомым преимуществом постоянной терапии Сиалисом® 5 мг для пациентов вне зависимости от того, какова их сексуальная активность. Принимая ежедневно 1 таблетку Сиалиса® 5 мг, пациенты могут вести естественную сексуальную жизнь во всех ее проявлениях.

Уникальная урология

В ходе Конгресса обсуждались проблемы и перспективы хирургического лечения болезни Пейрони и микрохирургические методы увеличивающих пластик в генитальной хирургии. «Если методы увеличения пениса достаточно известны, то увеличение головки полового члена и увеличение мошонки пока еще являются малоизвестными и нестандартными операциями, – отметил Петр Щеплев. – Эти операции вызывают много вопросов о целесообразности, что и стало одной из тем дискуссии». Урологам в виртуозном исполнении Р. Джиневич и К. Бетточчи были продемонстрированы реконструкция уретры и кавернозных тел пениса после неудачной хирургии эпизпадии и фаллопротезирования, кавернозноберегающая техника имплантации трехкомпонентного протеза нового поколения (И. Монкада).

Также обсуждались вопросы эстетической хирургии полового члена, проблемы протезирования, демонстрировались и обсуждались редкие случаи генитальной хирургии и многое другое. Спорным вопросам андрологии был посвящен ряд круглых столов, в которых приняли участие видные андрологи и детские урологи России и мира – проф. И.В. Казанская, проф. С.Л. Коварский, проф. Д.Г. Курбатов, А.И. Новиков, П.А. Щеплев, Э. Аустони, Н. Софикитис и многие другие.

Окончание на стр. 13 ▶

Всего на Конгрессе присутствовало около 700 специалистов и более 900 человек наблюдали за его ходом благодаря интернет-трансляции.

российским коллегам, что свидетельствует о возросшем авторитете отечественной медицины на международной арене. «В последние годы в России неоднократно проходили национальные андрологические конгрессы, на которые приезжали и ведущие европейские специалисты. В процессе обмена опытом они видели динамику развития российской андрологии, большую заинтересованность врачей в этой специальности, огромные достижения российских андрологов и высокий уровень организации подобных мероприятий», – сказал Петр Щеплев, президент Профессиональной ассоциации андрологов России (ПААР).

Всего на Конгрессе присутствовало около 700 специалистов и более 900 человек наблюдали

Ярким событием стало присутствие на Конгрессе проф. Хадиди, который является автором лучшего руководства по лечению гипоспадии и одним из самых признанных специалистов в этой области. Он блестяще выполнил 2 очень сложных операции, прочитал мастер-лекцию с несколько провокационным названием «Гипоспадиология 2012», а также провел дебаты по противоречиям в подходах к хирургическому лечению гипоспадии. Несомненно, стоит отметить, что присутствие проф. Хадиди на Конгрессе было одним из наиболее важных событий.

В ходе дискуссии Асаад Матар, заведующий отделением детской урологии-андрологии Мо-



Трансляция из операционных

Европейский конгресс в России

◀ Окончание, начало на стр. 12

В завершение Конгресса прошла церемония награждения. Памятным знаком Евсея Борисовича Мазо за вклад в развитие андрологической урологии был награжден Борис Исаакович Бломберг, проф. кафедры урологии Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского.

Нагрудным знаком Николая Алексеевича Богораза за хирургическое мастерство награждены: проф. Эдуардо Аустони, глава центра уроандрологической реконструкции, Милан (Италия); проф. Радош Джиневич,

председатель фонда Савы Перовича, Белград (Сербия); проф. Игнасио Монкада, глава отдела урологии, больница Ла Сарсуэла, Мадрид (Испания); проф. Антонио Мартин-Моралес, хирург, отдел урологии, больница Карлос Хайя, Малага (Испания) и проф. Роберто Олианас, глава отдела урологии, больница города Люнебург (Германия).

За лучший доклад медалью Федора Ивановича Синицына награждены: доктор Джин Хонг Ким, специалист по урологии, урологическая клиника Заини, Сеул (Корея); доктор Ференц Фекете, президент Венгерского общества сексуальной медицины, Будапешт (Венгрия) и проф. Йорам

Варди, директор отделения нейроурологии, госпиталь «Рамбам», Хайфа (Израиль).

«Мы очень волновались, но организация Конгресса и его посещаемость превзошли все наши ожидания. Я не сомневаюсь, что благодаря усилиям международного организационного комитета удалось положить начало для более плотного и плодотворного сотрудничества между европейскими и российскими специалистами», – завершил Конгресс проф. Андрей Новиков. Научная программа Конгресса по насыщенности, разнообразию и креативности превзошла все предыдущие конгрессы ESAU, о чем упоминали приглашенные лекторы. В частности, проф. Э. Аустони

отметил, что это – одна из самых лучших научных программ за всю историю конгрессов ESAU, а проф. В. Мироне признал, что поражен профессионализмом и опытом присутствующих урологов.

Увидеть не поздно!

Рассказать в рамках одной статьи все о Конгрессе невозможно: тезисы занимают около 100 страниц, а хронометраж видеоматериалов – около 2 суток. Если вы пропустили Конгресс или какую-то его часть, вы можете воспользоваться видеоматериалами, которые в скором времени появятся на сайтах www.andronet.ru и www.abvexpro.ru

ЭКСПЕРТ В ЛЕЧЕНИИ ПРОСТАТЫ

Витапрост®

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

Самый назначаемый урологами препарат для лечения хронического простатита*

STADA

* по данным исследования GfK-RUS 2010 г.

Все мужчины разные... Решение одно!

СИАЛИС® – свобода выбора момента интимной близости

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

СИАЛИС® – свобода выбора момента интимной близости

СИАЛИС® – свобода выбора момента интимной близости

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

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

Answers That Matter.

Back to Sochi and forward to the future!

Коротко



Дорогие коллеги!

Конгресс Профессиональной ассоциации андрологов России (ПААР) пройдет 23–26 мая 2012 г. в г. Сочи. Его основные научные темы будут посвящены вопросам андрологической урологии. Мы также обсудим проблемы сексуальной медици-

ны и междисциплинарные темы мужского здоровья.

На Конгрессе состоится презентация видеожурнала ПААР «Лучшие операции 9-го Конгресса ESAU» и круглый стол по наиболее интересным докладам. Во время сессии по генитальной хирургии пройдет презентация русской версии «Атласа по реконструктивной хирургии полового члена», которую представит его автор – проф. Э. Аустони.

Нужно отметить, что на этом Конгрессе мы перейдем к абсолютно новой форме представления научных докладов (компьютерная графика 3D). Из каждого доклада мы

сделаем «андрологический блокбастер». Компьютерные эффекты в кинематографе и их экстраполяция на научные доклады и обучающие программы – совместный проект «Мосфильма» и ПААР. Специальный гость – ген. директор концерна К.Г. Шахназаров.

Через 2 года Сочи будет принимать зимнюю Олимпиаду-2014, поэтому на Конгрессе мы обсудим проблемы мужского здоровья спортсменов. Специальный гость – почетный президент Олимпийского комитета России В.Г. Смирнов. Особая тема, которая будет представлена на Конгрессе – это применение нано-

технологий в медицине и, в частности в андрологии. Специальный гость – Председатель Правления ОАО «Роснано» А.Б. Чубайс.

Клеточные технологии в андрологической урологии – это совместный проект ПААР и НИИ физико-химической медицины ФМБА. Специальный гость – акад. В.И. Сергиенко.

ПААР сотрудничает с одним из лучших выставочных агентств в области медицины – «АБВ-экспо», что является гарантом высокого качества организации. Тезисы принимаются до 01 марта 2012 г.

Перкутанная нефролитотрипсия у детей: опыт НИИ урологии



Дмитрий Станиславович Меринов

К.м.н., врач-уролог, зав. отделением эндouroлогии ФГУ НИИ урологии Минздрава России

dmerinov@gmail.com



Левон Дмитриевич Арустамов

К.м.н., врач-уролог, отделение эндouroлогии ФГУ НИИ урологии Минздрава России

endourology@mail.ru

Перкутанная нефролитотрипсия (ПНЛ) на сегодняшний день сохраняет роль «золотого стандарта» в лечении пациентов со сложными формами уролитиаза, представленными конкрементами больших размеров, множественными, коралловидными, струвитными и цистинными камнями, камнями чашечек нижнего сегмента, а также в случаях с аномальным строением чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) как во взрослой, так и в детской урологической практике. Техника выполнения этого вмешательства у детей имеет ряд особенностей, что связано с небольшими размерами почек, их поверхностным расположением, миниатюрностью различных анатомических структур, а также негативной реакцией детей на проведение различных дополнительных медицинских манипуляций.

В клинике НИИ урологии активно используются все наиболее современные модификации ПНЛ, в том числе и в лечении пациентов детского возраста. Нами проведен анализ 24 вмешательств, выполненных в течение последнего года детям в возрасте от 2 до 15 лет с коралловидными и множественными камнями почек. Средний возраст пациентов составил 10,4 года. В зависимости от возраста ребенка и размеров камней почек, а также строения ЧЛС применялись нефроскопы различных размеров: универсальный детский нефроскоп 9,5 Ch, детский нефроскоп 17 Ch, стандартные нефроскопы с тубусами 22, 24 и 26 Ch.

Применение нефроскопов различных размеров имеет ряд преимуществ и недостатков. Так, универсальный нефроскоп 9,5 Ch позволяет выполнять нефроскопию с минимальной травмой для почки по коже 12–14 Ch, однако маленький размер рабочего канала (5 Ch) ограничивает хирурга в арсенале применяемого инструментария и возможностях дробления и эвакуации конкрементов. При использовании детского нефроскопа 17 Ch также сохраняются ограничения по возможности применения ультразвуковой литотрипсии. Использование нефроскопов малого размера оправдано лишь у детей до 5-летнего возраста и при миниатюрном строении ЧЛС, когда применение стандартных нефроскопов большого диаметра представляется опасным. Стандартные нефроскопы обеспечивают возможность использования всех видов литотрипсии, в том числе и ультразвуковой литолапаксии с сохранением эффективной ирригации и постоянным отмыванием по рабочему каналу зонда мелких фрагментов, что позволяет за короткий период времени удалить камни больших размеров.

У 10 пациентов для выполнения нефролитотрипсии возникла необходимость в создании

2-го доступа в почку, оставшимся 14 детям вмешательство осуществлялось через единственный доступ. У 18 (75 %) пациентов в послеоперационном периоде достигнуто полное удаление конкрементов, и у 6 (25 %) пациентов сохранились клинически значимые резидуальные камни, для удаления которых в последующем применялась дистанционная литотрипсия или наблюдалось их самостоятельное отхождение в течение 1 мес после операции на фоне консервативной литокинетической терапии препаратом Канефрон Н.

В исследуемой нами группе пациентов площадь поверхности камней находилась в промежутке от 354 до 785 мм² и в среднем составила 561 мм². Оперативное вмешательство продолжалось от 60 до 110 мин. Во время операции и в ближайшем послеоперационном периоде мы не встретили серьезных осложнений. Средняя величина интраоперационной кровопотери составила 55 мл. У 4 больных в послеоперационный период отмечался острый пиелонефрит, купированный консервативно на фоне антибактериальной терапии.

Случай из практики: пациентка 3, 11 лет. Коралловидный камень, множественные камни нижней и верхней групп чашечек. В начале операции произведена катетеризация почки и ретроградная уретероцистография.



Рис. 1. Рентгеноскопическая картина при ретроградном контрастировании

Под контролем ультразвука и рентгеноскопии выполнен доступ и установлен нефроскопический кожух размером 14 Ch, по которому проведен детский нефроскоп 9,5 Ch.



Рис. 2. Нефроскоп 9,5 Ch установлен в почку по коже 14 Ch

Учитывая размеры и количество конкрементов, работа данным инструментом была признана неудобной, и вмешательство имело все шансы затянуться по времени. Произведена дальнейшая дилатация рабочего хода до 24 Ch.

В ЧЛС почки проведен стандартный тубус нефроскопа, через который произведено удаление множественных мелких конкрементов, ультразвуковое разрушение коралловидного камня и эвакуация фрагментов. В результате оперативного лечения конкременты полностью удалены. В средней группе чашечек со-

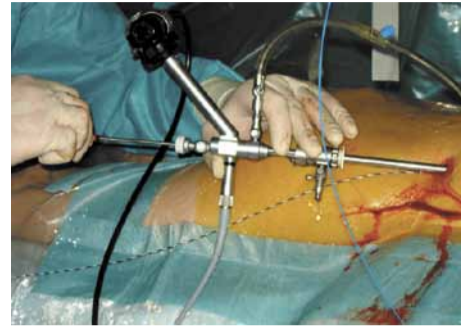


Рис. 3. Нефроскоп 24 Ch, установленный той же пациентке

хранялись 3 мелких фрагмента, которые в послеоперационном периоде отошли самостоятельно по нефростомическому дренажу. По окончании операции была установлена нефростома типа «Малеко» 18 Ch.

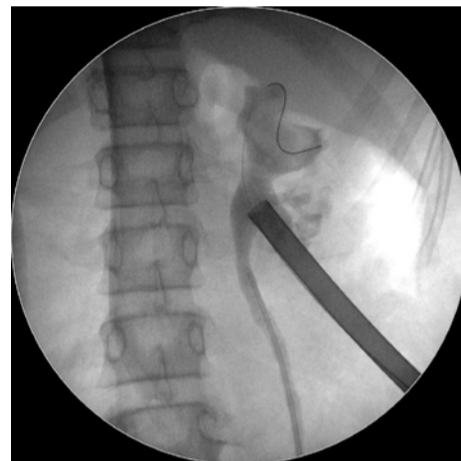


Рис. 4. Контрастирование полостей почки после завершения вмешательства

Анализируя результаты лечения коралловидного нефролитиаза в детском возрасте, мы пришли к следующим выводам. ПНЛ в детском возрасте является наиболее эффективным методом удаления камней размером > 1,5 см. Размер применяемого нефроскопа зависит от возраста ребенка, выраженности расширения полостей почки, а также конфигурации и расположения камня. В возрасте до 5 лет мы применяли нефроскопы 9,5 и 17 Ch. В старшем возрасте возможно применение стандартных нефроскопов более 22 Ch, что значительно облегчает процесс дробления и эвакуации фрагментов камня. Техника выполнения вмешательства отличается от выполнения ПНЛ взрослым более высокими требованиями к качеству доступа в почку, прецизионностью манипуляций, что связано с меньшими размерами почки и поверхностным ее расположением. ПНЛ детям может выполняться только урологом, имеющим большой опыт выполнения данных вмешательств у взрослых пациентов.

Нами также проведен анализ выполнения перкутанных вмешательств без установки нефростомического дренажа. Основными преимуществами этого метода, по нашему мнению, являются: уменьшение болезненности в послеоперационном периоде, сокращение сроков послеоперационной реабилитации, уменьшение количества послеоперационных диагностических манипуляций, профилактики госпитальной инфекции, и, наверное, самое важное для детей – отсутствие необходимости в дополнительных манипуляциях с нефростомическим дренажом (перевязки, антеградная пиелоретрография, удаление дренажа). В нашей клинике в течение последнего года ПНЛ без установки нефростомы была выполнена 11 детям в возрасте от 2 до 13 лет с камнями почек. Бактериологическое исследование мочи у пациентов этой группы в предоперационном периоде роста микрофлоры не выявило.

Всем детям ПНЛ выполнялась по стандартной методике. Для полного удаления камней 4 пациентам потребовался 2-й доступ. После этого почка была дренирована мочеточниковым наружным или внутренним стентом. Вслед за удалением нефроскопа в 5 случаях выполнялось рентгеноскопическое наблюдение без активного гемостаза. У остальных 6 пациентов в нефростомический доступ был введен гемостатический матрикс SurgiFlo®. Во всех случаях степень выраженности интраоперационной кровопотери была минимальной. На следующий день после удаления уретрального катетера пациенты активизировались.



Рис. 5. Введение гемостатического матрикса (с контрастным препаратом) после ПНЛ

В результате лечения 11 детей, средний возраст которых составил 8,1 (2–13) года, полного удаления камней удалось добиться в 10 (90,9 %) случаях. После операции большинство пациентов не отмечали выраженных болей, что позволило 7 пациентам выписаться на 2-е сутки после операции, 2 – на 3-и. Оставшиеся 2 больных находились в стационаре 5 суток в связи с сохранением макронефротомии, которая была купирована консервативными мероприятиями. Во время операции и в ближайшем послеоперационном периоде мы не наблюдали серьезных осложнений. Всем пациентам проводилась антибактериальная терапия, а при выписке с целью литокинетической терапии и санации почек назначался прием препарата Канефрон Н в течение 1 мес. При обследовании через 2–4 нед после операции у всех пациентов посев оставался стерильным. Широкое применение этого препарата в нашей детской урологической практике при метафилактике мочекаменной болезни обусловлено его высокой клинической эффективностью и безопасностью для данной группы пациентов. Свойства Канефрона Н, способствующие профилактике образования камней (препятствие кристаллизации, влияние на обмен мочевой кислоты, поддержание pH мочи в пределах нормы, повышение диуреза, антимикробное действие, нефропротективное действие) и ускорению их отхождения (спазмолитическое и диуретическое действия), позволяют рекомендовать препарат к назначению у детей после выполнения ПНЛ для профилактики и лечения мочекаменной болезни.

По нашему мнению, ПНЛ без установки нефростомического дренажа является предпочтительным методом удаления камней почек у пациентов детского возраста ввиду явного снижения выраженности болевого синдрома, быстрой реабилитации пациентов и отсутствия необходимости в дополнительных исследованиях после операции. Операции без нефростомы позволяют избежать инфицирования мочевых путей. Таким образом, наш опыт свидетельствует о высокой клинической эффективности и безопасности применения инновационных подходов в лечении мочекаменной болезни у детей.

Метастатический рак почки: правильный выбор тактики



**Виктория
Анатолевна
Шадеркина**

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

В России в 2009 г. выявлено 18 328 больных со злокачественными новообразованиями почки. По темпам прироста онкологической заболеваемости в России почечно-клеточный рак (ПКР) устойчиво занимает одну из лидирующих позиций (34,8 %).

Основным этапом лечения ПКР начальных стадий является хирургическое вмешательство, которое излечивает большинство больных. Однако несмотря на то что при первичном обращении у 50–60 % пациентов диагностируют локализованный ПКР, впоследствии у 20–40 % из них выявят метастазы. Возможности хирургического лечения метастатического ПКР (мПКР) крайне ограничены. При мПКР оперативное лечение заключается в циторедуктивной нефрэктомии, которая носит паллиативный характер, и в удалении одиночных метастазов.

Однако лечение этой группы пациентов необходимо продолжать с помощью системной терапии, основанной на применении таргетных препаратов.

Последние несколько лет ознаменовались бурным развитием таргетной терапии при мПКР. Фармацевтические компании сосредоточили свое внимание на разработке, выпуске и внедрении в практику более новых и совершенных средств.

На спутниковом симпозиуме компании Байер, который состоялся 6 октября 2011 г. в рамках VI Конгресса РООУ, была развернута дискуссия по теме «Рак почки. Современные достижения и возможности медикаментозного лечения».

По мнению профессора В.В. Матвеева, который выступил с докладом «Индивидуальный подход в лечении метастатического рака почки», ни один таргетный препарат не является универсальным и эффективным для всех больных раком почки. Выбор тактики лечения должен учитывать возраст пациента, гистологический тип опухоли, локализацию и количество метастазов, предшествующую терапию, сопутствующие заболевания. Врач должен четко представлять цель терапии, а также ее токсичность.

Практически все таргетные препараты обладают той или иной степенью токсичности, которая становится причиной нежелательных явлений (НЯ). Наименьшее количество НЯ III–IV степени вызывает сорафениб, а наибольшее – сунитиниб. Выраженность НЯ может становиться причиной прекращения лечения (сорафениб – 10 %, сунитиниб – 19 %, пазопаниб – 14 %, акситиниб – 35 %), редукции дозы (сорафениб – 13 %, сунитиниб – 50 %, пазопаниб – 36 %, акситиниб – 45 %). В молодом возрасте хорошо переносятся цитокины, сунитиниб, сорафениб, а бевацизумаб может стать причиной повышенной слабости и астении у больных старше 65 лет. У пациентов старше 70 лет может с успехом применяться Нексавар, который способствует двукратному увеличению выживаемости без прогрессии по сравнению с плацебо. Показатели качества жизни у больных молодого и пожилого возраста, получавших сорафениб, сопоставимы.

Профессор отметил, что в большинстве исследований участвовали пациенты только со светлоклеточным вариантом рака почки. Эффективность таргетных препаратов при папиллярном и хромобластомном раке почки изучена недостаточно. Ингибиторы тирозинкиназ (Нексавар) могут быть эффективны и при не светлоклеточном варианте. В доказательство этому В.В. Матвеев привел результаты европейского исследования EU-ARCCS, которое показало эффективность сорафениба при данных гистологических типах рака почки.

Сравнивая применение сорафениба и сунитиниба у пациентов с метастазами в мозг, В.В. Матвеев

отметил, что сорафениб показал большую эффективность – общий ответ по результатам EU-ARCCS составил 61 %, ARCCS – 74 %. При этом общий ответ при применении сунитиниба составил 39,5 %. Более того, прием сорафениба служит профилактикой появления метастазов в головной мозг; в отличие от сунитиниба, который не только не является профилактикой метастазов в головной мозг из-за особенностей фармакокинетики, но и может маскировать имеющиеся метастазы.

Несмотря на несомненный шаг вперед, благодаря применению таргетных препаратов, полные ремиссии заболевания у пациентов редки. Основной задачей онкоуролога является длительный контроль и сохранение качества жизни больного. Течение рака почки отличается у разных пациентов, поэтому так важен индивидуальный подход. Так, например, бурный рост опухоли с клинической симптоматикой требует немедленной терапии препаратами с более высокими показателями объективного ответа (сунитиниб), а бессимптомное медленное течение – наблюдения, длительного лечения. В последние годы рекомендуется последовательная терапия разными таргетными препаратами.

Профессор Peter J. Goebell (Германия) в докладе по оптимизации курсов терапии мПКР, отметил, что при проведении таргетной терапии важна оценка риска. Ингибиторы тирозинкиназ (Нексавар) являются неотъемлемой частью лечения мПКР, они могут быть применены в качестве как 1-й, так и 2-й линии. Эти уникальные свойства стали причиной активного применения Нексавара в более чем 50 странах мира.

Собственным опытом применения таргетной терапии у пациентов с мПКР поделился профессор В.И. Широкопад. На примере 3 клинических случаев он изложил алгоритм хирургического лечения и назначения таргетных препаратов у пациентов с ПКР и метастазами в легкие и средостение, другие висцеральные органы, кости, головной мозг. Проанализировав течение и динамику заболевания, профессор поделился выводами о тактике ведения этой сложной группы пациентов.

Так, например, при не светлоклеточном мПКР терапию лучше начинать с Нексавара, который приводит к уменьшению метастатических очагов в легких, уменьшению лимфатических узлов, стабилизации процесса метастазирования в грудную. При метастазах ПКР в мозг Нексавар является препаратом 1-й линии. При метастазах в кости ни один из таргетных препаратов не доказал свою высокую эффективность из-за сложности контроля очагов.

В отношении одиночных и единичных метастазов, особенно в кости и легкие, должна быть предпринята активная хирургическая тактика. На фоне таргетной терапии удалению подлежат и остаточные опухоли. Таргетная терапия может проводиться прерывистыми курсами. Профессор рекомендует применять неoadьювантную таргетную терапию (НаТТ), которая дает возможность оценить эффективность таргетного препарата на дооперационном этапе. В большинстве случаев НаТТ уменьшает опухоль, интоксикацию.

Приведенные профессором клинические случаи продемонстрировали эффективность терапии мПКР Нексаваром в сочетании с хирургическим лечением. При хорошем клиническом эффекте с целью уменьшения развившихся побочных явлений существует возможность коррекции дозы Нексавара. Несмотря на хороший клинический ответ на фоне терапии Нексаваром у пациентов могут развиваться побочные эффекты (слабость, диарея, ладонно-подошвенный синдром). При развитии НЯ III–IV степени, которые не поддаются консервативному лечению, возможно уменьшение дозы Нексавара. С последующим возвращением к поддерживающей стандартной дозе 800 мг/сутки после разрешения НЯ.

Участники симпозиума пришли к выводу, что имея в арсенале большое количество эффективных препаратов, которые можно назначать в различных последовательностях, с учетом хорошего профиля безопасности и переносимости сорафениба, возможно его использование как в 1-й, так и во 2-й линии терапии, в том числе у пациентов с метастазами ПКР в головной мозг. **УС**

Коротко

IV Всероссийская урологическая видеоконференция

Дорогие коллеги!

Приглашаем вас принять участие в IV Всероссийской урологической видеоконференции «Оперативное лечение заболеваний органов мочеполовой системы», которая состоится 26–27 января 2012 г. в конгресс-центре гостиницы «Салют», г. Москва.

Конференция посвящена современным методам оперативного лечения органов мочеполовой системы с использованием новейших технологий. Основные темы: пластика уретры, протезы в урологии, лапароскопические и эндоскопические операции,

мочеполовые свищи, деривация мочи. С докладами выступят ведущие российские специалисты в области оперативной урологии. Также в мероприятии примут участие урологи из США, Франции, Китая, Израиля и стран СНГ.

Конференция проводится в формате видеоконференций, что особенно актуально для оперативной урологии и смежных с ней областей хирургии. Фильмы-доклады, сопровождаемые комментариями лектора, позволяют всем присутствующим проследить ход операции (фрагмента операции), обратить внимание на детали и последовательность действий хирурга, задать вопрос и повторить просмотр любого фрагмента фильма. Сборник научно-

практических видеороликов предполагается разместить на диске, выпуск которого будет приурочен к началу конференции.

Всю интересующую вас информацию вы сможете найти на сайте конференции www.urowideo.ru.

Желаем успешной плодотворной работы! До скорой встречи в Москве!

Оргкомитет конференции

От редакции. Во время конференции будет проводиться прямая трансляция в Интернете, которую можно будет увидеть на сайте Академии амбулаторной урологии.



Профессор С.П. Даренков

Урология сегодня | № 6 (16) 2011

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

РЕДАКЦИЯ
Главный редактор: Камолов Баходур
Шеф-редактор: Шадеркина Виктория
viktoriashade@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 № 327
Тираж 8 000 экз.

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

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

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

Читайте в следующем номере:

- **Внутрипузырные инстилляци** Л.А. Синякова
- **Скрининг ПСА** А.В. Сивков, О. Шкабко
- **Травмы полового члена и мошонки** В.И. Редькович, Р.А. Хромов
- **Обратная связь – редакция газеты «Урология сегодня»**