

## АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ:

Резолюция Совета экспертов  
«Дистанционные  
консультации пациентов»

Отчет о конгрессе  
Европейской ассоциации  
урологов – 2016

Кто лучше оперирует –  
гинеколог или уролог?

## ТЕМА НОМЕРА:

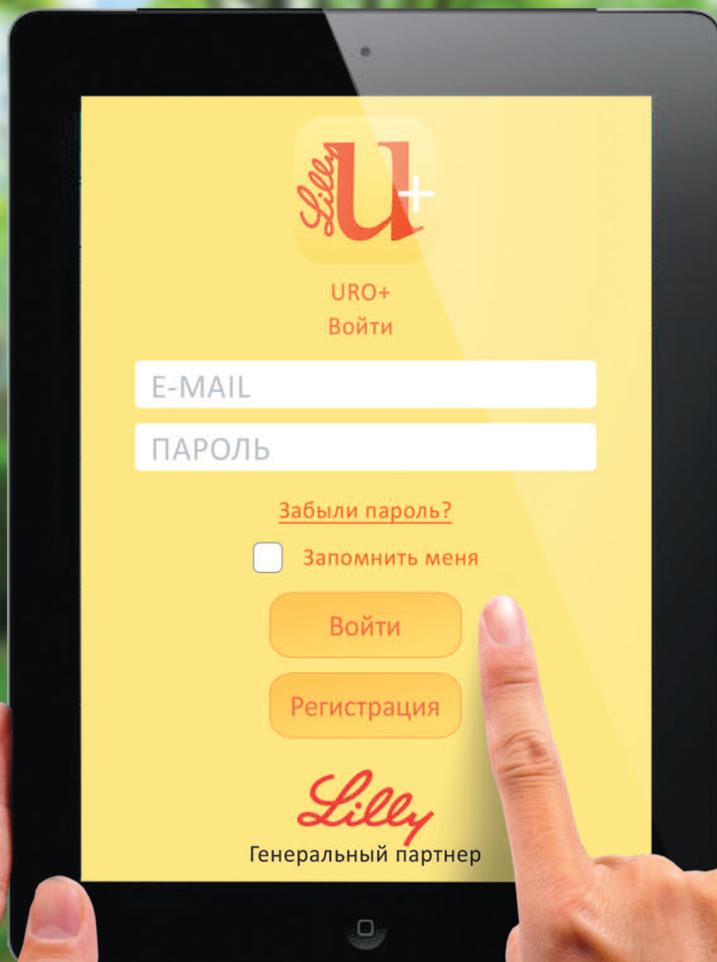
# Дистанционные медицинские консультации: ЗА!





## Мобильное приложение для урологов

*Всегда в курсе всех  
урологических новостей!*



App Store



Google play

Тема номера:	
•» Дистанционные медицинские консультации: ЗА! .....	2
•» Резолюция Совета экспертов «Дистанционные консультации пациентов» ...	6
•» Законопроект о телемедицине выставлен на общественное обсуждение. ....	12
•» Отчет о конгрессе Европейской ассоциации урологов – 2016.....	16
•» Материалы конгресса Европейской ассоциации урологов:	
Акции компаний, производящих стволовые клетки – покупать или нет?	
Кто лучше оперирует – гинеколог или уролог?	
•» Каких методов лечения недержания мочи в России пока нет?.....	26
ЕАУ-2016 Что нового? Мужчины, выбирающие активное наблюдение, вместо хирургического лечения и радиотерапии при РПЖ низкого риска, имеют качество жизни, как у людей без рака.....	32
•» Анализ крови на агрессивность РПЖ до операции? .....	36
•» Секвенирование РНК – путь к новому высокоспецифичному методу диагностики рака простаты.....	40
•» Бессимптомная микрогематурия.....	42
•» Болезнь Пейрони: Консервативное лечение.....	44
•» Роботассистированные операции у детей.....	46
•» Ультра-мини перкутанная нефролитотрипсия: устранение камней среднего размера из нижнего полюса почки.....	48
•» Низкодозная брахитерапия: комфорт и сохранение качества жизни пациентов.....	50
•» Таргетная терапия почечно-клеточного рака почки: опыт онкоурологов Санкт-Петербурга.....	56
•» Жизнь онкоурологической службы Краснодарского края.....	60
•» Всероссийский курс дистанционного образования «Нейроурология и уродинамика».....	72
•» III научно-практическая конференция «Мочекаменная болезнь: профилактика, лечение, метафилактика» .....	74
•» Статистика и эпидемиология материнской смертности в России .....	76
•» Первая школа по мочекаменной болезни на базе ФГБУ ВЦЭРМ им. Никифорова МЧС России.....	80
•» IV научно-практическая конференция «Малоинвазивная онкоурология: рак предстательной железы».....	84
•» Междисциплинарный курс дистанционного образования по теме «Правильный дифференциальный диагноз: опыт + искусство» .....	86

## Дистанционные медицинские консультации: ЗА!



Мария Перова  
Член Ассоциации  
медицинских журналистов

*24 февраля 2016 г. в учебном центре Praxi Medica состоялось первое ток-шоу «Об урологии начистоту». Дебаты были посвящены актуальной в современной медицине теме «Дистанционные онлайн-консультации пациентов: ЗА и ПРОТИВ». Мероприятие транслировалось в режиме онлайн на сайте урологического телевидения Uro.TV, которое смотрели 105 человек.*

**Н**а дискуссионной площадке в зале собрались две команды, представленные ведущими докторами и профессорами отечественной урологии, которые выразили свою позицию «за» или «против» относительно поднятого вопроса.

«ЗА» дистанционные консультации высказались профессор Евгений Ибадович Велиев, к.м.н. Леонид Григорьевич Спивак, к.м.н. А.В. Живов, руководитель проекта UroWeb Игорь Аркадьевич Шадеркин.

«ПРОТИВ» такого формата медицинского консультирования выступили профессор Андрей Зиновьевич Винаров, Ника Джумберович Ахвледиани, Николай Александрович Григорьев, Сафар Исраилович Гамидов.

В роли РЕФЕРИ дискуссии выступил профессор Олег Борисович Лоран.

В ходе дебатов были всесторонне рассмотрены такие темы, как онлайн-



прием уролога, диагностика урологических заболеваний онлайн, дистанционное лечение урологических пациентов. Началась дискуссия с презентации «Вопросы дистанционного консультирования в России и в мире», в которой были представлены данные о роли интернета в медицине в России и за рубежом, высокая актуальность телемедицины в современных условиях, возможности мобильных технологий в контроле своего здоровья. Также были

обозначены основные предпосылки для развития дистанционного консультирования в будущем и существующие в настоящее время ограничения, и препятствия на пути его реализации.

С самого начала дискуссии участниками обеих команд было отмечено, что, в первую очередь, важно определиться с точной формулировкой обсуждаемой темы. В рамках действующего российского законодательства и соответствующего масштаба ответственности врача корректнее называть первичную онлайн-консультацию пациента «предварительным мнением», которое может составить врач на основании дистанционного опроса пациента и изучения результатов обследований, если таковые имеются. Традиционное определение консультации не подходит для обозначения медицинского мнения в дистанционном формате, так как подразумевается, что консультация должна заканчиваться установлением диагноза и назначением лечения. Все diskutанты выступили против окончательного врачебного мнения в дистанционном формате. Предварительное же мнение, по мнению участников, возможно в виде предположительного обозначения проблемы, рекомендаций по обследованию и дополнительного уточняющего обследования, приглашением на очный прием, рекомендациями по поиску нужного специалиста.

Кроме того, участники дискуссии отметили, что подобный формат может

представлять интерес не только в рамках диалога «врач-пациент», но и «врач-врач». Уже сейчас проводятся дистанционные консилиумы врачей, и это направление однозначно должно развиваться, считают профессора. В том случае, если, к примеру, в какой-либо части региона, удаленной от широкопрофильных медицинских центров, располагающихся в его центральной части, будет организован очный прием трудного пациента, а параллельно налажена дистанционная связь с необходимыми специалистами федеральных центров, станет возможным обмен профессиональным опытом для представления максимально полного списка рекомендаций по лечению. В масштабах такой огромной страны как Россия возможность получения профессиональной помощи или «второго» мнения бесспорно необходима.

Развитие дистанционной помощи важно для предотвращения случаев самолечения и обращения за советом к людям, не имеющим медицинского образования, и/или не компетентных в плане консультирования. Возможность обратиться к врачу дистанционно имеет положительные стороны и для самого врача: за определенный промежуток времени он сможет выслушать большее количество пациентов, при этом произведя «отсев» безосновательных обращений за медицинской помощью, способствуя оптимизации своей деятельности. ■

Вместе с тем, как было отмечено участниками дискуссии, в настоящее время существует ряд ограничений для развития онлайн-консультирования пациентов. Во-первых, это отсутствие в законодательстве РФ норм, регулирующих подобный формат медицинской помощи. Очевидно, что без соответствующего законопроекта невозможно масштабно развивать систему дистанционного консультирования даже на первичном этапе. Во-вторых, что вытекает из предыдущего положения – неопределенность с точки зрения возлагаемой ответственности за принимаемые решения по лечению пациента. Кроме того, отсутствует четкое понимание предполагаемой в таком случае системы оплаты трудовой деятельности врача. Отдельную сложность представляет и получение от самого пациента объективной картины состояния его здоровья. В ряде случаев при отсутствии очного осмотра некорректные данные о начале и протекании болезни со слов пациента могут привести к ошибочным рекомендациям.

Таким образом, по итогам оживленной дискуссии, обе команды пришли к выводу о том, что идея дистанционного онлайн-консультирования, безусловно, имеет будущее, т.к. существует потребность в этом как со стороны пациентов, так и со стороны врачей. Для реализации данного направления уже создаются необходимые условия, однако остается и ряд ограничений, которые

лишь предстоит преодолеть – в первую очередь необходимость законодательного решения. Вместе с тем, обе команды признали, что дистанционное консультирование пациентов никоим образом не подразумевает абсолютную замену очного обследования и последующего ведения пациентов, а является, скорее, дополнительным, но крайне перспективным способом для ориентирования пациента в алгоритме первичных действий в борьбе с болезнью. Помимо этого, развитие дистанционного консультирования отвечает запросам XXI в. по оптимизации времени, повышению эффективности деятельности и развитию науки и технологий, в целом.

По результатам Совета экспертов была составлена резолюция, которую подписали присутствующие на мероприятии лидеры, и которая была поддержана профессиональными общественными организациями – Российским обществом урологов (акад. Ю. Г. Аляев) и Интернет форумом урологов. ■



*Первая скрипка  
в дистанционном  
образовании!*



Непрерывное профессиональное образование в урологии – [UroEdu.ru](http://UroEdu.ru)



- Лекции ведущих российских и зарубежных лидеров
- Отсутствие затрат на проезд, проживание во время курса
- Возможность получить продолженное образование в любое удобное время, в удобном месте
- Получение документов установленного образца

## Резолюция Совета экспертов по результатам круглого стола «Дистанционные консультации пациентов»

*24 февраля 2016 года состоялось обсуждение группой экспертов-урологов возможностей дистанционного консультирования пациентов через интернет.*



Группа экспертов включала:

- |                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| 1. О.Б. Лоран      | 6. Н.А. Григорьев  |
| 2. А.З. Винаров    | 7. Л.Г. Спивак     |
| 3. Е.И. Велиев     | 8. А.В. Живов      |
| 4. С.И. Гамидов    | 9. И.А. Шадеркин   |
| 5. Н.Д. Ахвледиани | 10. В.А. Шадеркина |

Учитывая возрастающую роль телемедицинских и интернет технологий в жизни общества, нецелесообразно их игнорирование в жизни врача. Информационные технологии (ИТ) должны улучшить взаимодействие между профессионалами, оказывать существенную помощь в принятии клинических решений и увеличить гибкость всей системы здравоохранения.

**В ходе обсуждения экспертами были сделаны выводы:**

1. Дистанционные консультации «врач-врач» разрешены Российским законодательством (Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

2. Дистанционные консультации являются услугами информационного характера. Для регламентирования дистанционных телемедицинских консультаций пациентов требуется законодательство.

3. Профессиональную медицинскую консультативную помощь через интернет, телефон или иные средства дистанционного обследования, может оказывать только человек, имеющий медицинское образование.

4. Профессиональная медицинская консультативная помощь через интернет, телефон или иные средства дистанционного обследования не является полноценной заменой очного приема врача.

5. В ряде случаев урологическая консультативная помощь может носить просветительско-информационный характер.

6. Профессиональная медицинская дистанционная консультативная помощь через интернет, телефон или иные средства дистанционного обследования является вспомогательным средством общения врача и пациента, врачей между собой.

7. Первичную консультацию врача, оказываемую с помощью дистанционных технологий, предлагается называть «предварительным мнением».

8. Консультация, оказываемая с помощью дистанционных технологий, должна начинаться с ознакомления пациента с правилами консультаций и получением информированного согласия.

9. До появления законодательства о регулировании телемедицинских услуг консультация в системе «врач-пациент», оказываемая с помощью дистанционных технологий, не может содержать диагноз и конкретные лекарственные назначения.

10. Первичная консультация может заключаться только в интерпретации результатов отдельных обследований и заканчиваться рекомендацией обращения на очный прием специалиста.

11. Консультация, оказываемая с помощью дистанционных технологий, ■

может основываться на изучении:

- Анамнеза заболевания, жизни
- Результаты лабораторных и инструментальных исследований
  - Фото
  - Выписки из лечебных учреждений
  - Копии историй болезни или амбулаторных карт
- Иные документы, уточняющие характер заболевания.

12. Сторона пациента должна указать данные, могущие повлиять на медицинский характер консультации – страна, город, возраст, характер работы, ответы на любые дополнительные вопросы консультанта (аллергия, сопутствующие заболевания и т.д.).

13. При консультативной помощи в системе «врач-врач», консультируемая сторона должна представить полное описание состояния пациента, включая результаты выполненных исследований, а также указать цель и задачи консультации.

14. Специалист-консультант вправе отказать в консультации или завершить ее досрочно, если:

- консультация выходит за рамки медицинской тематики;
- консультируемая сторона не предоставляет необходимые сведения, либо предоставляет их в недостаточном объеме и качестве;
- консультируемая сторона выходит

за пределы этики и морали

15. Консультирующая сторона обязуется не использовать и не разглашать персональные данные консультируемых, исключая случаи, предусмотренные законодательством.

16. Консультирующая сторона (консультант) обязаны предоставить данные о лечебно-профилактическом учреждении, в котором работают в настоящее время с указанием занимаемой должности.

17. Пациенту в обязательном порядке должны быть предоставлены контактные данные консультанта, необходимые для записи к нему на очный прием.

18. По завершении дистанционной консультации с помощью средств Интернета или телефонии консультант обязан сообщить консультируемому, что данная консультация носит характер предварительного мнения и не может являться полноценной заменой очного приема самого консультанта, а также очных рекомендаций, даваемых специалистом, являющимся лечащим врачом консультируемого в настоящее время.

Данный взгляд урологического сообщества на тему дистанционного консультирования пациентов - это вклад в будущее всей медицины, ее развития в самые ближайшие годы.

**Эксперты:**

**1. Лоран Олег Борисович** – д.м.н, профессор кафедры урологии и хирургической андрологии РМАПО, Заслуженный деятель науки РФ, чл-корр РАН.

**2. Ахвледзани Ника Джумберович** – профессор кафедры урологии Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова, доктор медицинских наук. Действительный член Европейской Ассоциации Урологов и Российского Общества Урологов, а также Европейского и Международного Обществ по Сексуальной Медицине.

**3. Велиев Евгений Ибадович** – заведующий урологическим отделением ГУЗ «Городская клиническая больница имени С.П. Боткина» ДЗ г. Москвы, профессор кафедры урологии и хирургической андрологии Российской медицинской академии последиplomного образования. Доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ, член Российского Общества Урологов, Американской и Европейской Урологической Ассоциаций.

**4. Винаров Андрей Зиновьевич** – профессор кафедры урологии Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова, доктор медицинских наук, член

правления Российского Общества Урологов, член Европейской Ассоциации Урологов, член президиумов Российского Общества Онкоурологов и Профессиональной Ассоциации Андрологов России.

**5. Гамидов Сафар Исраилович** – профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии факультета ФППО Московского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова, зав. отделением урологии и андрологии ФГБУ Научного Центра АГиП им. В.И. Кулакова, доктор медицинских наук. Член Европейской Ассоциации Урологов, Международной Ассоциации Андрологов, Международной Ассоциации по Сексуальной Медицине.

**6. Григорьев Николай Александрович** – директор Учебного центра врачебной практики «Практики Медика» Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, доктор медицинских наук, профессор кафедры урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, член Российского Общества Урологов и Европейской Ассоциации Урологов.

**7. Живов Алексей Викторович** – руководитель урологической клиникой Европейского медицинского центра ЕМС. Доцент кафедры урологии МГМСУ, кандидат медицинских наук. Член Американской Урологической Ассоциации, ■

Североамериканского Общества Сексуальной медицины, Европейской Ассоциации Урологов, Российского Общества Урологов, Американского Общества Урогенитальных Реконструктивных Хирургов, Европейского Общества Урогенитальных Реконструктивных Хирургов.

**8. Спивак Леонид Григорьевич** – к.м.н., руководитель отдела клинических исследований лекарственных препаратов и диагностических тестов в НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья ГБОУ ВПО Первый

МГМУ им. И.М. Сеченова.

**9. Шадеркин Игорь Аркадьевич** – Председатель Межрегиональной общественной организации «Интернет форум урологов», руководитель проекта Uroweb.ru

**Резолюция поддержана профессиональным сообществом – Российским обществом урологов.**

Председатель РОУ – **Аляев Юрий Геннадьевич**, д.м.н., профессор, член корреспондент РА, зав. каф. урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. ■





## Что такое сервис медицинских услуг



# Nethealth



- ✚ Помощь не отходя от компьютера, планшета или телефона
- ✚ Консультации квалифицированного врача-уролога
- ✚ Бесплатное анкетирование на наличие тревожных симптомов ряда заболеваний
- ✚ Проект, созданный при поддержке НИИ урологии



**Мы в социальных сетях**

 [www.vk.com/nethealth](http://www.vk.com/nethealth)

 [www.facebook.com/nethealth.ru](http://www.facebook.com/nethealth.ru)

## Законопроект о телемедицине выставлен на общественное обсуждение

*Уведомление о начале разработки федерального законопроекта «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационно-телекоммуникационных технологий в сфере охраны здоровья граждан и создания национальных научно-практических медицинских центров» выставлено Минздравом России для общественного обсуждения, которое планируется продолжить до 22 марта.*

---

---

**В** первую очередь, законопроект должен четко определить, что, собственно, будет называться телемедициной на российской территории, как и чем конкретно будут иметь право специалисты, оказывающие дистанционные услуги в сфере здравоохранения. Согласно действующему определению ВОЗ, в эту сферу попадает любое медицинское обслуживание, проводимое посредством дистанционных технологий там, где расстояние не позволяет провести личный прием.

На сегодня в России нет централизованной системы телемедицины, однако субъекты Федерации могут проводить свои программы, пользуясь территориальными госгарантиями. В ряде регионов (Удмуртия, Свердловская область, Ненецкий АО) такие проекты уже реализуются и, как утверждают местные представители, достаточно успешно. Тем не

мнее, круг полномочий удаленного консультанта-медика остается ограничен: к примеру, сегодня он не имеет полномочий самостоятельно назначать лекарства – только озвучить свою рекомендацию для врача, наблюдающего пациента непосредственно. Судя по всему, рассматриваемый законопроект не обещает расширения круга свобод онлайн-специалиста.

Одна из давно ожидаемых мер законопроекта — введение Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ). Её разработка идёт в России уже несколько лет: концепция была утверждена приказом Минздрава в апреле 2011 года. Неоднократные попытки внедрения системы предпринимались и раньше, но всякий раз реализация откладывалась из-за недостаточного финансирования отрасли. Новым документом также определяются опе-

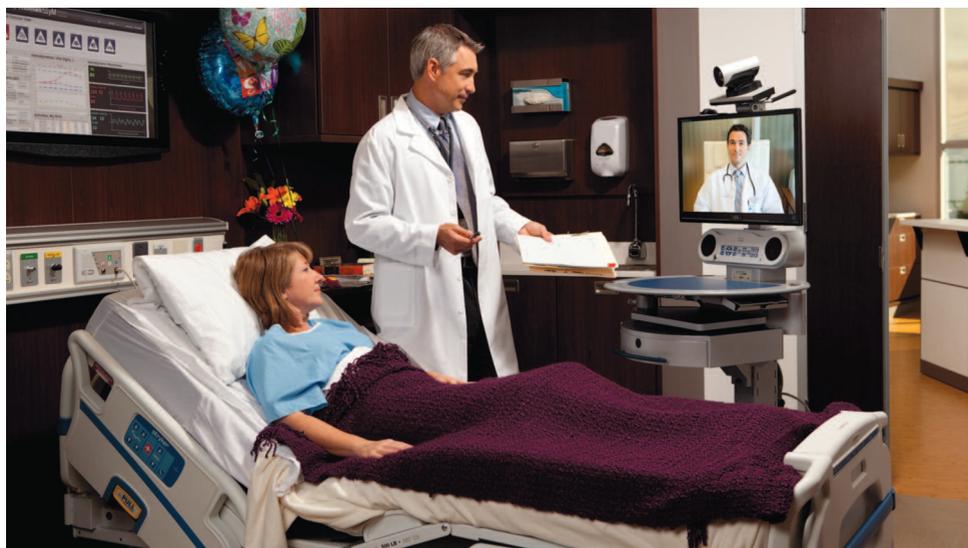
раторы ЕГИСЗ (в сфере телекоммуникаций), уточняются основы её работы и взаимодействия с другими информационными системами.

Также прописаны меры, призванные стимулировать использование информационно-телекоммуникационных технологий для общения медиков как между собой, так и с пациентами. Не стоит забывать, что, помимо непосредственного консультирования больных, интернет предоставляет возможность проводить медицинские телеконференции и консилиумы. Также набирают силу разнообразные сервисы, предназначенные для специалистов.

Кроме того, документ подозревает создание федерального реестра лиц, страдающих социально значимыми за-

болеваниями (в их числе ВИЧ, туберкулёз, инфекции, передающиеся половым путём, гепатиты В и С, сахарный диабет, онкологические заболевания, психические расстройства и гипертония).

Новости не ограничиваются исключительно коммуникативной сферой. Как сообщают в Министерстве здравоохранения, законопроектом «предусматривается создание национальных научно-практических медицинских центров на базе ведущих научных медицинских организаций с целью совершенствования организации и оказания медицинской помощи по соответствующим профилям, развития науки и инноваций в сфере здравоохранения, обеспечения системы здравоохранения высококвалифицированными



медицинскими работниками, определяется порядок их создания и организации деятельности».

Одним из принципиальных нововведений законопроекта будет, как ожидается, то, что врач сможет получать за дистанционные консультации средства из фонда обязательного медицинского страхования. Вместе с пересмотром порядка оказания медицинских услуг – учитывая поправку на введение новых технологий, — будут пересмотрены и тарифы ОМС. Помимо упрощения платежных схем, это должно сделать процесс онлайн-консультирования более прозрачным и установить достаточно высокий уровень ответственности врача.

Вопросы надежности в принципе относятся к центральным для нового законопроекта. Первая серьезная проблема – как отследить, имеет ли конкретный доктор право заниматься консультированием в интернете и обладает ли вообще достаточной квалификацией? Ряд экспертов предлагает введение реестра таких специалистов с постоянно обновляемыми данными об уровне их подготовки. Кроме того, требуется урегулировать обширный ряд правовых вопросов, связанных с управлением, стандартизацией и аспектами финансирования новой для России сферы.

Между тем, эксперты утверждают, что развитие медицинских телекоммуникаций

пусть и затратно в краткосрочной перспективе, но обещает в будущем значительную экономию финансов. В первую очередь, это объясняется повышением уровня доступности медицинских услуг для малообеспеченных граждан и жителей труднодоступных регионов. Это, в свою очередь, должно приводить к снижению затрат на экстренные госпитализации и лечение запущенных случаев болезни.

В качестве важнейшего толчка к развитию телемедицины специалисты из британского бюро GBI Research видят возрастание роли мобильных технологий в жизни общества. Среди других благоприятных факторов названы рост населения, увеличение объема государственных дотаций и, опять же, необходимость в снижении затрат. Что касается препятствий, то их список возглавляет высокая цена необходимого оборудования и отладки технологий. Как нетрудно догадаться, развивающиеся страны с нехваткой финансирования осваивать концепцию будут дольше и ощутят финансовую выгоду позже, чем все остальные. Кроме того, вредят телемедицине низкий уровень компьютерной грамотности населения и плохая защита интеллектуальной собственности: и то, и другое может остро ощущаться в российских реалиях. ■

*Материал подготовлен спец.-корр.  
Дайджеста урологии Ю.Г. Болдыревой*

Издательский дом «УроМедиа»

105425 г. Москва,  
ул. 3-я Парковая, д. 51, стр. 4

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ

УРОЛОГИЯ

ECUro.ru



[www.ecuro.ru](http://www.ecuro.ru)

Включен  
в обновленный список  
ВАК от 07.12.2015

Профессиональное издание для урологов, онкологов, урогинекологов, андрологов, детских урологов, фитизиоурологов и врачей смежных специальностей, научных работников, ординаторов, аспирантов.

Информация о современных методах профилактики, диагностики и лечения урологических заболеваний, результаты клинических исследований, научные аналитические обзоры, оригинальные дискуссионные статьи по фундаментальным и прикладным проблемам урологии, материалы конференций и съездов, лекции ведущих российских и зарубежных специалистов, эксклюзивные клинические случаи, новые медицинские технологии.

Абстракты на английском языке в печатной версии журнала.

Независимое рецензирование и открытый бесплатный доступ на сайте журнала [www.ecuro.ru](http://www.ecuro.ru).

# EAU16 | MUNICH

11-15 March 2016

Sharing knowledge - Raising the level of urological care

## Отчет о конгрессе Европейской ассоциации урологов - 2016



Мария Перова  
Член Ассоциации  
медицинских журналистов

*В период 11-15 марта 2016 г. в Мюнхене прошел XXXI международный конгресс Европейской Ассоциации Урологов (EAU), на котором ежегодно собираются участники делегаций более чем из 100 стран для обсуждения и профессиональной оценки новейших исследований и разработок в урологии.*

Э то мероприятие по праву считается крупнейшим по значимости и масштабу в современном урологическом мире. В этом году в конгрессе приняли участие 13000 человек из 118 стран, а в ходе 300 секций с докладами выступили 1425 спикеров. На выставке инноваций, организованной в рамках форума, были представлены товары и изобретения порядка 200 компаний-участников. В ходе мероприятия участники имели

возможность обсудить прежде нигде не опубликованные новейшие научные исследования и поделиться с коллегами собственными идеями об инновациях в сфере урологии. Также участникам была предоставлена возможность презентовать научные данные первичной клинической значимости.

В первый же день на церемонии открытия конгресса Президентом EAU Крисом Чапплом был вручен сертификат о присвоении статуса Почетного



члена ЕАУ Владимиру Николаевичу Ткачуку, российскому профессору, председателю Санкт-Петербургского научного общества урологов, члену Президиума Правления Российского научного общества урологов и Международной и Европейской ассоциации урологов. Профессор Чаплл отметил: «Ничего в мире не происходит без предварительного намерения это осуществить», – и поддержал усилия урологических сообществ со всего мира на пути осуществления дальнейших разработок и в развитии медицинской науки, в целом. Также Президент конгресса ЕАУ отметил, что наибольшей задачей является переход от хирургического лечения к терапевтическому.

Одним из первых мероприятий, проведенных в рамках конгресса, стало совместное совещание ЕАУ и Американской конфедерации урологов по наиболее актуальным и спорным вопросам в урологии. Среди поднятых тематик были следующие: женское недер-

жание мочи, применение томографии при раке предстательной железы (РПЖ), использование хирургических методов лечения при заболеваниях мочевого пузыря и при новообразованиях в почках. В ходе дискуссии речь шла и об ожидаемом в скором будущем усовершенствовании хирургических инструментов и материалов, а также о развитии актуального направления персонализированной медицины и об особенностях изученности гиперметилирования генов в опухолях. Помимо этого, участники обсудили преимущества роботизированной радикальной цистэктомии (РРЦЭ) – а именно, Aviseppa Roboflex – по сравнению с лапароскопическими оперативными вмешательствами с точки зрения облегчения работы хирурга благодаря улучшению эргономики и обеспечению большей ловкости и маневренности.

Следующее совместное заседание в рамках конгресса было организовано между ЕАУ и Пан-африканской ■

ассоциацией урологических хирургов, темой которого стали «Новые исследования в области онкологической, функциональной и реконструктивной урологии». Участники дискуссии обсудили сложности развития медицины в африканском регионе, приведя пример ситуации в Ибадане, где в крупнейшем во всей Западной Африке урологическом отделении работают лишь пять консультантов. При этом на всё население Нигерии, общим количеством в 170 млн человек, приходится всего 130 урологов. Ввиду столь сложной ситуации с количеством квалифицированных специалистов представители Пан-африканской ассоциации отметили, что даже самые малые изменения в реализации медицинской помощи могут принести значительные результаты, и поэтому вдвойне необходимо уравновесить инновации с существующими практическими и финансовыми реалиями. Также один из представителей африканской делегации Кастро Диаз отметил, что по имеющимся у них оценкам РПЖ более распространен среди африканцев, нежели среди европейцев – причем, в стремительно развивающейся форме. В связи с этим, необходимо развивать необходимую для наблюдения и лечения инфраструктуру. Кроме того, в ходе дискуссии было отмечено непомерное возраста-

ние цен в регионе на операции при опухолях мочевого пузыря.

Также в рамках конгресса прошло совместное заседание EAU и Иранской ассоциации урологов, в ходе которой состоялся диалог по вопросам инновационных методов в хирургии, химиотерапии и в осуществлении тримодальной терапии при мышечно-инвазивном раке мочевого пузыря. Участники обсуждения отметили, что ключевым фактором результативности операции и реабилитационного процесса всё еще остаются мастерство хирурга и опыт хирургической бригады – вне зависимости от того, используется ли при этом роботизированная система. Вдобавок к этому было отмечено, что в настоящее время отсутствуют долгосрочные исследования по лечению рака путем роботизированной радикальной цистэктомии (РРЦЭ) и открытой радикальной цистэктомии (ОРЦ). Как принято, данные исследования необходимо проводить в рамках десятилетнего периода послеоперационного наблюдения. Другим элементом, на который требуется обратить внимание, является факт того, что расходы лечебного учреждения на РРЦЭ существенно превышают соответствующие расходы на ОРЦ, хотя всесторонний учёт расходов, связанных с проведением этих операций, еще не был проведен. Таким обра-

зом, рекомендуется произвести полноценный сравнительный анализ с позиции «затраты-эффективность» как ключевого критерия сравнения. Помимо этого, в ходе дискуссии было отмечено, что по итогам сравнительного анализа неoadъювантной химиотерапии и адъювантной терапии, первое характеризуется большей доказательной базой, показателями лучшей переносимости и отсутствием роста послеоперационных осложнений.

Отдельный блок конгресса был посвящен телемедицине и ее несравнимой роли в современной медицинской науке. Была организована специальная секция EAU по технологиям в урологии в сотрудничестве с секцией EAU по роботизированной урологии, а также секция EAU по мочекаменной болезни. На экранах был показан спектр малоинвазивных, эндоурологических, лапароскопических и роботизированных операций, осуществляемых в реальном времени с использованием новейших технологий. Первой транслируемой операцией была возглавляемая проф. А. Алькарасом лапароскопическая частичная нефрэктомия в 3D-HD с использованием гибкого телескопа. Операцию проводили 63-летнему пациенту мужского пола, страдающему нефролитиазом. Вторую операцию провел проф. А.Моттри с использованием роботизированной системы iso-

cyanine green Da Vinci XI 68-летней пациентке, страдающей от 12-мм камня в левой почке. При этом в ходе КТ распространения метастазов выявлено не было. По итогам операции была проведена резекция почки. Как отметил председатель заседания Йенс Рассвайлер, подобный формат является продолжением осуществленного в 2015 г., а трансляция в 3D режиме позволила значительно повысить качество изображения. Следующим шагом ожидается переход на ultra HD. Председатель заседания Йенс Рассвайлер отметил, что за роботизированными системами – будущее, и, к примеру, при скорейшей реализации технологии подобный метод биопсии позволит лечить конкретное место поражения вместо удаления всей железы.



Отдельной темой, которая была поднята в рамках конгресса, явилась проблематика использования антибиотиков и сложностей лечения наиболее ■

часто встречающихся урологических инфекций. Данным вопросам были посвящены секция женской и функциональной урологии, а также секция EAU по урологическим инфекциям. Как было отмечено, с момента изобретения антибиотиков их использование с каждым годом растет. В Европе ежегодно умирают 25000 человек от бактерий, устойчивых к антибиотикам. Как показали исследования в больницах неотложной помощи в США, от 20 до 50% случаев использования антибиотиков не оправданы. Как отметил д-р Виталий Смелов, в случае инфекций мочевыводящих путей (ИМП), как правило, большинство внутрибольничных штаммов устойчиво к антибиотикам. Также он добавил, что необходимо пересмотреть стандартные методы лечения ИМП, а новые технологии, выявляющие «некультивируемые» бактерии в моче, не должны приводить к дальнейшему увеличению использования антибиотиков. Другим участником дискуссии Бьорном Вультом было подчеркнуто, что наступило время обратить внимание не столько на бактерии, сколько на их «владельца». Дело в том, что зачастую заболевание возникает не по причине наличия бактерий как таковых, сколько по причине неадекватной и недостаточной реакции организма человека. Также в рамках дискуссии об

урологических инфекциях участники обсудили особенности использования катетеров при ИМП и нецелесообразность использования постоянного катетера.



В продолжение инфекционной проблематики в ходе секций EAU по трансплантации в урологии, по урологическим инфекциям, а также по мочекаменной болезни проф. Т.Фуллером было отмечено что у реципиентов почечных трансплантатов инфекции являются основной причиной заболеваемости и смертности. Большую распространенность имеют цитомегаловирус, а также вирус Эпштейна – Барр. При этом отдельное внимание стоит уделить вирусу гепатита С: благодаря новейшим революционным разработкам новейшие фармакологические агенты могут достигать 100% устойчивого вирусологического ответа. Однако для пациентов в терминальной стадии ХПН



вирус гепатита С по-прежнему остается остройшей проблемой, т.к. количество лет пребывания на гемодиализе является отдельным фактором риска инфицирования гепатитом С. Подводя итог, Т.Фуллер отметил, что регулярный скрининг и профилактика, а также регулярное наблюдение на предмет возникновения инфекций должны стать стандартом медицинской помощи при почечной трансплантации. Отдельно был отмечен и тот факт, что трансплантация остается наиболее эффективным способом замещения функции почек. Вступление в терминальную стадию хронической почечной недостаточности неуклонно увеличивается во всех европейских странах и, несмотря на то, что первоначально усилия должны быть направлены на профилактику, трансплантация остается необходимой.

По-новому взглянуть на классические методы терапии было предложено и на пленарной дискуссии, посвященной стандартным методам лечения сложных урологических больных. В самом начале обсуждения проф. Джеймс Н`Дау отметил, что независимо от того, какого алгоритма действий врач будет, в итоге, придерживаться, на нем лежит ответственность за состояние больного, а потому в каждом отдельном случае важно находить индивидуальный подход к лечению. Также необходимо согласие

самого пациента, подтвержденное документационно. В ходе пленарной дискуссии слушателям была представлена лекция на тему «Заместительная гормональная терапия тестостероном». Речь шла и о необходимости использовании альфа-блокаторов при лечении нефролитиаза. Как отметили проф. Самуэль МакКлинтон и Кристиан Зайц, при наличии мелких камней (< 5 мм), добиться изгнания которых существенно проще, необходимости назначения рецептурных альфа-блокаторов может не быть, однако в отношении больших камней необходимо проводить дальнейшие исследования на предмет эффективности такого метода лечения.

Большое внимание со стороны участников конгресса EAU привлекла дискуссия на тему диагностики и лечения рака предстательной железы (РПЖ). Эксперты обсудили возможную альтернативу стандартным методам лечения и варианты оптимальной диагностики и терапии РПЖ, особенно – для пациентов с рецидивом заболевания. При этом было отмечено, что, несмотря на регулярное возникновение новых технологий, от стандартных методов сразу не уйти. Причем зачастую это имеет психологическую основу со стороны врача. В ходе дискуссии участники обсудили роль магнитно-резонансной томографии (МРТ) и ее ■

важность при проведении повторной биопсии. Основное же значение предварительной биопсии заключается в выявлении клинически значимого РПЖ и в определении локализации опухоли. При обсуждении вопросов химиотерапии проф. Никола Моттет подчеркнул, что классическая гормональная терапия останется в арсенале урологов, однако с их стороны необходимо изучение и использование новых препаратов, а также инновационных технологий. Кроме того, крайне важно внимательно отслеживать процесс от самого начала до последней стадии.

Также участники прослушали лекцию проф. Торстена Шломма о возможностях геномики в идентификации высокого риска заболевания, поскольку молекулярные особенности определяют скорость его распространения. Было сказано о планируемом создании индивидуального молекулярного спидометра для осуществления контроля над заболеванием в каждом конкретном случае. Помимо этого, участники обсудили сроки проведения лучевой терапии после радикальной простатэктомии (РП) и о целесообразности адьювантной лучевой терапии после нее.

Отдельная тематическая секция была посвящена проблеме эректильной дисфункции (ЭД) после РП и тому, как, соответственно, выбрать оптимальный

алгоритм лечения в каждом отдельном случае. Участники отметили, что несмотря на эффективность РП с точки зрения онкологии среди основных последствий ее проведения остаются недержание мочи и ЭД. Как отметил д-р Г.Гандаглия, ЭД после РП по-прежнему встречается у 70% прооперированных даже в том случае, если был применен нервосохраняющий метод операции. При этом среди молодых людей ЭД как последствие встречается чаще, нежели среди пожилых пациентов. Как отметил д-р Г.Гандаглия, вариантом лечения является использование ингибиторов ФДЭ 5 типа, однако и это необходимо решать в каждом случае отдельно. Среди других методов лечения ЭД были обозначены интракорпоральные инъекции и вакуум-констрикторные устройства, обладающие большей экономической целесообразностью по сравнению с другими методами лечения. При этом предполагается, что параллельно будут назначены ингибиторы ФДЭ 5 типа. На третьем месте среди рекомендаций в случае, когда менее инвазивные процедуры неэффективны – имплантация протеза полового члена.

При лечении заболевания Пейрони, как отметил д-р Е.Закаракис, более важен психологический аспект, нежели воздействие на пациента на физическом уровне. Предлагаемые варианты



**Мобильные технологии здоровья!**

- ☛ **Интернет вещей меняет облик здравоохранения.**
- ☛ **Будущее заключено в Вашем смартфоне!**

**[www.evercare.ru](http://www.evercare.ru)**

лечения, как правило, не особо эффективны – кроме пентоксифиллина и L-аргинина/ингибиторов ФДЭ 5 типа. Как отметил д-р Е.Закаракис, имеются ограниченные данные об эффективности интерферона и верапамила, однако местное применение последнего не рекомендуется. Доказательства эффективности ударно-волновой терапии в данном случае отсутствуют, а любые рекомендации с точки зрения хирургии полностью зависят от особенностей протекания заболевания. Пликация/операция Несбита показана при деформации  $<60^\circ$ . Если же у пациента деформация  $>60^\circ$ , рекомендовано протезирование.



В отдельной секции специалисты обсудили вопросы диагностики, профилактики и лечения мочекаменной болезни, отметив ошибочность обобщенного подхода к пациентам с подобным диагнозом. В каждом отдельном

случае существуют индивидуальные особенности, о которых нельзя забывать. В ходе дискуссии были представлены фундаментальные исследования об особенностях камнеобразования и его влияния на качество жизни; были даны рекомендации по клиничко-метаболической оценке. При разработке эффективного плана лечения важно помнить и о регулярном контроле показателей анализа мочи, а также о подборе правильной системы питания. При различных видах камней рекомендации по диете будут иметь свои особенности. Из общих рекомендаций было отмечено, что крайне важно ежедневно выпивать 2-2,5 л чистой воды и ограничивать потребление кальция и натрия. В случае рецидива заболевания было рекомендовано предписание эндурологического лечения.

Большое внимание вызвала дискуссия, проходившая в заключительный день конгресса EAU, посвященная проблеме длительной катетеризации мочевого пузыря. Как отметил проф. Флориан Вагенленер, в последние годы проблема внутрибольничных урологических инфекций возросла. 15-25% госпитализированных больных и 5-10% пребывающих в домах престарелых использовали катетер на постоянной основе. Катетеризация может вызывать такие осложнения, как катетер-ассо-



цированные инфекции мочевыводящих путей, блокада катетера, воспаление. Также к возможным негативным последствиям относятся свищи, эрозия, флегмона, уросепсис, гематурия, стриктура уретры и стеноз, образование инкрустаций на внутренней поверхности катетера. Что касается риска для жизни, к смертности могут привести ИМП и уросепсис, который заканчивается летальным исходом в 60%. Попадание микроорганизмов в мочевые пути происходит или эндогенным (восходящим из уретры в мочевой пузырь), или экзогенным путем – к примеру, в случае несоблюдении правил гигиены при катетеризации. По представленным проф.Флорианом Вагенлером данным исследования, осуществляемого в течение года, в 35% случаев инфекция была получена эндогенным путем, в 40% – экзогенным, в 25% – причина возникновения была не выявлена.

Катетер-ассоциированные инфекции мочевыводящих путей всегда вызваны биопленочными бактериями, которые резистентны к противомикробным препаратам. Среди основных рекомендаций, которые были выделены – использование катетеров лишь по показаниям, но не для регулирования проблемы недержания мочи. Может быть целесообразным использование

портативных сканеров для определения объема остаточной мочи. Для пациентов, нуждающихся в дренировании мочевого пузыря, можно рекомендовать использование цистостомы и уретрального катетера. При этом, как только необходимость в использовании катетера исчезает, его необходимо удалять.

Параллельно с конгрессом EAU проходил VI международный конгресс по истории урологии и XVII международный конгресс урологических медсестер/медбратьев. За пять дней конгресса EAU участниками были подняты самые разные темы, освещены ключевые проблемы и достижения в современной урологии, поставлены цели и задачи на долгосрочную перспективу. Участники пленарных заседаний и отдельных секций получили возможность прослушать лекции ведущих мировых урологов, представить собственные исследования и идеи, а также поделиться профессиональным опытом с зарубежными коллегами. ■



## Материалы конгресса Европейской ассоциации урологов:

**Акции компаний, производящих стволовые клетки - покупать или нет?**

**Кто лучше оперирует - гинеколог или уролог?**

**Каких методов лечения недержания мочи в России пока нет?**



**Г.Р. Касян**  
д.м.н., профессор  
кафедры урологии МГМСУ

*Ежегодный конгресс Европейской ассоциации урологов предоставил специалистам множество полезной информации о новшествах и дискуссионных аспектах урологии. С обзором материалов конгресса, касавшихся лечения симптомов нижних мочевых путей (СНМП), выступил для российской аудитории д.м.н., профессор кафедры урологии МГМСУ Геворг Рудикович Касян.*

### Слингговые операции

Начал своё выступление профессор Г.Р. Касян с обзора большого доклада Кристофера Чаппла по лечению стрессового недержания мочи у женщин. Это выступление демонстрировало то, как по-разному работают критерии оценки эффективности на примере TVT и операции Берча. Так, цистометрия, PAD-тест, объективные и субъективные критерии могут показывать совершенно разные результаты. В то время, как удовлетворённость пациентов остаётся достаточно высокой, во врачебных

кругах идёт дискуссия идёт о том, как оценивать результаты работы. Чаппл, в частности, говорил о том, каким образом нужно формировать ожидания пациентов. За подробностями на эту тему он отослал аудиторию к статье «Patient-selected goals: A new perspective on surgical outcomes».

Далее в докладе была рассмотрена проблема синтетических материалов. Несмотря на то, что сегодня сохраняется настороженность по отношению к их использованию, количество пациентов, которым имплантируют синтетические петли, растёт. В частности, в США, со-



гласно данным представленной на конгрессе работы, начитывается 300 000 женщин, которые были прооперированы по поводу пролапса гениталий. Из них 33% были имплантированы различные сетки. Не только для Америки, но и для любой страны это очень большое количество пациентов.

Если говорить о лечении недержания мочи, то в США 80% больным имплантируют синтетические сетки. Похожая ситуация в Великобритании: количество операций TVT растёт, несмотря на присутствующую настороженность со стороны контролирующих организаций. Конечно, существующие сетки не идеальны, говорилось о том, что они должны быть более лёгкими, содержать меньше синтетических материалов, обладать лучшей эластичностью и пористостью. Полипропилен в принципе может быть не лучшим материалом: сегодня, к примеру, идут разговоры о сетках, наполовину рассасывающихся или индуцирующих рост собственных тканей, содержащих стволовые клетки и так далее.

Что интересно, в своём выступлении Чаппл заявил, что, если бы сегодня продавали акции компаний, производящих стволовые клетки, он лично не стал бы их покупать, поскольку не видит успехов в этой сфере. Да, можно имплантировать стволовые клетки, но

сохраняются проблемы, в частности, с нервной тканью и контролем над центральной нервной системой. По большому счёту, эти клетки не функционируют, по мнению Чаппла.

По итогам выступления, с точки зрения Чаппла, сегодня в сфере лечения СНМП многие пределы уже достигнуты, и это является проблемой, поскольку для действительно эффективного лечения по-прежнему необходимо двигаться дальше.

### Специальность врача и успех операции

Следующая лекция, освещённая Геворгом Касяном для русскоязычной аудитории, принадлежит Бьорну Лёппенбергу. Речь шла о том, влияет ли специальность врача (уролога или гинеколога) на успех проведения операции. В большом исследовании, результаты которого представил Лёппенберг, были проанализированы результаты хирургических вмешательств у 10508 женщин в Германии и США. Подтвердилось мнение о том, что факторами риска для этого расстройства являются возраст и повышенный индекс массы тела. Что касается сравнительных результатов, по итогам операций, выполненных гинекологами, выявлено чуть большее количество осложнений. Комментируя, ■

эти данные, профессор Г.Р. Касян выразил мнение о том, что урологи действительно знают эту проблему существенно лучше.

### Амортизация – это главное

Ещё один любопытный доклад на Конгрессе EAU рассказывал о новом методе лечения стрессового недержания мочи путём внедрения внутрипузырного баллона. Принцип действия состоит в том, что мягкий баллон амортизирует стрессовые движения, таким образом, нивелируются пики давления. Годичное голландское исследование показало, что при таком лечении выраженность симптомов недержания снижается на 30%. Конечно, возникает масса вопросов: к примеру, будет ли такой баллон провоцировать инфекции или вызывать дискомфорт. Авторы уверяют, что серьезных осложнений отмечено не было. По словам Г.Р. Касяна, к докладчикам было много вопросов, но в целом концепция заинтересовала всех присутствующих.

### В России пока недоступно

Следующий представленный доклад касался системы REMEEХ, на сегодня недоступной в России, которая представляет собой петлю с механизмами под-

крутки и ослабления. Как правило, она устанавливается самым тяжелым больным: с несокращающимся мочевым пузырем, со сфинктерной недостаточностью или сочетанием этих состояний. В представленном исследовании 70% пациентам была установлена такая петля. Успех лечения оказался высоким: до 90%. Таким образом, этот метод может использоваться в редких и сложных ситуациях, когда нужно, не вызвав обструкции, достигнуть континенции.

### Домашняя урофлоуметрия и многое другое

В продолжение темы доктор Касян представил постерный доклад из Японии с рассуждением о том, необходимо ли сокращение мочевого пузыря для мочеиспускания. Исследование показало, что некоторые женщины мочатся просто небольшим натуживанием, без существенного сокращения мочевого пузыря, а у многих происходит при этом просто расслабление тазового дна. Это говорит о том, насколько мало нам в действительности известно о принципах опорожнения мочевого пузыря у женщин и механизмах недержания. Развивая тему лечения симптомов нижних мочевых путей, профессор Касян продемонстрировал результаты исследования испанской группы на



тому аналоговой урофлуометрии. Пациентам выдавались таблицы для самостоятельного определения скорости потока мочи, и отмеченные ими показатели абсолютно коррелировали с показателями урофлуометрии, проведённой в клинических условиях.

Следующая представленная работа — рассказ о новой номограмме для определения инфравезикальной обструкции у пациентов с гиперактивностью мочевого пузыря, что случается в практике редко. Номограмма опирается на ряд показателей: уровень ПСА, объём простаты, размер средней доли и так далее, а не только скорость мочеиспускания.

Сообщение из Кореи касалось влияния статинов на размер предстательной железы и симптомы нижних мочевых путей. Исследовалась большая группа пациентов, которые постоянно принимали статины из-за гиперхолестеринемии. Результаты подтвердили, что статины могут включаться в биохимию предстательной железы, не только уменьшая количество холестерина в крови, но также влияя на гладкомышечные волокна простаты и улучшая её кровоснабжение. Кроме того, отмечены купирование воспалений и возможное влияние на апоптоз. При этом у людей, которые получали статины, не снижалось проявление симптомов, однако размер простаты был меньше.

## Что с чем комбинировать? Три в одном

Традиционно множество комментариев и вопросов на конгрессе вызвала тема ноктурии, в частности, доклад Кристиана Винтера Йула о применении в терапии комбинированных методов: в частности, комбинации толтеролина и десмопрессина. Плацебо-контролируемое исследование проводилось с участием только женщин. По итогам, выяснилось, что комбинированное лечение уменьшает частоту ночных мочеиспусканий и улучшает качество сна. По словам Г.Р. Касяна, с одной стороны, это закономерно, с другой до сих пор серьёзных исследований по данному вопросу не было. При этом остаётся вопросом, насколько эффективно покажет себя такой метод лечения у мужчин.

В целом появляется всё больше и больше методов комбинированного лечения. Так, доктор Томонори Ямаиши из Японии рассказывал о применении сочетания тамсулозина, дутастегида (в ряде случаев с добавлением имидафенацина, нового холинолитика, который скоро появится в России) у мужчин, которым монотерапия тамсулозином не помогла. Сочетание трёх препаратов в одной таблетке может быть полезно больным со смешанной ■

симптоматикой, увеличенной предстательной железой и гиперактивностью мочевого пузыря. По результатам исследования с участием 163 пациентов, качество жизни у больных, которым назначалась комбинация из трёх препаратов, заметно улучшилось. Отмечены снижение OABSS и IPSS.

Ещё одна японская работа была посвящена целесообразности отмены приёма  $\alpha$ -адреноблокаторов через год после начала терапии. В течение года участники исследования применяли комбинированный препарат: сочетание силодозина и дугастерида (5-АРИ), после чего приём силодозина отменялся. Согласно полученным результатам, симптомы при такой тактике не возвращаются. Таким образом, отмена препарата не ухудшала результатов лечения.

Тайваньские специалисты изучали исходы хирургического лечения аденомы простаты в зависимости от приёма холинолитиков до операции. Для этого они обратились в национальному урологическому реестру, включающему в себя данные о 3,5 млн пациентов и отобрали тех, кто получал холинолитики до проведения трансуретральной резекции: всего 493 человека. К результатам лечения профессор Г.Р. Касян предлагает относиться критически: так, в ряде случаев объём удалённой железы составил 15 граммов, что крайне редко

случается в европейской практике. Единственный показатель, по которому наблюдалась существенная разница с пациентами, не получавшими холинолитиков, было снижение распространённости острой задержки мочи.

### Холинолитики или ботулотоксин?

Активно исследуется и обсуждается новый препарат мирабегрон. Будучи сосудистым препаратом, теоретически он способен влиять на сердечно-сосудистую систему и иметь кардиологические побочные эффекты. По этой причине стоит отметить исследование, озвученное на конгрессе, результаты которого показали отсутствие негативных кардиоваскулярных эффектов от применения мирабегрона. Другая работа, посвящённая этому препарату, продемонстрировала его эффективность у пациентов с нейрогенной гиперактивностью мочевого пузыря, в которой до сих пор существовали — и местами существуют — большие сомнения. Итальянское исследование, в котором приняли участие 44 пациента обоих полов, показало снижение выраженности симптомов на 70%, однако не до конца ясно, какова в этом роль мирабегрона в составе комплексной терапии. Японская работа, также посвящённая мирабегрону, рассматривала



его в контексте лечения ноктурии. Согласно результатам, качество жизни и сна больных, получавших лекарство, улучшилось.

Одна из знаковых работ, представленных на конгрессе, — рандомизированное плацебо-контролируемое сравнительное исследование эффективности солифенацина (холинолитик) и ботулотоксина. Пациенты были разделены на три группы, одна из которых получала действующую таблетку и инъекцию физраствора, вторая — инъекцию ботулотоксина и плацебо-таблетку и, наконец, третья — две дозы плацебо. По итогам, заметно лучшие результаты показал ботулотоксин. На взгляд Геворга Рудиковича, прямое сравнение очень ценно, поскольку в устоявшейся практике стандартом считается начинать лечение с холинолитиков: возможно, в каких-то ситуациях стоит обойти их и

сразу обратиться к более действенному ботулотоксину.

Ещё одну важную работу, связанную с ботулотоксином, озвучивал на конгрессе известный французский специалист Эммануэль Шартье-Кастлер. Она касалась назначения препарата для лечения СНМП у больных с рассеянным склерозом, при котором часто встречается задержка мочи. Применялась доза в 100 единиц ботулотоксина (чаще в клинической практике используются 200 единиц). Итог исследования показал, что в небольших дозах ботулотоксин может использоваться у больных с рассеянным склерозом, не приводя к существенному увеличению задержки мочи.

В заключение профессор Г.Р. Касян призвал аудиторию более подробно ознакомиться с материалами на официальном сайте Конгресса EAU. ■

## **EAU-2016: Что нового? Мужчины, выбирающие активное наблюдение, вместо хирургического лечения и радиотерапии при РПЖ низкого риска, имеют качество жизни, как у людей без рака**

*Выбор в пользу активного наблюдения вместо немедленного начала терапии (хирургической или лучевой) позволяет добиться лучшего качества жизни у мужчин с раком предстательной железы (РПЖ) низкой степени риска. Фактически, качество жизни остаётся почти на том же уровне, что и у людей, не имеющих этого заболевания, — таковы результаты исследования, сравнивавшего отдаленные результаты пациентов, находящихся под активным наблюдением, после пройденного лечения и контрольной группы мужчин без рака простаты. Данные представлены на ежегодном конгрессе Европейской ассоциации урологов, проходившем в Мюнхене 11–15 марта.*

**Р**ак предстательной железы — наиболее распространённое онкологическое заболевание у мужчин: ежегодно в Европе регистрируется порядка 400 тыс. новых случаев. Большинство пациентов получают лечение незамедлительно — методом радикальной простатэктомии (РПЭ) или лучевой терапии. Однако оба метода могут привести к осложнениям, наиболее распространённые из которых — недержание мочи и эректильная дисфункция. Одна из альтернатив, все более активно рассматриваемая для пациентов, страдающих РПЖ с низким уровнем риска, — избежать немедлен-

ного начала терапии и отложить её в пользу активного наблюдения. При этом состояние опухоли регулярно отслеживается, что позволяет перейти к активному лечению в случае каких-либо изменений или прогрессии. Свежее исследование рассматривало вопрос о том, улучшается ли качество жизни пациентов под активным наблюдением в долгосрочной перспективе.

Были изучены опросники относительно качества жизни, заполненные 427 пациентами (из 628 получивших анкеты). Возраст респондентов составил от 66 до 69 лет, и все они наблюдались 5–10 лет с момента постановки



диагноза. Из общего числа 121 человек выбрал активное наблюдение, 74 перенесли хирургическое вмешательство и 232 — лучевую терапию. Контрольная группа без рака простаты состояла из 204 мужчин того же возраста.

Показательно, что пациенты под активным наблюдением сообщали о заметно более высоком уровне жизни, чем те, кто получил хирургическое лечение. В частности, отмечены лучшие показатели мочевыделительной функции (100 против 83), меньший процент случаев недержания мочи (100 против 75) и лучшее качество сексуальной функции (44 против 6). При сравнении с пациентами, получавшими лучевую терапию, у группы под активным наблюдением выявлены лучшие показатели сексуальной удовлетворённости (44 против 18). В целом, уровень качества жизни у пациентов под активным наблюдением был крайне близок к показателям контрольной группы ( $p > 0,05$  — отсутствие статистически значимых различий).

Результаты прокомментировал ведущий автор исследования, доктор Лионне Вендерброс из Роттердамского университета Эразма (Нидерланды): «Это первое исследование, оценивающее долговременные исходы в сравнении у данных четырёх групп пациентов. Мы обнаружили, что мужчины под активным наблюдением демонстриро-

вали лучшие показатели здоровья, связанные с простатическими факторами, чем те, кто подвергся хирургическому лечению и лучевой терапии. Это проявляется в лучших отметках в опросниках мочевыделительной и сексуальной функций, а также меньшей распространённости недержания мочи. Более того, установлено, что уровень качества жизни у пациентов под активным наблюдением оказался равен таковому у людей, не страдающих раком простаты. Это интересно, поскольку они по-прежнему живут с РПЖ, не подвергавшимся лечению. Наличие постоянного мониторинга их состояния в сочетании с информацией о низкоагрессивной природе болезни может отчасти объяснить этот факт.

При выборе тактики лечения важно, чтобы пациент учитывал возможность побочных эффектов, связанных с немедленным началом терапии, таких как недержание и потеря эрекции. Выбирая активное наблюдение, мужчина должен подумать, не станет ли жизнь с нелеченым раком источником постоянного напряжения, и не будут ли регулярные визиты к врачу вести к новому стрессу вместо обретения уверенности. Уравновешивание преимуществ и недостатков конкретного типа лечения ведет к выбору тактики, которая в наибольшей степени отвечает желаниям и ■



потребностям пациента.

В свою очередь, доктор Альберто Бриганти, редактор журнала «European Urology Focus» и член научного комитета конгресса EAU, добавляет: «Это интересное исследование, подтверждающее, что активное наблюдение — метод не только безопасный, но и хорошо воспринимаемый пациентами при РПЖ с низким уровнем риска. Даже при том, что мы могли ожидать сравнительно более низких показателей мочевыделительной и сексуальной функций у мужчин, перенёсших хирургическое вмешательство и лучевую терапию, интересно, что качество жизни пациентов под активным наблюдением сравнимо с тем, что демонстрируют люди без заболевания простаты. Надле-

жащее информирование пациента о безопасности активного наблюдения — ключ к сохранению высокого качества жизни, поддержанию общего здоровья и психологического благополучия в долговременной перспективе. Впрочем, необходимо отметить, что мужчины, выбирающие активное наблюдение, могут быть менее расположены к прохождению любого лечения вообще, и этот факт может быть тяжело установить через ретроспективные сравнения или валидированные опросники». ■

*Исследование было поддержано Фондом исследования рака простаты (Роттердам, Нидерланды).*

*Материал подготовлен  
Ю.Г. Болдыревой*

Межрегиональная общественная организация

[www.forumurology.ru](http://www.forumurology.ru)



# Интернет форум урологов



## Анализ крови на агрессивность РПЖ до операции?

*Известно, что успех хирургического лечения зависит от множества факторов. Новое исследование специалистов из Милана показывает, что в случае с локализованным раком простаты, для лечения которого, как правило, применяется радикальная простатэктомия, степень агрессивности заболевания можно выявить с помощью простого анализа крови. Результаты были обнародованы на 31 Ежегодном конгрессе Европейской ассоциации урологов, проходившем в Мюнхене с 11 по 15 марта.*

Для оценки РПЖ урологи обычно прибегают к шкале Глисона: образец ткани, полученный при помощи биопсии, рассматривается, чтобы установить, какая его часть охвачена раковыми клетками. Уровень 1 по шкале означает, что клетки ткани в норме, тогда как уровень 5 говорит об обширном раковом поражении. При наиболее высоком, пятом уровне по шкале Глисона прогноз оценивается как неблагоприятный (суммарный показатель по шкале устанавливается по результатам исследования двух образцов. В худшем случае каждый из них показывает уровень 5, — общий тогда считается как 10).

Группе итальянских учёных удалось установить, что при гипогонадизме (низком количестве полового гормона тестостерона) возрастает вероятность

высокого показателя по шкале Глисона, что, в свою очередь, сигнализирует о плохом прогнозе исхода лечения.

Команда под руководством доктора Марко Москони из госпиталя св. Рафаэля в Милане ретроспективно сопоставила уровень гормонов и показатели по шкале Глисона у 1017 пациентов, перенесших радикальную простатэктомию в этой клинике. У 118 человек при этом наблюдался уровень 5 по шкале Глисона. После поправки на возраст обнаружилось, что наличие гипогонадизма и низкий уровень глобулина, связывающего половые гормоны (ГСПГ), позволяют предсказать, у кого из пациентов будет выявлен высокий уровень по шкале ( $p = 0,025$ ).

«Мы установили, что наличие гипогонадизма, а также уровень ГСПГ помогают предсказать, обнаружится ли у



пациента пятый — наихудший — уровень по шкале Глисона. Эта взаимосвязь поможет узнать, каким будет исход ещё до начала хирургического лечения. В перспективе мы сумеем выявить пациентов с наиболее агрессивными формами РПЖ до проведения операции. При этом нам все ещё нужно как можно скорее выяснить, как влияют гормоны на развитие рака простаты. Мы пока не знаем, выявлена нами простая взаимосвязь, или же гипогонадизм каким-то образом повышает риск развития рака простаты. Если это так, возможно, лечение гипогонадизма способно снизить вероятность возникновения РПЖ, однако нужно ещё поработать, чтобы навер-

няка выяснить это», — комментирует доктор Москини.

В свою очередь, профессор Александр де ля Таиль (Париж), член Научного совета конгресса EAU, добавляет: «В литературе встречаются данные о том, что низкий уровень тестостерона в сыворотке крови имеет связь с агрессивностью рака простаты. Это исследование показало, что ГСПГ также имеет отношение к высоким показателям по шкале Глисона. Рак, развившийся в такой гормональной среде, может быть обусловлен другими ;molecular pathways! и представляет собой новое поле для исследования». ■

*Материал подготовлен  
Ю.Г. Болдыревой*

## Прием статинов снижает смертность при РПЖ — показывает исследование

*Наиболее обширное на сегодня исследование с участием более 30 тыс. пациентов из Датского онкологического реестра поддерживает предпосылку о том, что применение статинов снижает уровень смертности при раке предстательной железы (РПЖ). Новость озвучена на заседании 31-го Ежегодного конгресса Европейской ассоциации урологов (EAU), проходившего в Мюнхене 11–15 марта.*



**Н**азначение статинов широко распространено с целью снижения уровня холестерина, однако недавняя публикация показала, что они могут иметь эффект относительно смертности от рака простаты. До сих пор этот аспект был неясен из-за того, что исследователям не удавалось обойти «эффект здорового рабочего» — явление, когда, к примеру,

общий уровень здоровья среди людей, употребляющих статины, может быть изначально выше, чем в среднем по популяции. Уникальный проект исследования позволил предусмотреть множество факторов для исключения этой помехи и доказательства того, что статины действительно снижают уровень смертности.

Группа учёных из Дании получила доступ к Датскому онкологическому реестру, чтобы сравнить, как показатели смертности варьируют у пациентов с РПЖ, принимающих и не принимающих статины. Подробные данные реестра позволили исследователям связать между собой достоверную информацию об онкологических диагнозах, назначении препаратов (до и после постановки диагноза, включая сведения о продолжительности приёма), медицинской истории и социально-экономическим характеристиках пациентов. Всё

это позволило учесть потенциально отвлекающие факторы.

Исследователи выделили группу датских мужчин, страдавших раком простаты в период с 1997 по 2012 год. Удалось выяснить, что из 31790 мужчин с диагностированным РПЖ 6675 принимали статины в отрезке 3 лет, предшествовавших постановке диагноза, а 6780 — после прохождения диагностики. Как оказалось, у тех, кто принимал препараты, риск смерти от причин, не связанных с раком простаты, снизился до показателя 0.81 (95% Доверительный интервал 0,76-0,85) по сравнению с пациентами, не принимавшими статины (всего 11811 человек умерло от других причин). Кроме того, в группе со статинами смертность по причинам, связанным с РПЖ, снизилась до 0,83 (95% ДИ 0,77-0,89). Всего от рака простаты умерло 7365 пациентов. Ведущий автор исследования, доктор Зигне Бенсон из Датского онкологического общества в Копенгагене комментирует: «Ряд исследований продемонстрировал связь между употреблением статинов и снижением уровня смертности от рака простаты, но точное взаимоотношение продолжало вызывать сомнения. Благодаря уникальному реестру здравоохранения Дании, нам удалось изучить воздействие статинов до и после диагностирования РПЖ, а

также эффекты от типа и дозы назначенных препаратов. Это означает, что мы располагали, возможно, самыми обширными данными из всех, полученных до сих пор, в подтверждение того, что применение статинов ведёт к снижению числа смертельных исходов.

Мы выяснили, что пациенты, принимавшие статины, продемонстрировали снижение смертности на 19% от общих причин и на 17% — от причин, связанных с раком простаты. Это доказывает, что употребление статинов действительно влияет на уровень смертности при РПЖ».

Со своей стороны, профессор Берtrand Томбел, член Научного совета конгресса EAU, заявил: «Нам всё ещё необходимо дождаться результатов текущих исследований, но эта работа предоставляет дополнительные доказательства того, что приём статинов может являться дополнительным предписанием с целью снижения уровня смертности от РПЖ. С учётом их прекрасного профиля безопасности, доказанной эффективности при метаболическом синдроме и относительной недороговизны, статины представляют собой вариант, который определенно должен обсуждаться с нашими пациентами, страдающими от рака простаты». ■

*Материал подготовлен  
Ю.Г. Болдыревой*

## Секвенирование РНК - путь к новому высокоспецифичному методу диагностики рака простаты

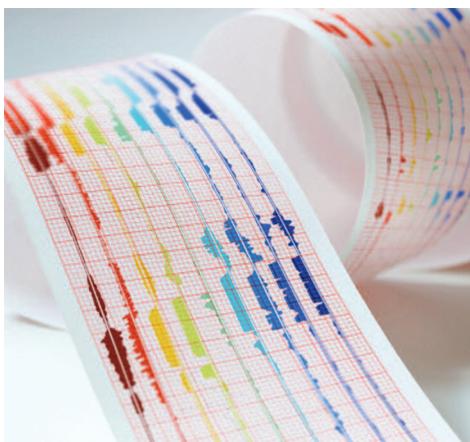
*Исследование некодированной РНК у пациентов с раком предстательной железы (РПЖ) выявило ряд новых маркеров рака простаты, которые могут быть обнаружены в моче. Совмещение этих РНК-маркеров в одном тесте способно открыть путь к простому неинвазивному методу диагностики РПЖ. Результаты работы обнародованы в ходе 31 Ежегодного конгресса Европейской ассоциации урологов, проходившего в Мюнхене с 11 по 15 марта.*

Существующие тесты, такие как анализ уровня ПСА (простатический специфический антиген) и ПСА-3, недостаточно точны, что приводит к большому количеству случаев пропущенной патологии и ложноположительных результатов. Диагностический метод с более высокой

специфичностью и точностью мог бы значительно упростить скрининговые процедуры и повысить достоверность их результатов.

Группа немецких исследователей под руководством профессора Фридмана Хорна (Лейпцигский университет, а также Институт иммунологии и клеточной терапии Фраунгофера) и профессора Манфреда Вирта (Дрезденский университет) провела систематический анализ для выявления новых маркеров, обладающих более высоким уровнем специфичности.

Прежде всего, группа сфокусировалась на некодированных РНК. Сами по себе РНК являются частью механизма, регулирующего синтез белков из генетического материала, но до недавнего времени большинство учёных предполагали, что заметная их часть (так на-





зываемые некодированные РНК) не имеет реальных функций и просто накапливается — существует понятие «мусорной» РНК. Однако сегодня достигнуто более глубокое понимание некодированных РНК со свидетельствами того, что они могут участвовать в регуляции ряда физиологических и патологических процессов, включая зарождение и развитие злокачественных новообразований. Таким образом, возможно их использование в качестве маркеров этих процессов.

Члены немецкой команды собрали 64 образца биопсии и прочитали 200 млн последовательностей РНК из каждого. Им удалось обнаружить более 2000 генов, имевших заметные различия в случаях с опухолью и контрольных образцах. Некоторые из них показали более высокую чувствительность и специфичность, чем принятые маркеры рака простаты. Одна из некодированных РНК, названная TAPIR (Tumour-Associated Proliferation-Inducing RNA) также продемонстрировала высокий потенциал в части противодействия росту раковых клеток, однако говорить о том, принесёт ли это клиническую пользу, преждевременно.

Эти же биомаркеры были обнаружены в моче пациентов, страдающих раком простаты. Первые измерения показали, что с их помощью возможно точное вы-

явление РПЖ. Основываясь на этих результатах, группа приступила к разработке теста на основе мочи для ранней диагностики заболевания с высокой точностью и специфичностью. Метод будет базироваться на комбинации нескольких биомаркеров, поскольку это позволяет достигнуть большей специфичности, чем использование одиночного маркера.

Профессор Вирт поясняет: «Мы на ранней стадии работы, но уже видим определенные результаты. Это новый подход к разработке диагностических тестов, исходящий из приложения методов фундаментальной науки к реальным клиническим проблемам. Поскольку наши первые результаты показали высокую специфичность тестов на РПЖ на основе мочи, есть хорошие шансы, что это приведёт к разработке нового, лучшего метода диагностики заболевания. Сейчас у нас есть целый ряд биомаркеров-кандидатов, однако мы стремимся к созданию комбинированного теста. Это позволит добиться заметно более высокой специфичности, чем у существующих методов. Наша работа с РНК делает возможным создание совершенно новой методики диагностирования рака простаты». ■

*Материал подготовлен  
Ю.Г. Болдыревой*

## Бессимптомная микрогематурия

*Кто на самом деле нуждается в дальнейших обследованиях, и как они должны проводиться?*

Поиск причины бессимптомной микрогематурии был настоящим вызовом для урологов на протяжении десятилетий. Так как бессимптомная микрогематурия считается основным из проявлений рака мочевого пузыря, урологическое обследование пациентов обычно включает в себя рентгенологическое обследование верхних отделов мочевыводящих путей, цистоскопию, анализы на цитологию мочи. Эти исследования достаточно дорогостоящи и, кроме того, могут причинить пациентам дискомфорт и беспокойство. Что касается цистоскопии, этот метод обследования является инвазивным и может привести к таким побочным эффектам как развитие инфекции, макрогематурии, раздражению уретры и мочевого пузыря.

Чтобы не допустить гипердиагностики, было разработано множество руководств по разделению и обследованию пациентов согласно степени индивидуального риска. Эти руководства исключают пациентов, микрогематурия которых вызвана менее серьезными причинами, такими как инфекции мочеполовых путей, менструация, чрезмерная

физическая нагрузка, недавние урологические процедуры и т.д. Затем исключаются случаи потенциальных нефрологических заболеваний. И, наконец, финальная стадия – стратификация пациентов с предполагаемыми урологическими причинами микрогематурии.

Большинство руководств построены на основе дихотомического алгоритма, своей конечной целью видят исключительно точную диагностику онкологического заболевания мочевыводящих путей. Факторы риска, которые описывают подобные руководства, сильно разнятся, равно как и мнение относительно того, можно ли вообще считать микрогематурию предвестником рака. Однако, независимо от этого, обследование пациентов с микрогематурией остается актуальным в диагностике доброкачественных образований, требующих терапевтического лечения, таких как гиперплазия предстательной железы, кисты почек, интерстициальный цистит и прочие.

Для облегчения и повышения эффективности стратификации пациентов была разработана специальная номограмма, рассчитывающая индивидуальную предрасположенность к онкозаболеваниям



на основе персональных факторов риска. Применение этой номограммы помогло освободить от дальнейших обследований до 75% пациентов.

Кто же нуждается в дальнейших обследованиях, а кто – нет? Отвечая на этот вопрос, необходимо учесть следующее: риск развития рака мочевого пузыря у пациентов с микрогематурией, прошедших урологическое обследование и получивших отрицательный результат, даже в случае длительного наблюдения, составляет меньше 1%. Дополнительные урологические обследования при отсутствии новых симптомов, в таком случае, излишни. Пациенты с устойчивой микрогематурией, находящиеся в зоне риска онкозаболеваний (возраст старше 50 лет, длительный стаж курения, постоянный контакт с канцерогенами) только выигрывают от регулярных обследований, так как в некоторых случаях микрогематурия может опережать диагноз рака на семь лет.

С целью диагностики рака мочевыводящих путей в настоящее время активно используются молекулярные маркеры, прошедшие проверку управления по контролю за продуктами и лекарствами FDA: NMP22, BTA, FISH-тест и некоторые другие. Мнения насчёт их эффективности разнятся, однако, растущая доказательная база всё же говорит о том, что маркеры в качестве неинвазивного анализа

мочи помогают не только в диагностике наличия онкологических заболеваний, но и сокращении количества лишних цистоскопий, тем самым, являясь далеко не лишними в инструментарии современных медицинских лабораторий.

Из наиболее сильных прогностических факторов, согласно последним исследованиям, можно назвать позитивную иммуноцитологию, благодаря которой точность диагностики рака мочевого пузыря достигла от 84% до 90,8%. В исследуемую группу были включены также пациенты с макрогематурией, были учтены и данные предыдущих исследований, в результате был сделан вывод о том, что иммуноцитология имеет большой потенциал в обследовании пациентов с микрогематурией.

Сочетание алгоритма, применяемого в ныне существующих руководствах, и анализа индивидуальной ситуации пациента предполагает вплоть до десяти шагов и ответвлений в принятии решения. Эта система едва ли применима в каждодневной практике, ведь основной целью разработки руководств было создание простой и действенной процедуры диагностики. Поэтому наиболее благоприятным будет постепенное замещение существующего формата номограммами и таблицами факторов риска. ■

*Материал подготовлен*

*К. Лысенко*

## Болезнь Пейрони: Консервативное лечение

*Болезнь Пейрони – хроническое заболевание, характеризующееся формированием волокнистых неэластичных рубцов на белочной оболочке пещеристых тел полового члена, приводящих к его травме и различным деформациям, включая искривление, укорочение, сужение и дефект оси. В большинстве случаев это заболевание связано с различной степенью эректильной дисфункции (ЭД). Помимо физических симптомов, заболевание оказывает психологическое воздействие, приводя к клинической депрессии и снижая самооценку.*

**Х**ирургическое лечение является классическим решением исправления пенильной деформации, вызванной болезнью Пейрони. Однако, существуют и консервативные методы лечения, среди которых витамин Е, парааминобензонат калия (Потаба), тамоксифен, колхицин, карнитин, пентоксифиллин, а также внутриочаговое введение таких препаратов как интерферон, коллагеназа и верапамил. С недавних пор, в терапии применяется электростимуляция, ионофорез, лучевая терапия и прочие методы.

Препарат коллагеназа Clostridium Histolyticum (СНН) был впервые представлен 20 лет назад как средство для борьбы с болезнью Дюпюитрена, но оказался эффективным и в лечении болезни Пейрони. В 2010 году Управление по контролю за продуктами питания и

лекарственными средствами США дало разрешение на продажу этого препарата под торговым названием Xiaflex в качестве нехирургического средства лечения взрослых пациентов. Xiaflex стал первым препаратом для лечения мужчин с клинически и пальпаторно выраженными бляшками рубцовой ткани в пенисе и искривлением полового органа во время эрекции на 30° и более градусов.

Курс лечения болезни Пейрони состоит из четырех курсов. В каждом курсе – две процедуры инъекции препарата Xiaflex и одна процедура моделирования формы полового члена, выполняемая специалистом.

В 2012 и 2014 годах команда исследователей под руководством профессора Х. Гелбарта провела серию плацебо-контролируемых многоцентровых испыта-



ний с целью определить безопасность и эффективность препарата ССН. Также степень эффективности и безопасности препарата была оценена с точки зрения наличия побочных эффектов. Было выявлено значительное уменьшение степени искривления полового члена у испытуемых, применявших препарат, в то время как существенных изменений индекса МИЭФ выявлено не было. Побочные явления по большей части были умеренными. Серьёзных побочных эффектов, требующих дополнительного лечения, выявлено не было.

В качестве других методов нехирургического лечения болезни Пейрони применяют тракционную терапию (ТТ), основанную на принципах механотрансдукции. Данные исследований свидетельствуют о безопасности и эффективности данного метода.

Тот факт, что препарат ССН был одобрен FDA, означает возобновление интереса к консервативному лечению болезни Пейрони. Ключевым преимуществом использования малоинвазивных средств лечения является явное улучшение симптомов заболевания, в том числе, психологических, а также низкая степень травмирования организма по сравнению с хирургическими методами. Согласно рекомендациям Европейской Ассоциации Урологов, консервативное лечение должно быть рекомен-

довано пациентам с ранней стадией заболевания, при наличии симптомов, в случае, когда бляшки ещё не слишком волокнистые, не кальцинированы. Не вызывает сомнений, что реакция тканей на коллагеназу положительна именно на ранних стадиях. Этот эффект может быть усилен механотрансдукцией, в том числе, процедурами восстановления формы полового члена. То же можно сказать и о тракционной терапии (ТТ) болезни Пейрони, которая особенно эффективна в начальной фазе заболевания. Принимая во внимание эти результаты, можно предположить, что будущее нехирургического лечения болезни Пейрони в комплексной или последовательной терапии, включающей в себя и препарат ССН, и ТТ.

Клинические исследования показали, что препарат коллагеназы *Clostridium Histolyticum* достаточно эффективен и безопасен при правильном применении, но отдаленные последствия лечения нуждаются в дальнейшем исследовании. Однако, когда стоимость препарата станет более доступной, а отдаленные последствия более ясными, коллагеназа *Clostridium Histolyticum* может полностью изменить существующие методы лечения. ■

*Материал подготовлен*

*К. Лысенко*



## Роботассистированные операции у детей

*В настоящее время применение роботизированных технологий становится всё более распространенным в мировой медицине. Как следствие, их всё чаще используют в педиатрии. Разрабатываются новые направления практического применения. Например, в реабилитации пациентов с неполным или приобретенным параличом нижних конечностей используются роботизированные системы для возобновления хождения – экзоскелеты, а в нейрохирургии – стереотактические системы нейронавигации.*

Одним из последних нововведений в работе детских хирургов стало внедрение роботизированных технологий малоинвазивной хирургии. Хирургический робот Да Винчи способен выводить на экран трёхмерное изображение и оснащен подвижными манипуляторами. Хирург управляет системой с помощью консоли, которая предоставляет стереоскопическое изображение оперируемого участка тела пациента.

Первая серия роботизированных систем для хирургии с целью применения в педиатрии, была представлена в 2001 году. С тех пор роботизированная хирургия у детей распространилась на множество специальностей, включая урологию, общую хирургию, отоларингологию и ортопедическую хирургию. Роботизированная система Да Винчи в существующей форме не подходит для маленьких пациентов, но имеет потенциал разви-

тия. Изначальные сомнения по поводу возможных рисков, связанных с неисправностями механизмов или нестабильности системы не оправдались.

В качестве довода «против», можно сказать, **что в тех процедурах, где лапароскопия уже зарекомендовала себя с наилучшей стороны в сравнении с открытым хирургическим вмешательством, роботизированные системы не смогут принести никакой дополнительной пользы пациенту.** Однако, некоторые манипуляции накладывают ограничения на скорость проведения операции. Применение роботизированных технологий было бы более эффективным.

На сегодняшний день существует широкий спектр заболеваний у детей, являющихся показанием для хирургии. Наиболее часто выполняющимися операциями являются пластика почечной лоханки и фундопликация. Вместе они



составляют около 46% всего объема процедур с использованием роботизированных технологий в педиатрии.

Роботизированные технологии также применяются в следующих областях:

- Детская брюшная хирургия. Фундопликация по Ниссену. Доказана эффективность роботизированных операций даже в случае пациентов с неврологическими расстройствами. Потенциал в гепатобилиарной хирургии, а именно при атрезии желчевыводящих путей

- Торакальная хирургия. По первым оценкам, система роботизированной торакальной хирургии хорошо проявила себя в удалении кисты средостения у детей весом более 20-ти килограмм.

- Трансоральная хирургия. Всё большее количество случаев применения в операциях на голове и шее, требующих минимального вмешательства.

- Роботизированная хирургия в детской урологии. Пластика почечной лоханки. Роботизированная пиелопластика позволяет сократить пребывание в больнице, связана с меньшей кровопотерей, уменьшает необходимость в анальгетиках в послеоперационном периоде.

- Реимплантация мочеточника. В связи со сложностью применения лапароскопических техник, роботизированная реплантация мочеточника может стать

хорошим решением как в случае внутрипузырного, так и в случае внепузырного подхода.

- Нефрэктомия.

- Комплексная реконструктивно-пластическая хирургия. Эффективность при аугментационной цистопластике и илеоцистопластике (стома Митрофанова).

Объемы операций в детской и общей хирургии отличаются от аналогичных во взрослой. Последний анализ стоимости применения роботизированной лапароскопии в Австралии показал, что для того, чтобы система здравоохранения не была убыточной, нужно проводить около 140 процедур в год.

Популярность применения роботизированной хирургии в педиатрии растёт, особенно в области урологии. Несколько роботов-прототипов, предназначенные исключительно для педиатрии, находятся в стадии разработки. Редкая инновация принимается мгновенно и повсеместно, на принятие новых технологий требуется время. Современные роботы относятся к первому поколению роботизированных систем, действующих по типу «ведущий-ведомый», но в будущем компьютерные и роботизированные технологии станут более совершенными и более подходящими для хирургического лечения детей. ■

*Материал подготовлен*

*К. Лысенко*

## Ультра-мини перкутанная нефролитотрипсия: устранение камней среднего размера из нижнего полюса почки

*В настоящее время по всему миру растёт число заболеваний мочекаменной болезнью. Популярность использования дистанционной ударно-волновой литотрипсии как метода избавления от камней в почках снижается, в то время как применение ретроградной интравенальной хирургии растёт. Камни среднего размера (10-20 мм) встречаются достаточно часто и допускают любые методы воздействия, включая перкутанную нефролитотрипсию.*



Опытные урологи знают, что выбор воздействия определяют не только размер камней, но ещё и их расположение, анатомические anomalies, особенности телосложения, сопутствующие заболевания, желание пациента и стоимость лечения. Каждый метод имеет преимущества и недостатки. Применение перкутанной нефролитотрипсии не лишено риска

возможных осложнений. Чаще всего, это связано с диаметром рабочего хода. Уменьшение хода до 4,7-9 мм показало уменьшение кровотечения, снижение потребности в анальгетиках, сокращение длительности пребывания в больнице, благодаря меньшей дилатации, а значит меньшему повреждению тканей, меньшей травматизации почечной паренхимы.



Инновационный метод ультра-мини перкутанной нефролитотрипсии заключается в использовании инструмента диаметром 1-1,7 мм, который, тем не менее, обеспечивает большую точность эндоскопического изображения. Ультра-мини ПНЛТ использует лазерное дробление и обеспечивает устранение фрагментов посредством специально разработанного проводника и инновационной промывной системы. Операция может быть проведена как в положении «на спине», так и в положении «на животе». Для пациентов, страдающих ожирением, могут быть использованы более длинные проводники.

Ретроградная интратенальная хирургия – замечательная техника, но недостаточно эффективная в случае труднодоступности камня. Например, в некоторых областях собирающей системы почки, доступ к которым осложнен даже гибкому уретроскопу.

Немаловажным является и вопрос стентирования. Большинство эндоурологов хорошо знакомы с жалобами пациентов на оставленные стенты, покрывающиеся налётом, ведущим к снижению качества жизни, неприятным ощущениями и дополнительным процедурам, призванным облегчить извлечение стента.

Большинству же пациентов, прошедших процедуру ультра-мини перкутан-

ной нефролитотрипсии, устанавливается специальный катетер, который извлекается в течение 12-24 часов после операции без какого-либо вреда для уретры.

Вопреки опасениям, применение техники ультра-мини перкутанной нефролитотрипсии не привело к усложнению и увеличению продолжительности операции, что, возможно, связано с хорошим качеством подаваемого на экран изображения.

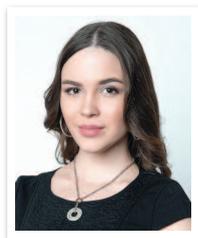
Среди других отличительных характеристик – высокий уровень эффективности в удалении камней, отсутствие необходимости в переливании крови, отсутствие сколько-нибудь значительного изменения уровня гемоглобина или сывороточного креатинина, сокращение расходов на проведение операции и последующего лечения.

Конечно же, ультра-мини перкутанная нефролитотрипсия не заменит традиционные техники, но может отлично их дополнить. Разумеется, нужны более масштабные исследования для изучения сильных и слабых сторон нового метода, но уже сейчас можно предположить, что ультра-мини перкутанная нефролитотрипсия уже стала достойным пополнением в арсенале современного эндоуролога. ■

*Материал подготовлен*

*К. Лысенко*

# Низкодозная брахитерапия: комфорт и сохранение качества жизни пациентов



Мария Перова  
Член Ассоциации  
медицинских журналистов

Интервью с К.В. Майоровым, генеральным директором  
ООО «Бебиг»



*Кирилл Владимирович, насколько активно в последние годы происходит развитие брахитерапии? На каком уровне в настоящее время находится производство микроисточников, применяемых в низкодозной брахитерапии? Как изменилась динамика за последние 5 лет?*

**К.В. Майоров:** Для начала нужно сказать, что брахитерапия является малоинвазивной технологией, которая планомерно и уверенно развивается. Первые попытки имплантировать микроисточники относятся к 1901 г., однако в современном виде брахитерапия существует с 1985 г. С тех пор на протяжении всего времени наблюдается рост как локальных рынков, так и мирового. Недавно мы изучали маркетинговые

исследования, в которых говорится о том, что к 2030 г. общемировой рынок брахитерапии вырастет на 8%. Мы надеемся, что подобные позитивные изменения произойдут и на российском рынке.

**Какие бы Вы могли отметить сложности в организации производства микроисточников на территории Российской Федерации, и чем они обусловлены?**

**К.В. Майоров:** Когда мы начали производство, были кадровые сложности: во-первых, с сервисно-инженерными службами из-за отсутствия квалифицированных специалистов, обученных обслуживать такой вид роботизированной техники, во-вторых, на медицинском рынке не было медицинских специалистов, умеющих имплантировать микроисточники. В связи с этим наблюдалась не такая яркая динамика развития, как нам бы хотелось.

**Какие именно микроисточники производит Ваша компания? И используются ли в настоящее время микроисточники иностранного производства?**

**К.В. Майоров:** Мы стали первой компанией, организовавшей импорт

микроисточников в Россию, и стояли в начале зарождения рынка брахитерапии в России. Изначально завозились микроисточники немецкой компании Eckert & Ziegler, которая впоследствии организовала совместную с ОАО «Роснано» проектную компанию, задачей которой была организация локального производства на российском рынке, и, соответственно, полное удовлетворение российской потребности в микроисточниках. Впоследствии «Роснано» вышло из проекта, и сейчас мы являемся частной компанией, не связанной с государственными структурами.

**Проводили ли вы исследования на предмет определения количества микроисточников, производимых вашей компанией, в настоящее время используется в российских больницах? И какое количество урологических больных проходят на их основе лечение брахитерапией от РПЖ?**

**К.В. Майоров:** Во-первых, необходимо сказать, что лечение методом брахитерапии с использованием микроисточников имеет свои ограничения. Мы сразу говорим о то, что она подходит не всем пациентам. Есть официальные клинические рекомендации Минздрава РФ и ведущих онкологов страны по использованию микроисточников, ■

согласно которым низкодозная брахитерапия подходит пациентам со стадией рака предстательной железы (РПЖ) T1-T2. Также есть набор определенных дополнительных параметров, которые выясняются в ходе обследования пациента, проводимых в больнице. Такое лечение рекомендовано людям старшей возрастной группы. Имеются различные мнения о том, когда лучше применять низкодозную брахитерапию, но, пожалуй, возраст 40 лет и старше является оптимальным. На данный момент в России производится порядка 1 тыс. операций в год, т.е. можно сказать, что уже более 7 тысяч пациентов получили такое лечение. В настоящее время они здоровы, так что мы имеем великолепные показатели по результатам имплантации. Эта методика является очень популярной как в России, так и во всем мире.

Также я хотел бы сделать акцент на главном преимуществе низкодозной брахитерапии, заключающемся в комфорте и сохранении качества жизни у пациента. Приходя на операцию, человек тратит 2 дня, в ходе которых без полостной операции, без кровопотери и с большой вероятностью последующего сохранения эректильной функции ему выполняется операция. Через 2 дня начинается собственно процесс лечения: радиация воздействует примерно на

протяжении 3-4 месяцев, в связи с чем микроисточники перманентно находятся в теле человека. На наш взгляд, это максимально комфортная операция, и мужчина, выбирая между полостной операцией, лучевой терапией, требующей нахождения в стационаре в течение месяца, предпочтет лечение низкодозной брахитерапией.

***Мы заговорили о положительных сторонах брахитерапии, а имеются ли несовершенства данного метода лечения? Возможно ли преодолеть какие-то из них на этапе производства микроисточников?***

**К.В. Майоров:** Как говорилось ранее, основное несовершенство данной низкодозной брахитерапии – её «узкозаточенность», поскольку она рекомендована не всем. Кроме того, до определенного времени в РФ была низкая выявляемость рака, но сейчас я могу констатировать, что Минздрав и руководство страны сделали огромный шаг в развитии скринингов и ранней выявляемости онкологии у пациентов. Что касается производства, сейчас мы делаем современный продукт, соответствующий всем мировым практикам. Он применяется не только в России, но и в Америке, в странах Евросоюза. В данном случае развитие технологий

*Приходя на операцию, человек тратит 2 дня, в ходе которых без полостной операции, без кровопотери и с большой вероятностью последующего сохранения эректильной функции ему выполняется операция. Через 2 дня начинается собственно процесс лечения: радиация воздействует примерно на протяжении 3-4 месяцев, в связи с чем микроисточники перманентно находятся в теле человека.*

идет в контексте повышения скорости проведения операций, улучшения планирующих систем, улучшения точности и комфорта работы врача. Пожалуй, это – основное направление развития брахитерапии.

*Насколько мы знаем, ваша компания организует и обучение специалистов. Расскажите, пожалуйста, подробнее об этом.*

**К.В. Майоров:** Изначально, когда мы столкнулись с проблемой, что в России немногие онкологи слышали о таком методе лечения, мы начали организовывать тренинги при поддержке разнообразных ассоциаций и Минздрава РФ. Также мы организовывали выезды наших врачей, начавших работать по этой методике, в признанные мировые центры брахитерапии – в частности, в Германию. В настоящее время мы продолжаем такую практику. В рамках данного обучения врачи знакомятся со

специалистами, сделавшими более 10 тыс. операций брахитерапии, что позволяет им обмениваться опытом и перенимать новые веяния.

*Существует ли региональная распределенность по частоте использования ваших микроисточников в брахитерапии – возможно ли выделить лидирующие регионы в России?*

**К.В. Майоров:** В целом, брахитерапия развита во всех регионах России. Бесспорно, важную роль в этом играет финансирование. Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП), которая финансируется Минздравом, есть, но ее недостаточно. Тем не менее, следует отдать должное Минздраву РФ, поскольку не было бы ВМП – не было бы, в принципе, таких предприятий, как наше, которое организывает в России производство и продажу микроисточников, и наши граждане могли бы и не получить доступ к данной ■

технологии ввиду её «недешевизны» на мировом рынке.

*Что касается ваших планов на будущее, планируется ли расширение производства на территории Российской Федерации и, быть может, международное сотрудничество?*

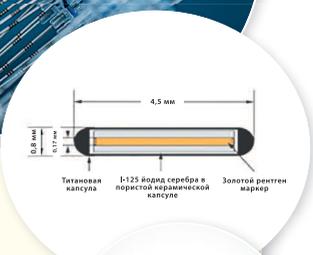
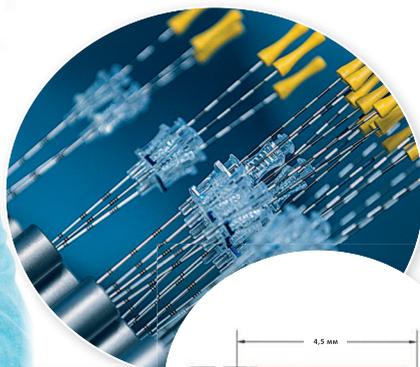
**К.В. Майоров:** Производственная мощность нашего завода довольно велика: российский рынок потребит от 25 до 35% мощности нашего оборудования. В связи с этим, а также в связи с нашим желанием загрузить эту производственную линию, т.е. обеспечить эффект масштаба и сокращение затрат, мы планируем развивать экспорт. У нас есть определенные успехи: мы вышли на рынок Казахстана, где уже успешно проводятся эти операции. Я бы хотел отдельно отметить, что для своих граждан Казахстан внес брахитерапию в перечень бесплатных медицинских услуг. Также мы представлены в Армении. У нас имеется и определенная политика, связанная с экспансией в страны Ближнего Зарубежья. Также мы имеем конкретные договоренности с Кореей, Вьетнамом, Индией, Китаем. Сейчас планируется ряд командировок и заключение бизнес-соглашений по реализации нашей методики и наших микроисточников российского про-

изводства на территории этих стран.

*В заключение, каковы, на Ваш взгляд, тенденции производства микроисточников в России? Какой бы Вы дали прогноз на ближайшие 5 лет?*

**К.В. Майоров:** Есть мировая практика, в которой основным конкурентом является лучевая терапия, т.е. линейные ускорители, которые позволяют облучать опухоль. Мы не говорим, что это панацея, однако, на наш взгляд, это наиболее комфортное лечение для узконаправленного диапазона рекомендаций. В принципе, мы видим, что развитие будет идти по пути удешевления продукта, повышения его качества и точности, которая позволит оказывать наименьший вред другим органам при имплантации. Возможно, будут развиваться системы более качественного планирования, хотя и сейчас их уровень развития очень высок. Существуют планирующие программы, которые могут при максимальном совмещении параметров МРТ и УЗ осуществлять планирование и размещение микроисточников. Всё это позволяет оказать максимальное воздействие на опухоль и минимальное – на здоровые ткани организма пациента.

*Спасибо за интервью!*



# БРАХИТЕРАПИЯ

СОВРЕМЕННО И ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНО  
МАЛОИНВАЗИВНО И ЭФФЕКТИВНО

**Б**РАХИТЕРАПИЯ рака предстательной железы – внутритканевая лучевая терапия – имплантация микроисточников радиоактивного излучения на основе I-125 непосредственно внутрь пораженного органа.

## БРАХИТЕРАПИЯ:

### ▶ ВЫСОКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

- реальная альтернатива хирургическому вмешательству или наружному облучению
- возможность достижения оптимальной дозы излучения
- отсутствие поражения прилегающих органов и тканей

### ▶ НИЗКАЯ ТРАВМАТИЧНОСТЬ

- минимальная кровопотеря
- быстрое восстановление
- минимальный процент пациентов с недержанием мочи и ректальными осложнениями
- высокая степень сохранения потенции

### ▶ ПРИЕМЛЕМОСТЬ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

- лечение пожилых пациентов
- лечение пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями
- сохранение высокого уровня качества жизни пациента

### ▶ УДОБСТВО

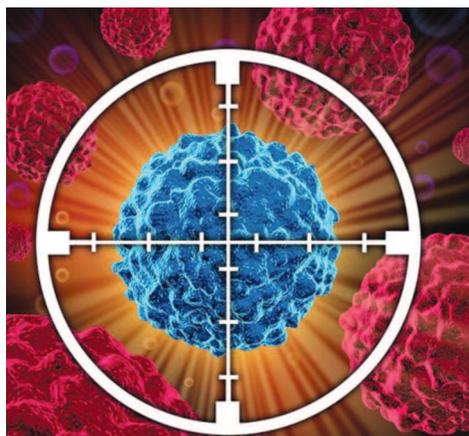
- госпитализация – 1 сутки
- период реабилитации – 3-4 дня

## «БЕБИГ» – ВАШ НАДЕЖНЫЙ ПОСТАВЩИК

- ➔ Поставляем все необходимое оборудование, программное обеспечение, микроисточники I-125 и расходные материалы для проведения брахитерапии.
- ➔ Берем на себя обучение ваших специалистов как у отечественных, так и зарубежных экспертов.

# Таргетная терапия почечно-клеточного рака почки: опыт онкоурологов Санкт-Петербурга

*Доклад на крайне важную тему — о таргетной терапии почечно-клеточного рака — представила на 923 заседании урологического общества имени Фёдорова группа сотрудников Санкт-Петербургского городского клинического онкологического диспансера (СПбГКОД). Авторы работы – Д.В. Семёнов, П.С. Борисов, П.А. Карлов и С.В. Кострицкий – представили как статистические данные по теме, так и результаты собственных клинических наблюдений.*



**П**очечно-клеточный рак (ПКР) на сегодня занимает третье место по заболеваемости среди злокачественных образований мочеполовой системы. Ежегодно в Европе выявляется порядка 40 тыс. случаев этого заболевания, которые приводят к 20 тыс. ожидаемых смертей. В России по состоянию на 2008 год было зарегистрировано

17563 случаев ПКР, причём по темпам прироста онкологической заболеваемости в России этот вид рака устойчиво занимает второе место после рака предстательной железы.

При этом пятилетняя выживаемость при метастатическом поражении составляет лишь 9%. Однако на III стадии заболевания, при местно-распространённом процессе, она составляет 63%, а на ранних стадиях — 95%. К сожалению, по данным, зарубежных исследований, 25–30% людей с раком почки обращаются за помощью уже при наличии метастазов. Общая продолжительность жизни пациентов после выявления метастазов составляет в среднем 12 месяцев.

В настоящее время при ПКР применяется широкий способ терапевтических методов. Хирургическое лечение

часто применяется в сочетании с адъювантной терапией, что даёт преимущество в выживаемости по сравнению с одной операцией. При этом важно удаление одиночных и единичных метастазов. Лучевая терапия применяется только при метастазировании в головной мозг и кости. При метастазах в лёгких может применяться иммунотерапия, в целом же её эффективность ограничена, в среднем продолжительность жизни увеличивается на 3,8 месяцев. Химиотерапия в случае с раком почки показывает свою неэффективность: ответ составляет 0–6%. Ответ 0–5% также даёт гормонотерапия с назначением тамоксифена.

Особый интерес исследователей привлекает к себе сегодня таргетная терапия. Среди её преимуществ — высокий уровень безопасности применения, адекватная переносимость, хороший эффект монотерапии и более выраженный — при комбинированной. Тем не менее, в процессе применения развивается резистентность: необходимо расширение арсенала таргетных препаратов. Кроме того, необходимо дополнительное рассмотрение перспектив адъювантной терапии.

На сегодня существует ряд таргетных препаратов, одобренных для лечения почечно-клеточного рака. На первой линии терапии светлоклеточного

ПКР при благоприятном и промежуточном прогнозе назначаются бевацизумаб (+интерферон), сунитиниб, пазопаниб, а также ИЛ-2 в высоких дозах. При неблагоприятном — темсиролиус. На второй линии, если при предшествующем лечении применялись цитокины, ингибиторы тирозинкиназы, бевацизумаб, VEGFR и mTOR, назначаются сорафениб или сунитиниб, пазопаниб, а также эверолимус и другие ингибиторы тирозинкиназы.

В целом же на выбор терапии влияет целый ряд факторов. Первый из них — гистологический тип заболевания: светлоклеточный рак или нет (учитывается присутствие светлоклеточного компонента), саркоматоидный рак — все виды, разумеется, требуют различного подхода к терапии. Далее рассматривается предшествующий опыт лечения: количество линий терапии и режим, ответ на предшествующую терапию и степень её токсичности. Кроме того, большое значение имеет прогноз: различного подхода требуют пациенты из благоприятной, промежуточной и плохой прогностических групп, причём необходимо учитывать также эффект предыдущей терапии.

На сегодня в СПбГКОД таргетную терапию рака почки получили 105 больных, включая текущие случаи. Средний их возраст составляет 59,1 лет ■

(пациенты от 26 лет до 81 года). Мужчины составляют 67,6% от общего числа (71 человек), женщины — 32,4% (34). Поражения левой почки зафиксированы у 48,6% больных (51 человек), правой — у 51,4% (54).

В основном больные, которые первым этапом получали хирургическое лечение по поводу первичного очага, имели опухоли более 7 см в диаметре, светлоклеточный рак. Метастазы сконцентрированы, прежде всего, в лёгких, печени и костях. В качестве первичного лечения большинство пациентов получали нефрэктомия отдельно или с забрюшинной лимфаденэктомией.

Среди назначенных препаратов таргетной терапии наибольшую долю имеет нексавар (33,3% пациентов), следующим идёт сутент (23,4%), ещё 13,3% больных назначена комбинация авастина и IFN-альфа, 10,5% получили афинитор, 9,5% — акситиниб, 5,7 — вотриент, и только один человек — 0,9% — торизел. В основном таргетные препараты назначались пациентам в первой и второй линии терапии.

Медиана времени до прогрессирования у пациентов, которые получали таргетную терапию в первой линии, составила 9 месяцев при назначении акситиниба (максимальный показатель) и 6 месяцев в случае с применением авастина + интерферон. В остальных слу-

чаях показатели ниже. В медиане общей выживаемости лидируют два препарата: сорафениб и авастин.

У больных, получавших таргетную терапию во второй линии, в медиане времени до прогрессирования сорафениб показывает 15 месяцев, акситиниб и сунитиниб — 9. В медиане общей выживаемости лучшие, примерно одинаковые результаты у акситиниба и сорафениба.

В третьей линии, у достаточно тяжёлых пациентов, в медиане до прогрессирования лучше всего себя показали пазопаниб, эверолимус и сунитиниб. Общая выживаемость больных при применении третьей линии таргетной терапии в среднем превысила 60 месяцев.

Медиана времени до прогрессирования в четвёртой линии, как правило, очень мала, но в ней лучше всего себя показали сорафениб и эверолимус.

Как отметил Д.В. Семёнов, представлявший собранные данные, клинический опыт СПбГКОД позволяет сделать вывод о том, что в ряде случаев таргетная терапия рака почки позволяет добиваться полного подавления единичных очагов, а также, в комбинации с хирургическим лечением, заметно повышать комплексную эффективность. ■

*Материал подготовлен  
Ю.Г. Болдыревой*

Три с половиной миллиарда лет природа трудилась над созданием своего лучшего творения – живой клетки. В живом организме все процессы отлажены до максимально возможного совершенства. И современная наука, понимая эти принципы и используя свои знания, должна внедрять лучшее в медицинскую практику.

Фармацевтическая компания **«SH PHARMA»** уверена, что лучший способ лечения – это поддержка естественных механизмов восстановления и активация внутренних ресурсов организма. Исходя из этого, компания **«SH PHARMA»** создает препараты, на основе компонентов с доказанной эффективностью и многовековой историей применения, используя передовые современные биомедицинские технологии.

**Синтез традиций и науки позволяет «SH PHARMA» добиваться поистине выдающихся результатов, помогая каждому человеку получить его собственный ИСТОЧНИК ИСЦЕЛЕНИЯ.**



**SH PHARMA**  
source of healing

## Жизнь онкоурологической службы Краснодарского края



**И.Б. Сосновский**  
д.м.н., зав. отделением  
онкоурологии  
КККОД  
г. Краснодар

*Практически в каждом из субъектов федерации РФ имеется онкологическая служба. Онкоурологическая помощь, кроме специализированных больниц и диспансеров, оказывается также в обычных стационарах, где имеются для этого технические и кадровые возможности. Краснодарскому краю в этом отношении повезло – огромный поток пациентов с онкологическими заболеваниями распределяется по трем учреждениям – Краевой клинической больницы №1 им. проф. Очаповского, Краевой больнице №2 и Краснодарском краевом клиническом онкологическом диспансере. Об успехах урологов под руководством проф. В.Л. Медведева (ККБ№1) мы рассказывали в прошлом выпуске Дайджеста урологии. Сейчас мы обсудили опыт работы отделения онкоурологии КККОД г. Краснодара вместе с заведующим этого отделения д.м.н. Игорем Борисовичем Сосновским.*

***Игорь Борисович, в настоящее время наблюдается рост онкологических заболеваний. Как Вы считаете, можем ли мы говорить об увеличении онкологических заболеваний мочеполовых органов в РФ?***

**И.Б. Сосновский:** Неуклонный рост онкоурологической заболеваемости среди населения наблюдается сейчас не только у нас, но и во всем мире. В РФ заболеваемость злокачественными новообразованиями (ЗНО) мочевого пузыря в 2014 г.

по сравнению с 2004 г. выросла на 15,9% – с 8,7 до 10,0 на 100 тыс. населения («грубый» показатель), а среднегодовой темп прироста составил в этот период 1,5%. Заболеваемость злокачественными новообразованиями почки в этот период выросла на 41,0% – с 10,4 до 14,6 на 100 тыс. населения, со среднегодовым темпом прироста 3,4%. Заболеваемость ЗНО предстательной железы за 10 лет выросла на 145,8% – с 20,8 до 47,5 на 100 тыс. населения. Так что, Вы видите, что рост действительно имеется.

**Сколько всего онкобольных в РФ? Есть ли такие данные?**

**И.Б. Сосновский:** По нашим данным на конец 2015 г. на учете в онкологических учреждениях в России состояли 3,29 млн. больных. Риск развития злокачественного новообразования в возрасте 0-59 лет в 2015 г. в России составил 8,8%, в возрасте 0-69 лет 19,0% (21,3% для мужчин и 17,7% для женщин).

**Какова статистика онкоурологических заболеваний в Краснодарском крае?**

**И.Б. Сосновский:** В Краснодарском крае в последние 5 лет (2011-2015 гг.) отмечается неуклонный рост численности заболевших и показателей заболеваемости раком предстательной железы. В 2015 г. было впервые выявлено 1443 случая рака предстательной железы. В структуре всех ЗНО в Краснодарском крае в 2015г. РПЖ составил 6,5%. В структуре онкозаболеваемости среди мужчин – 13,9%.

Такая же ситуация с злокачественными заболеваниями почки. В структуре всех ЗНО в Краснодарском крае в 2015г. онкопатология почки составила 3,4%, у мужчин РП встречается чаще, чем у женщин – 4,2% и 2,7% соответственно.

В крае наблюдается значительный прирост ЗНО мочевого пузыря. В 2015г. В Краснодарском крае онкопатология

мочевого пузыря составила 2,6% в структуре всех злокачественных заболеваний.

**С чем вы думаете связан рост – истинное увеличение числа больных, или улучшение диагностики, акцент на раннее выявление?**

**И.Б. Сосновский:** Скорее всего, имеют места оба факта. С одной стороны, рост связан с увеличением доли пожилого населения, с другой – более эффективным выявлением заболеваний путем внедрения новых методов диагностики. Нельзя упускать из виду недостаточную эффективность системы профилактики и предотвращения заболеваний.

Анализ данных, оценивающих эффективность работы онкологической службы, включает комплекс различных показателей. Прежде всего, оценивается уровень морфологической верификации, распределение больных по стадиям заболевания, оцениваются доли посмертно учтенных больных. Морфологическая верификация является основным критерием надежности и достоверности диагноза. В 2015г. этот показатель в Краснодарском крае составил 89,2%, что выше, чем в среднем по России (87,7%).

Следует отметить динамику к улучшению этого показателя на протяжении 5лет (в 2010 он составил по краю 88,0%). ■

Это является свидетельством улучшения качества специализированной помощи онкологическим больным. За последние 5 лет удельный вес морфологической верификации диагноза злокачественных новообразований, например почки, вырос на 13,9%.

**Много ли запущенных случаев рака? Ведется ли подсчет таких случаев?**

**И.Б. Сосновский:** Да, подсчет таких случаев ведется, для этого есть специальный показатель, он так и называется – показатель запущенности. Он является

одним из критериев оценки диагностического компонента помощи онкологическим больным в учреждения общей лечебной сети. Его уровень в течение 2010-2015гг. остается относительно низким (ниже среднероссийского показателя 2014г.-21,1%). Внедрение современных высокоинформативных методов диагностики, в том числе резонансной и компьютерной томографии, цифровой маммографии, малоинвазивных вмешательств, иммуногистохимических и иммуноферментных исследований, а также активно проводимые профилактические мероприятия в муниципальных учреж-



дениях Краснодарского края, позволили снизить число впервые выявленных онкозаболеваний в запущенных стадиях. По сравнению с 2010 г. показатели выявляемости онкобольных в запущенной стадии заболевания снизились на 7,6% и составили 19,4%.

**Какие предприняты организационные шаги в раннем выявлении онкоурологических заболеваний в Краснодарском крае?**

**И.Б. Сосновский:** Проблема раннего выявления онкозаболеваний решается в Краснодарском крае комплексно. Для реализации этой цели проводится ряд мероприятий: это и профилактические проекты: «Онкопатруль», «Дни здоровья», Дни открытых дверей. «Маммологический онкопатруль», кураторство районов с организационно-методической помощью, полноценная работа смотровых кабинетов, тиражирование информационных буклетов по ранней диагностике злокачественных новообразований для населения, публикации в печати и выступления специалистов на телевидении.

В рамках Губернаторской стратегии «Будьте здоровы» с марта 2011 года в Краснодарском крае реализуется профилактический проект «Онкопатруль», который направлен на профилактику

злокачественных новообразований, раннее выявление предопухолевых и онкологических заболеваний, снижение смертности от онкопатологии. В 2014г. Состоялось 12 выездных акций в муниципальные образования Краснодарского края. Всего осмотрено 38745 человек. Проведено 6710 ультразвуковых исследований. У 580 человек (1,5% от числа осмотренных) выявлены различные предраковые заболевания. Подозрения на злокачественные новообразования выявлены у 358 пациентов (0,9% от числа осмотренных). Пациенты в I-II стадиях опухолевого процесса составили 90,2% от всех выявленных онкобольных.

Всего за годы существования проекта «Онкопатруль» проконсультировано 166089 жителей Кубани, выявлено 2090 злокачественных опухолей и 3802 предраковых заболеваний.

При подозрении на наличие у пациента злокачественного образования, пациент направляется в онкологический диспансер, где в дальнейшем проводится обследование в объеме: УЗИ, компьютерной томографии, МРТ, цистоскопию, биопсию с гистоисследованием, т.е. полный спектр обследований необходимый для уточнения и установления диагноза. При обследовании в нашем диспансере в программу диспансеризации в Краснодарском крае включен скрининг ■

*«Кибер нож». Суть данного метода заключается в воздействии на пораженный участок организма потоком высокого излучения, который для них является смертельным. В то же время, здоровые клетки переносят излучение лучше опухоли. Главными преимуществами данного метода являются: удаление опухоли без хирургического вмешательства, удаление опухолей в труднодоступных местах, высокая точность, удаление опухолей без повреждения близлежащих тканей*

простато-специфического антигена (ПСА). Пациентам с высокими цифрами ПСА, на базе онкоурологического отделения Клинического онкологического диспансера №1 проводится полифокальная пункционная биопсия предстательной железы под УЗИ-контролем, что позволяет выявить значительное количество бессимптомных форм локализованного РПЖ на ранней стадии. Так же практически всем пациентам при обращении в онкодиспансер проводится УЗИ почек, мочевого пузыря, простаты. При выявлении злокачественного новообразования, пациенту проводится обследование, в ходе которого устанавливается распространенность процесса, стадия и всегда рассматривается несколько методов лечения. На догоспитальном уровне и в стационаре пациентам выполняется весь необходимый стандарт обследований с данной патологией.

***Изменился ли портрет пациента за последние 3-5 лет? (запущенные слу-***

***чай, нежелание лечиться, или наоборот) Стали ли пациенты более ответственны за свое здоровье? Изменился ли возраст пациентов?***

***И.Б. Сосновский:*** Общую тенденцию, имеющуюся не только в России, но и на Западе, можно охарактеризовать так: немного снизился процент умерших раковых больных, но возросло общее количество заболевших. Среди главных проблем – сложное положение с ранней диагностикой рака. Проблема ранней диагностики заключается также в нежелании граждан сразу обращаться к врачу, тем более – идти сразу к врачу-онкологу. Но многие люди не учитывают, что рак, это болезнь, которая не терпит промедления. На ранней стадии рак излечим, человеку можно вернуть здоровье при соответствующей терапии, но через несколько месяцев при быстротекущем развитии заболевания станет неоперабелен и лечение его окажется крайне затруднено.

Проблемой является также отказ вы-

явленных онкологических больных от проведения противоопухолевого лечения, в связи с неверием в возможное выздоровление. Эта проблема существует в целом по стране уже многие годы. Так в 2015 г. на территории Краснодарского края 1,7% от числа всех вновь выявленных и 2,1% от числа подлежащих специальному лечению пациентов, от проведения радикального противоопухолевого лечения отказались. В основном это люди пожилого и старческого возраста.

### ***Влияет ли такое поведение пациентов на общую статистику?***

**И.Б. Сосновский:** Несмотря на все усилия со стороны врачей, процент больных с 3-й и 4-й стадией онкологических заболеваний по-прежнему остается высоким. При анализе случаев запущенности, выявлены две основные причины: позднее обращение к врачу из-за отсутствия симптоматики и боязнь диагноза; неверие в возможное излечение. Немаловажную роль в развитии онкологических болезней играют вредные привычки, неправильное питание. В последнее время все чаще люди начинают вести правильный образ жизни, отказываются от курения, употребления алкоголя, занимаются различными видами спорта и чаще обращаются в медицин-

ские учреждения за специализированной помощью. Это очень радует и вселяет надежду на уменьшение трагических исходов.

### ***Сколько пациентов с онкоурологическими заболеваниями пролечились в ККОД №1г. Краснодара в 2015 году? Какова структура заболеваемости? Скольким из них потребовалась госпитализация? Есть ли очередь на госпитализацию?***

**И.Б. Сосновский:** На наше учреждение, которое является краевым, ложится вся основная нагрузка по приему и лечению онкологических пациентов. За 2015г. в онкоурологическом отделении ГБУЗ ККОД №1 пролечилось 3068 человек. При этом общее количество операций составило 3059. Выписано из отделения прооперированных онкологических пациентов – 2197 человек (71,24%), 782 пациента (25,47%) с установленными предонкологическими заболеваниями и 91 пациент (2,95%) без онкопатологии. Из общего числа больных с онкопатологией больные с 11 стадией заболевания составили 1764 человека (78,88%). С 111-й – 401 человек (18,34%), с 4-й – 32 человека (1,46%). Первичные онкологические пациенты составили 1103 человека (50,4%). При выявлении злокачественного новообразования мочевого пузыря ■

системы пациенту на догоспитальном этапе рекомендуется дообследование для определения тактики лечения и определения возможности оперативного лечения и определения сроков госпитализации. В результате мы добились снижения предоперационного койко-дня до 1,17, а среднее время нахождения в стационаре до 6-7 дней. Практически на следующий день после госпитализации пациент идет на операцию. Как таковой очереди на госпитализацию нет, госпитализация проходит максимум в течение 1,5 недель.



**Сколько врачей работает в Вашем отделении? Удастся ли уделить внимание всем пациентам? Нет ли дефицита кадров?**

**И.Б. Сосновский:** Отделение онкоурологии клинического онкологического диспансера г. Краснодара было создано в 1988 году. Размещалось оно на 30 койках. С 2006 года отделение было расширено до 50 коек и с января 2015 года – до 65 коек из-за постоянно увеличивающегося количества пациентов. Если в 2009 году было пролечено 1720 пациентов, то в 2015 году эта цифра составила 3068 пациентов.

У нас в отделении работает 7 врачей. Высшую категорию имеют 4 врача, 2 категорию – 3 человека. В отделении работает 1 кандидат медицинских наук и 1 доктор медицинских наук. Все врачи проходят обучение и повышение квалификации не только на центральных базах России, но и за рубежом. Учитывая достаточно большой и квалифицированный врачебный коллектив, недостатка медицинского внимания пациенты не испытывают. Все необходимое медицинские манипуляции осуществляются в полном объеме и назначенное время. Дефицита кадров в нашем отделении нет, причем как врачебного состава, так и среднего и младшего медицинского персонала. В отделении

создан благоприятный климат для работы и многие пациенты отмечают не только профессионализм как врачебного, так и среднего медицинского персонала, но и нормальное человеческое отношение. Все врачи, работающие в отделении, начинали свой врачебный путь с поликлиники клинического онкологического диспансера.

***Сколько и каких операций выполнено в Вашем отделении в 2015 году?***

**И.Б. Сосновский:** В нашем отделении проводятся все виды хирургических вмешательств на органах мочеполовой системы, самые современные методы диагностики при онкопатологии мочеполовых органов. Радикальные простатэктомии выполняются по поводу локального неметастатического рака простаты различными доступами: позадилоновые, промежностные, лапароскопические. С 2015 года в отделении была установлена роботическая система Da Vinci. Это на данный момент самое совершенное оборудование, применяемое в хирургии. С 2015 года по настоящее время выполнено более 80 радикальных роботических простатэктомий, 24 резекции почки, 4 нефрэктомии. При этом отмечается значительное снижение времени нахождения пациента в стационаре.

По поводу инвазивного рака мочевого пузыря выполняется радикальная цистпростатэктомия с формированием мочевого резервуара из кишечника с уретероанастомозами в различных модификациях. Вид деривации мочи определяется в зависимости от возраста пациента, распространенности процесса, наличия метастазов. В прошлом году было выполнено более 60 цистпростатэктомий.

Также в отделении проводится органосохраняющее лечение рака мочевого пузыря с последующей лучевой терапией, иммунотерапией или внутривезикулярной химиотерапией. В 2015 году было выполнено 728 трансуретральных резекций (из них 62 было выполнено с фотодинамической диагностикой), при том, что в 2009 году было выполнено 442 трансуретральные резекции.

Радикальные нефрэктомии при раке почки с выполнением адреналэктомии и лимфаденэктомии, а также резекции почки с опухолевым узлом выполняются различными доступами: люмболапаротомия, субкостальная лапаротомия, лапароскопия. Выбор доступа и объем операции зависит от стадии заболевания. Освоено выполнение экстра- и интракорпоральной резекции почки с опухолью с выполнением холодовой консервации. ■

За 2015 год было выполнено 285 нефрэктомий, из них 24 лапароскопических, а также 56 резекций почки, 34 из них лапароскопически. Внедрено в практику интраоперационное УЗИ-исследование (уточнение границ опухоли, глубины ее инвазии в паренхиме), использование лапароскопического аппарата УЗИ диагностики. За 2015 было 14 случаев билатерального поражения почек. Пациентам была выполнена или билатеральная резекция, или резекция и нефрэктомия. Кроме интраоперационного УЗИ, в отделении активно используется УЗИ для проведения мультифокальной биопсии предстательной железы при подозрении на рак предстательной железы. В 2009 году было выполнено всего 199, в 2015 году уже 975 мультифокальных биопсий простаты.

Выполняются все оперативные вмешательства на наружных половых органах мужчин при онкопатологии.

**Появились ли за последние годы новые методы диагностики и лечения онкоурологических заболеваний в ККОД№1? Как это отразилось на качестве медицинской помощи?**

**И.Б. Сосновский:** Как уже говорилось выше из самого новейшего оборудования в отделении внедрена и успешно работает роботическая система Da Vinci,

внедрена фотодинамическая диагностика для уточнения локализации рака мочевого пузыря, внедрено интраоперационное УЗИ, внедрение органосохраняющих операций при раке почки, раке мочевого пузыря. Мы считаем, что только качественная диагностика данных заболеваний на ранних стадиях, правильное лечение и дальнейшее наблюдение могут способствовать снижению смертности и улучшению качества жизни пациентов. Этого можно достигнуть при своевременном обращении пациентов в специализированные учреждения, активным участием в диагностическом процессе не только урологов и врачей хирургического профиля, но и других специалистов.

**Как осуществляется взаимодействие между онкоурологами, химиотерапевтами, радиологами, патоморфологами? Есть ли возможность выполнить интраоперационные гистологические исследования?**

**И.Б. Сосновский:** В нашем диспансере очень четко отработан механизм взаимодействия между онкоурологами, химиотерапевтами и радиологами. Во-первых, тактика лечения любого пациента решается только консилиумно. Ежедневно собирается консилиум в составе радиолога, химиотерапевта, онкоуро-

*Брахитерапия (по-другому интерстициальная лучевая терапия) – это вид радиотерапии, когда сам источник излучения вводится непосредственно внутрь пораженного органа. Преимущество брахитерапии состоит в возможности подвести максимальные дозы излучения непосредственно к самой опухоли при минимизации излучения на критические органы. Используется в лечении рака простаты, шейки матки, прямой кишки, языка и тд. Ее преимущества перед другими видами лучевой терапии состоит в том, что она оставляет меньше осложнений, период реабилитации после нее значительно короче.*

лога для определения тактики лечения каждого пациента. Во-вторых, всегда можно обратиться к соответствующему специалисту для консультации в плане согласования схемы лечения или согласовать с радиологом дозы и методики лучевой терапии в каждом конкретном случае. В диспансере, и в частности в нашем отделении, регулярно производятся экстренные («цитовые») гистологические исследования при резекции почки, при первичных трансуретральных резекциях опухоли мочевого пузыря.

**Есть ли сложности в работе и в чем они выражаются?**

**И.Б. Сосновский:** Сложности в работе встречаются, но это больше какие-то мелкие технические неполадки, которые довольно быстро решаются, благодаря хорошему финансированию и понимаю

со стороны руководства. В связи с тем, что наше отделение существует давно, мы довольно успешно сотрудничаем не только с районными урологами и онкологами, но также и с районными больницами. Также активно сотрудничаем и с центральными краевыми, и российскими клиниками.

**Бесплатно ли оказывается онкоурологическая помощь в ККОД №1? Есть ли платные услуги и в чем они выражаются?**

**И.Б. Сосновский:** Граждане Российской Федерации имеют право на бесплатную медицинскую помощь согласно части 1 ст. 41 Конституции Российской Федерации. Это право реализуется через «Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи». Одним из самых важных в системе ОМС является то, ■

что на всей территории РФ застрахованному гражданину при наступлении страхового случая, в объеме, установленном Базовой программой ОМС, должна быть оказана бесплатная медицинская помощь. Платные услуги оказываются пациентам иностранцам.

**Какие у Вас планы на будущее?**

**И.Б. Сосновский:** Современная медицина не стоит на месте. Постоянно появляются новейшие технологии в лечении онкологических больных. Применение современных технологий, значительно улучшает процесс излечения пациентов с онкопатологией. В ближайших планах на будущее у нас в отделении планируется изучение и применение таких современных высокотехнологичных методов лечения, как «Кибер нож» и брахитерапии.

**У Вас есть профессиональная мечта?**

**И.Б. Сосновский:** У любого человека есть мечта. Несмотря на то, что рак достаточно хорошо изучен, говорить о победе над ним пока не приходится. И сегодня рак является «чумой» XXI века. Опасна не сама болезнь, а ее последствия. А последствия зависят от стадии, на которой начато лечение. Поэтому моя профессиональная мечта, как и мечта большинства онкологов, заключается в раннем выявлении онкологической патологии, пониманию и доверию со стороны пациентов и их родственников, поддержке руководства и коллег, что позволило бы помочь большому числу наших пациентов.

**Спасибо за такое полное и подробное интервью! ■**





## Генетический анализ на основе ДНК-чипа: 500 000 полиморфизмов в 10 000 генов.



### Онкоурология:

- рак предстательной железы (агрессивность и раннее начало)
- осложнения после лучевой терапии



### Андрология:

- мужское бесплодие (причины и выбор лечения)
- преждевременная эякуляция
- гипогонадизм



### Общая урология:

- мочекаменная болезнь
- ДГПЖ



### Нефрология и трансплантация почки:

- диабетическая нефропатия
- почечная недостаточность
- отторжение почечного трансплантата
- IgA-нефропатия

А также урологическая фармакогенетика, эффективность применения БАД и многое другое!

Заказать тест вы сможете на сайте [Nethealth.ru/urogen](http://Nethealth.ru/urogen)

# Всероссийский курс дистанционного образования «Нейроурология и уродинамика»

Начало курса - декабрь 2015, окончание - декабрь 2016.

## Организаторы курса:

- МООУ «Интернет форум урологов»
- РОО «Общество специалистов нейроурологии и нарушений мочеиспускания»
- Санкт-Петербургское общество урологов
- Общество специалистов по нейроурологии и нарушению акта мочеиспускания

## Техническая поддержка:

1. Uroweb.ru
2. Uro.TV
3. Издательский дом «УроМедиа»



Целевая аудитория – урологи.

**Учебный план курса** состоит из 13 лекций, которые в свою очередь делятся на подтемы. Тема включает в себе конкретный теоретический вопрос, дополнительные материалы, практический навык и тестовую проверку уровня знаний.

**Цель КДО** – предоставить наиболее полную информацию для врачей различных специальностей по нейроурологии и уродинамике.

## Учебный план курса:

	Название лекции
1	Эмбриогенез, анатомия, физиология и нервная регуляция нижних мочевых путей.
2	Классификация дисфункций нижних мочевых путей и недержания мочи.
3	Методы обследования больных с нарушениями мочеиспускания.
4	Уродинамические методы исследования.
5	Нейрофизиологические исследования. Гиперактивность мочевого пузыря. Ургентное недержание мочи. Симптоматика, диагностика, лечение.
6	Стрессовое недержание мочи. Симптоматика, диагностика, лечение.
7	Нейрогенные дисфункции нижних мочевых путей. Классификация, патогенез.
8	Болезнь Паркинсона. Урологические аспекты.
9	Нарушения мочеиспускания у больных со спинальной травмой. Клиническое течение, диагностика, лечение. Сексуальные дисфункции у больных неврологического профиля.
10	Нарушения мочеиспускания у больных с периферической нейропатией. Диабетическая цистопатия.
11	Инфравезикальная обструкция. Патогенез, клиническое течение, диагностика и лечение.
12	Снижение сократительной способности детрузора. Патогенез, клиническое течение, диагностика и лечение.
13	Синдром хронических тазовых болей.

Российское общество по эндоурологии и новым технологиям (РОЭНТ)  
Российское общество урологов (РОУ) МБУЗ Клинико-диагностический центр  
«Здоровье» г.Ростова-на-Дону

# V Российский Конгресс по Эндоурологии и Новым Технологиям

## 8-10 сентября 2016 года



г. Ростов-на-Дону, Конгресс-центр «ВертолЭкспо»

*Уважаемый Коллега!*  
приглашаем Вас принять участие в  
**V Российском Конгрессе по Эндоурологии и Новым Технологиям,**

который состоится 8-10 сентября 2016 года в г. Ростове-на-Дону. В работе Конгресса примут участие представители медицинской элиты России и других государств, ведущие хирурги и специалисты в области диагностики и лечения заболеваний мочеполовой системы.

**Программа конгресса включает следующие тематические секции:**

- Диагностика
- Малоинвазивная онкоурология
- Фокальная терапия
- Эндоурология
- Лапароскопия
- Гибкая эндоскопия
- Лазеры в эндоурологии
- Роботическая хирургия

В рамках конгресса состоится выставка новейшего высокотехнологичного медицинского оборудования, многие образцы которого будут представлены в России впервые.

*Если Вы еще не были в Ростове-на-Дону, не упустите свой шанс! Мы приглашаем Вас!*

*С уважением,*

*Президент Российского общества по Эндоурологии и Новым Технологиям,  
профессор, д.м.н. Мартов Алексей Георгиевич*

*Президент конгресса по Эндоурологии и Новым Технологиям в г.Ростове-на-Дону  
профессор, д.м.н. Абян Игорь Артемович*

**Информация о мероприятии:**

[www.endourorus.org](http://www.endourorus.org), [www.center-zdorovie.ru](http://www.center-zdorovie.ru), [www.Uroweb.ru](http://www.Uroweb.ru)



ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России  
НИИ урологии и интервенционной радиологии  
им. Н.А. Лопаткина - филиал ФГБУ «НМИРЦ»  
Минздрава России



## III научно-практическая конференция «Мочекаменная болезнь: профилактика, лечение, метафилактика»

### Оргкомитет

Председатели конференции:

**О.И. Аполихин**

доктор медицинских наук, профессор, главный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью, директор НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина

**Каприн А.Д.**

член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава России, главный уролог АН РФ

### Уважаемые коллеги!

Мочекаменная болезнь (МКБ) – одно из самых распространенных урологических заболеваний на территории Российской Федерации с прогрессирующей тенденцией к росту.

История развития методов лечения МКБ претерпевает значительные изменения в последние 20 лет за счет внедрения технических достижений – дистанционной литотрипсии, высокотехнологичного эндоскопического оборудования. В рамках конференции пройдет демонстрация современных возможностей хирургического лечения МКБ и обсуждение показаний к каждому из представленных методов. Особое внимание будет уделено аспектам профилактики и метафилактики МКБ, которые долгое время незаслуженно оставались на втором плане лечения уролитиаза.

Рост заболеваемости мочекаменной болезнью требует усиления работы не только стационарного звена, но и амбулаторно-поликлинической службы, в области определения и устранения факторов риска развития, консервативного лечения и предупреждения рецидивирования мочекаменной болезни.

В современных экономических условиях пересмотрены некоторые аспекты ведения пациентов в пользу стационар-замещающих технологий. Стремительно развивающиеся мобильные технологии mHealth позволяют проводить удаленный мониторинг состояния здоровья пациентов не только с целью контроля и коррекции консервативной терапии, но и, что ценно, после оперативных вмешательств.

Мы надеемся, что представленная на конференции информация будет полезна и интересна не только научным сотрудникам и состоявшимся практических врачей, но и для молодых ординаторов, студентов старших курсов медицинских ВУЗов, что найдет свое отражение в отдельной секции молодых ученых.

*Традиционно будет проводиться трансляция хирургии и докладов на Uro.TV.*

**Приглашаем к участию!**

**8-9 декабря 2016 г.**

Москва, ул. 3-я Парковая, 51, стр. 4. – НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина,  
административный корпус, 1 этаж, конференц-зал.

**Участие бесплатное. Участникам будут выданы сертификаты**

### **Организаторы:**

- «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава России
- НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава России

### **Члены оргкомитета:**

- Сивков А.В.
- Константинова О.В.
- Казаченко А.В.
- Голованов С.А.
- Меринов Д.С.
- Шадёркин И.А.
- Просянников М.Ю.

### **Рабочая группа:**

- Войтко Д.А.
- Цой А.А.
- Галиев Н.А.
- Кастрикин Ю.В.

### **Требуется регистрация:**

- Регистрация на очное участие
- Регистрация на он-лайн трансляцию

### **Тематики программы:**

- Эпидемиология МКБ в России и мире.
- Факторы риска развития МКБ. Роль метаболического синдрома как фактора риска МКБ. Роль инфекции в развитии МКБ.
- Современные методы оценки риска развития МКБ
- Возможности диагностики литогенных нарушений
- Современные возможности оперативного лечения МКБ
- Алгоритмы консервативного ведения пациентов МКБ
- Принципы метафилактики МКБ
- Принципы персонализированной медицины в диагностике, профилактике и лечении МКБ
- Современные формы дистанционного мониторинга за больными МКБ, технологии mHealth
- Принципы профилактики МКБ – что нужно изменить в жизни?

### **Секция молодых ученых**

Доклады от молодых ученых принимаются на конкурсной основе до 01.08.2016 года.  
Продолжительность доклада 4 минуты. Планируется награждение отдельных докладчиков.

### **Контакты:**

**Просянников Михаил Юрьевич**

Телефон: +7(965)113-17-91

Е-mail: [prosyannikov@gmail.com](mailto:prosyannikov@gmail.com)

**Шадёркина Виктория Анатольевна**

Телефон: +7 (926) 017-52-14

Е-mail: [viktoriashade@uroweb.ru](mailto:viktoriashade@uroweb.ru)

Техническая и информационная поддержка МООУ «Интернет форум урологов»  
Подробности на [Uroweb.ru](http://Uroweb.ru)

## Статистика и эпидемиология материнской смертности в России



Мария Перова  
Член Ассоциации  
медицинских журналистов

*Одной из ведущих проблем современного мирового и, в частности, российского здравоохранения является проблема материнской смертности. Показатель материнской смертности характеризует прогресс на пути достижения одной из восьми целей тысячелетия ООН – улучшение охраны материнства. МС характеризуется частотой случаев женской смерти, наступившей во время беременности, в процессе родов или в постродовом периоде в течение 42 дней от любого патологического состояния, связанного с беременностью.*

По данным ВОЗ, в 2014 г. в мире был достигнут минимальный показатель числа женщин, погибших в 2013 г. в связи с беременностью, который составил 289 тыс. человек. Безусловно, проблема до сих пор остается из разряда вопиющих и наиболее острых, однако относительно прошлых лет это стало значительным достижением. В России в последние годы также наблюдается тенденция снижения материнской смертности. В 2014 г. этот показатель составил 10,8 на 100 тыс. живорождений, что на 4,4% ниже, чем в 2013 году и на 33,3% ниже, чем в 2011 г. К примеру, в 1990 г. этот показатель был более, чем в 4 раза выше.

Показатель МС является одним из основных критериев качества оказания акушерско-гинекологической помощи, состояния системы здравоохранения и службы охраны материнства и детства в стране. Профилактика и снижение материнской заболеваемости и смертности является одним из важнейших направлений деятельности Министерства здравоохранения и социального развития РФ, органов и учреждений здравоохранения субъектов РФ.

В целях оперативного контроля над уровнем материнской смертности, полнотой учета, а также для определения путей профилактики и снижения МС в соответствии с указанием Минздрава

РСФСР от 20 декабря 1991 г. №229 «О внедрении автоматизированной системы учета и слежения за уровнем материнской смертности» в Российской Федерации, с 1 января 1992 г. осуществляется мониторинг материнской смертности.

Приказом Минздравсоцразвития России от 23 июня 2006 г. №500 утверждена учетная форма №003у-МС «Карта донесения о случае материнской смерти», которая заполняется на основании данных первичной медицинской документации, протоколов клинико-экспертной комиссии (клинико-анатомического разбора), проводимой на уровне органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации в каждом случае МС, независимо от места случившегося и принадлежности лечебно-профилактического учреждения. В каждом случае проходит индивидуальный разбор каждой случая смерти.

В 2002 г. был создан Координационный совет Минздравсоцразвития России по повышению эффективности оказания медицинской помощи матерям и детям первого года жизни. Кроме того, в целях повышения эффективности работы в области охраны материнства и детства, оказания организационно-методической и практической помощи регионам совместным прика-

зом Минздрава России и РАМН от 04.06.01 № 205/51 федеральные округа и территории РФ закреплены за научно-исследовательскими институтами и профильными кафедрами медицинских вузов акушерско-гинекологического и педиатрического профилей.

Приказами Минздравсоцразвития России от 26.11.04 № 283 и от 29.07.05 № 488 утверждены номенклатура, положение и список главных внештатных специалистов – экспертов Минздравсоцразвития России, в т. ч. по педиатрии, акушерству и гинекологии, определены конкретные задачи и направления их деятельности. Главной задачей является оказание методической и практической помощи органам и учреждениям здравоохранения в повышении доступности и качества медицинской помощи женщинам и детям, рациональном использовании ресурсов службы родовспоможения и детства, снижении материнской и детской заболеваемости и смертности.

В 2007 г. была утверждена Концепция демографической политики РФ до 2025 г., в рамках которой запланировано сокращение МС и младенческой смертности не менее чем в 2 р., а также повышение рождаемости за счет рождения второго и последующих детей в каждой российской семье. ■

### Эпидемиология МС

Проведенное ВОЗ исследование причин более чем 60 тысяч случаев материнской смерти в 115 странах показало, что около 28% случаев смерти вызваны непрямыми причинами, т.е. уже имевшимися медицинскими состояниями (такими, как диабет, малярия, ВИЧ, ожирение), усугубляемыми беременностью. Другими распространенными причинами являются: сильное кровотечение (в основном, во время и после родов) — 25%; гипертензия (обусловленное беременностью высокое кровяное давление) — 14%; сепсис — 15%; осложнения аборта — 13%; тромбы (эмболия) — 3%.

В РФ среди основных причин мате-



ринской смертности обозначены: кровотечения, не прямые причины акушерской смерти (экстрагенитальные заболевания), акушерская эмболия, последствия абортов, на долю которых приходится 21,7 % смертей. Частично это объясняется тем, что в России все еще подавляющее количество искусственных прерываний беременности выполняется хирургическим путем, в то время как медикаментозный метод дает гораздо меньше осложнений. Проблема искусственных абортов в принципе является очень острой. Крайне важно понимать, что с медицинской точки зрения любая контрацепция лучше любого аборта. Однако распространенность искусственного аборта остается крайне высокой: согласно проведенным опросам в ходе ВОРЗ 2011 (выборочного обследования репродуктивного здоровья населения России), каждая 3я (35%) женщина в РФ делала аборт. Среди женщин старшей возрастной категории (35-44 лет) аборт делали более половины (59%). Также имеется статистика, что при том, что 98% искусственных абортов за исследуемый период было проведено в лечебных учреждениях, независимо от места проведения каждый 4-5й аборт (22%) сопровождался ближайшими (15%) или отдаленными (7%) осложнениями.

Как говорится в Информационном

бюллетене ВОЗ, большинство случаев МС возможно предотвратить, т.к. медицинские методы предотвращения осложнений, равно как и их ведения хорошо известны. Всем женщинам необходим доступ к дородовому наблюдению во время беременности, к квалифицированной помощи во время родов и к помощи и поддержке на протяжении нескольких недель после родов. Особенно важно обеспечение присутствия квалифицированных специалистов здравоохранения во время всех родов, так как от своевременной помощи и лечения может зависеть жизнь.

Кроме того, по мнению экспертов ВОЗ, для предотвращения случаев МС жизненно важно также предотвращение нежеланных и слишком ранних беременностей. Всем женщинам, включая девушек-подростков, необходим доступ к методам контрацепции, а также к службам обеспечения безопасного аборта и качественного ухода после аборта.

### **Меры профилактики и снижения материнской смертности**

- Доступность высококлассного медицинского наблюдения
- Медикаментозный аборт
- Роды в стационаре

- Органосохраняющие методики лечения кровотечений

- Регионарная анестезия

- Современные перинатальные технологии

- Осуществление идеологии планирования семьи, принятой за основу всемирной Концепции снижения МС, в рамках которой предполагается увеличение интергенетического интервала до 2 лет и прекращение репродукции после 40 (45) лет, что снижает МС в 2р., младенческую смертность – в 4 р.

- Развитие сети учреждений высокой степени риска, в т. ч. перинатальных центров, оснащенных современным оборудованием и позволяющих решать задачи сохранения жизни и здоровья беременным женщинам из групп высокого риска, вынашивания и выживания новорожденных с неудовлетворительным прогнозом здоровья.

Важнейшей государственной мерой является выделение дополнительных инвестиций на цели родовспоможения в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, в т. ч. реализация программы родового сертификата и ряд важных мер по поддержке службы родовспоможения, определенных Посланием Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации от 10.05.06 ■

## Первая школа по мочекаменной болезни на базе ФГБУ ВЦЭРМ им. Никифорова МЧС России

С 16 по 18 апреля на базе урологического отделения клиники ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова» МЧС России, под руководством проф. С.Б.Петрова проведена первая школа по мочекаменной болезни для врачей. Под крышей клиники МЧС собрались специалисты-урологи из Санкт-Петербурга, Иркутска, Ростова-на-Дону, Екатеринбурга, Красноярска, Калининграда.

Лекторы курса врачи отделения урологии ФГБУ ВЦЭРМ им. Никифорова МЧС России к.м.н. Н.К. Гаджиев и С.С. Бровкин представили курсантам трехдневный курс, включающий в себя: теоретическую часть, отработку практических навыков современной эндоурологии на тренажерах и операционный день, с выполнением МИНИ ПНД, РИРС, УРС.

В теоретической части лекторами подробнейшим образом изложена информация о чрескожных, трансуретральных и дистанционных методах литотрипсии. Обсуждены различные аспекты, лежащие в основе выбора тактики лечения: показания, противопоказания, определения оптимального варианта литотрипсии в зависимости от размеров и формы камней, их локализация, а также состава конкрементов. Помимо этого, в



Преподаватели и участники курса



Лектор врач-уролог С.С. Бровкин

обширную программу теоретической части вошли лекции по осложнениям чрескожных и ретроградных вмешательств, по метафилактике МКБ, по лучевой безопасности врача.

Особое внимание уделили нюансам техники исполнения вмешательств. Обсуждались особенности, достоинства и недостатки рентгеновской и ультразвуковой систем наведения, а также наведения с оптическим контролем. Озвучен рекомендованный перечень оборудования и инструментария используемого в эндоурологии.



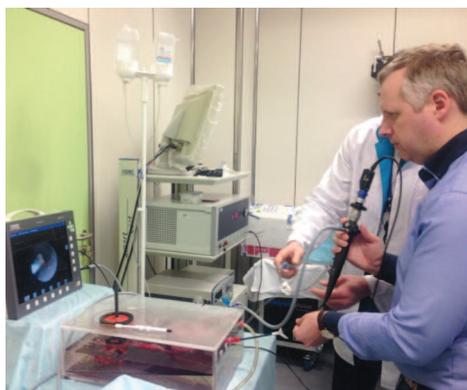
Врач-уролог к.м.н. Н.К. Гаджиев

Во второй части обучения курсантам была предоставлена возможность реализации, полученных теоретических знаний – отработка техники доступа при антеградных вмешательствах на уникальных моделях, как в условиях

урологической рентгенооперационной, так и под ультразвуковым контролем. Также на специальных тренажерах отработывались практические навыки ретроградных вмешательств с использованием широкого ассортимента современных эндоскопических инструментов и расходного материала.

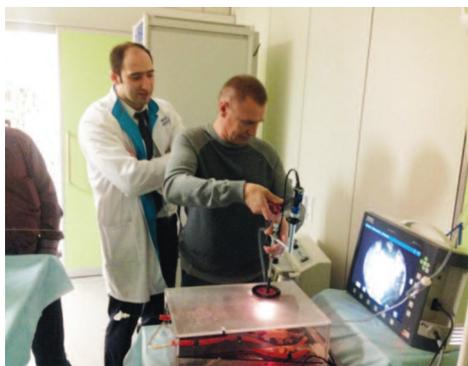


Станция №1 - пункция под ультразвуковым контролем



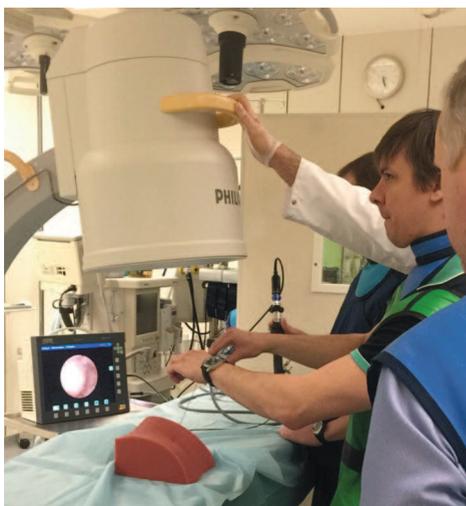
Станция №2 – ретроградное манипулирование.  
Врач-уролог БСМП г. Калининград.

А.А.Шваб: «Предложенная программа курса, позволяет получить максимум знаний при минимальном сроке обучения. Ради таких курсов стоит ездить в другие города!»



Станция № 3 – нефроскопия и манипулирование  
 Врач – уролог БСМП г. Красноярск  
 П.В. Говорушкин: «Высокий уровень исполнения программы говорит о профессионализме лекторов, разработавших программу. Мне повезло быть в числе первых курсантов!»

Особенно оживленная дискуссия состоялась у одной из самых популярных станций для отработки навыков наведения под рентгенологическим и оптическим контролем.



Станция № 4 – пункция под рентгенологическим и оптическим контролем

В рамках практической части слушатели курса наблюдали за проведением оперативных вмешательств у больных с мочекаменной болезнью. Проведены операции по методикам мини ПНЛ, РИРС, УРС. Продемонстрировано большое количество практических моментов, влияющих на итоговый результат работы, начиная с укладки больного, заканчивая выбором оптимального инструментария для каждого конкретного случая. При этом курсанты обсуждали и имели возможность принимать решения по выбору тактики вмешательства совместно с оперирующими хирургами.



Станция № 4 – пункция под рентгенологическим и оптическим контролем

Мы надеемся, что полученные знания и приобретенные технические навыки помогут слушателям курса внедрить представленные высокотехнологичные методы лечения в практику у себя на рабочих местах, тем самым обеспечить повышение эффективности оказания медицинской помощи у больных с МКБ. ■



Обновленная версия Uro.TV работает не только на компьютерах и ноутбуках, но также на мобильных устройствах, включая iPhone и iPad!



IV Научно-практическая конференция  
«Малоинвазивная онкоурология:  
рак предстательной железы»

25  
ноября  
2016

## IV научно-практическая конференция «Малоинвазивная онкоурология: рак предстательной железы»

25 ноября 2016 года

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина - филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России  
МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России  
МРНЦ им. А.Ф. Цыба - филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России



On-line трансляция Uro.TV



Техническая и информационная поддержка МООУ  
«Интернет форум урологов»

**Заинтересованная аудитория:** урологи, онкоурологи, онкологи, радиологи, патоморфологи, химиотерапевты.

### Оргкомитет конференции

#### Председатели:

**Каприн Андрей Дмитриевич** – генеральный директор ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, главный уролог АН Ф, член-корреспондент РАН, член-корреспондент РАО, доктор медицинских наук, профессор

**Аполихин Олег Иванович** – директор НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиала ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор

#### Научный руководитель:

**Борис Яковлевич Алексеев** – заместитель генерального директора по научной работе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, ученый секретарь Российского Общества Онкологов.





### Организаторы:

- Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации
- НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России
- МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России
- МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России
- МООУ «Интернет форум урологов»

### Тематики программы:

- Эпидемиология рака предстательной железы
- Скрининг рака предстательной железы: за и против
- Возможности лучевой диагностики рака предстательной железы
- Таргетная биопсия предстательной железы
- Активное наблюдение у больных раком предстательной железы
- Клинически незначимый рак предстательной железы
- Геномные и постгеномные технологии в диагностике, прогнозировании и лечении рака предстательной железы
- Аблативные технологии в лечении рака предстательной железы: HIFU, лазерная абляция, радиочастотная терапия, фотодинамическая терапия и др.
- Лучевая рака предстательной железы – кибернож, брахитерапия, конформная лучевая терапия и др.
- Химиотерапия рака предстательной железы
- mHealht – дистанционные, мобильные и IT технологии в менеджменте рака предстательной железы

### Адрес проведения мероприятия:

Россия, Москва, ул. 3-я Парковая, дом 51, корп. 4,  
конференц-зал административного корпуса  
Участие бесплатное

### Контакты для спонсоров и рекламодателей:

Шадёркина Виктория Анатольевна  
+7 (926) 017-52-14  
viktoriashade@uroweb.ru



## Междисциплинарный курс дистанционного образования по теме «Правильный дифференциальный диагноз: опыт + искусство»

**Даты проведения 01.09.16 - 31.12.16**  
**Длительность курса 3 месяца**

Выдача сертификата после успешного завершения курса лекций и тестирования – в личном кабинете Интернет форума урологов.

### Организаторы курса:

- МООУ «Интернет форум урологов»
- Uroweb.ru



### Техническая поддержка:

- Издательский дом «УроМедиа»
- Uro.TV
- UroEdu.ru



**Целевая аудитория** – урологи, детские урологи, педиатры, терапевты, хирурги, гинекологи.

**Учебный план курса** состоит из 5 лекций, которые дополнены статьями, методическими разработками, клиническими случаями и другим дидактическим материалом. Тема включает в себе конкретный практический навык или теоретический вопрос.

**Цель КДО** – предоставить наиболее полную информацию для врачей различных специальностей по дифференциальной диагностике хирургических и урологических заболеваний.



**Преподаватель: Антонов Олег Николаевич**  
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, доцент кафедры  
госпитальной хирургии №1 лечебного факультета.

**Ученая степень, ученое звание:** Доктор медицинских наук, доцент.

**Специализация (квалификация):** Общая хирургия (высшая категория), онкология. Высшая аттестационная категория по специальности «Хирургия»

**Участие в профессиональных сообществах:** Российское общество хирургов, действительный член.

### Учебный план курса:

	Название лекции
1	Дифференциальная диагностика почечной колики и острого аппендицита
2	Дифференциальная диагностика острых заболеваний билиопанкреатической системы и почечной колики.
3	Дифференциальная диагностика заболеваний ободочной кишки и почечной колики.
4	Дифференциальная диагностика острой сосудистой патологии и почечной колики.
5	Закрытая травма живота. Повреждение почек и мочевого пузыря.

### Правила для участников курса

1. Предварительная регистрация на сайте [UroEdu.ru](http://UroEdu.ru), отправка заявки на участие в курсах.
2. Отправка заявки на участие возможна до 1 декабря 2016 года
3. Получение доступа к 1й лекции. Доступ будет осуществляться персонально для каждого участника, лекции выкладываться для общего просмотра не будут.
4. Прослушивание 1й лекции, итоговое тестирование (5 вопросов методом случайной выборки по теме лекции).
5. При положительном прохождении теста – получение доступа к очередной лекции.
6. Участник может отправить в письменной форме вопросы как лектору, так и организаторам курсов. Вопросы можно будет задать через специальную форму на страницекурса.
7. Участник может оценить качество каждой лекции и курсов в целом путем голосования на сайте [UroEdu.ru](http://UroEdu.ru).
8. В конце курса участнику будет выдан именной сертификат о прохождении курсов дистанционного образования по теме «Правильный дифференциальный диагноз: опыт + искусство». Сертификат будет доступен для печати или скачивания в личном профиле пользователя.

## Портативный анализатор мочи «ЭТТА АМП-01» на тест-полосках

### Экспресс-анализ мочи

- > Используется для проведения экспресс-анализа проб мочи
- > Построен на современных фотоэлектрических и микропроцессорных технологиях



**Вес: 180 г**

**300 анализов на одном заряде батареи**

**Ресурс: 5000 исследований**

**Гарантия 12 месяцев**

**Беспроводной протокол передачи данных**

**Простота эксплуатации**

**Результат за 1 минуту**

**Бесплатное мобильное приложение**

- > Условия применения:  
в медицинских учреждениях, для проведения выездных обследований, для частного применения в домашних условиях

### 11 исследуемых параметров

#### > ИССЛЕДУЕМЫЕ ПАРАМЕТРЫ

1. Глюкоза (GLU)
2. Билирубин (BIL)
3. Относительная плотность (SG)
4. pH (PH)
5. Кетоновые тела (KET)
6. Скрытая кровь (BLD)
7. Белок (PRO)
8. Уробилиноген (URO)
9. Нитриты (NIT)
10. Лейкоциты (LEU)
11. Аскорбиновая кислота (VC)



## Редакция дайджеста:

- » Главный редактор Аполихин Олег Иванович, д.м.н., профессор
- » Зам. гл. редактора Сивков Андрей Владимирович, к.м.н.
- » Руководитель проекта Шадеркина Виктория Анатольевна
- » Шеф-редактор Шадеркин Игорь Аркадьевич
- » Специальные корреспонденты:
  - Красняк Степан Сергеевич
  - Перова Мария Петровна
  - Болдырева Юлия Георгиевна
  - Гарманова Татьяна Николаевна
  - Коршунов Максим Николаевич
- » Дизайн и верстка Белова Оксана Анатольевна
- » Корректор Болотова Елена Владимировна

Тираж 7000 экземпляров

Подписка на сайте [urodigest.ru](http://urodigest.ru)

Распространение бесплатное – Россия, страны СНГ

Периодичность 1 раз в 2 месяца

Аудитория – урологи, онкоурологи, урогинекологи, андрологи, детские урологи-андрологи, фтизиоурологи, врачи смежных специальностей

Издательство «УроМедиа»

Адрес редакции: 105425, Москва, 3-я Парковая, 41 «А», стр. 8

ISSN 2309-1835

Свидетельство о регистрации средства массовой информации

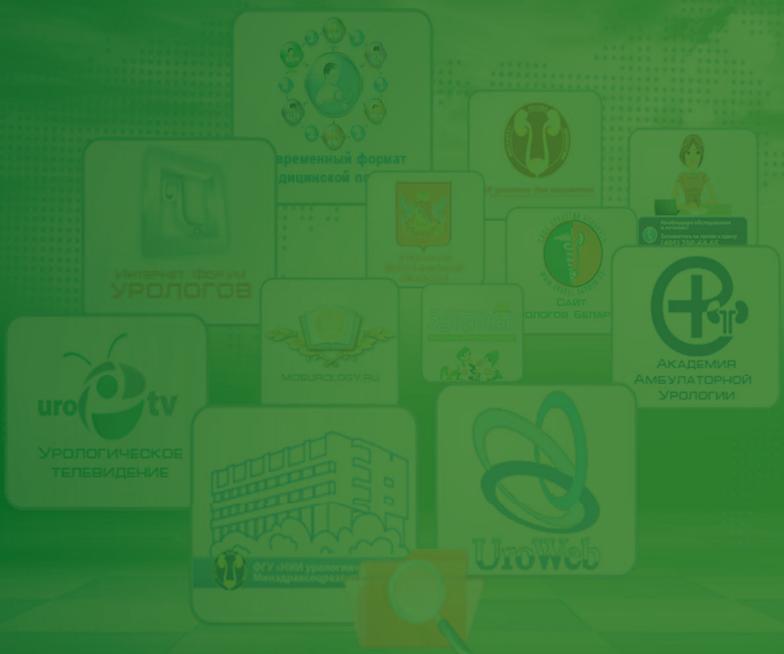
ПИ № ФС77-54663 от 09.07.2013

e-mail: [info@urodigest.ru](mailto:info@urodigest.ru)

[www.urodigest.ru](http://www.urodigest.ru)

При полной или частичной перепечатке материалов ссылка на Дайджест обязательна!

В материалах представлена точка зрения, которая может не совпадать с мнением редакции.



Издательский дом «УроМедиа»