

*Уважаемые коллеги!**В конце прошлого года было создано Российское общество онкоурологов (РООУ).**Появление такого общества — результат стремительного развития онкоурологии как научной и практической дисциплины и желания врачей объединиться в рамках этой специальности.**Мы хотим познакомить вас с противоположными точками зрения на создание РООУ.***Онкология и урология —
связь между специальностями**

Урология — одна из наиболее динамично развивающихся областей медицины. Уходя корнями в тысячелетия, как самостоятельная дисциплина она сформировалась около 150 лет назад. Развитие и становление урологии связаны с именами таких выдающихся отечественных и зарубежных ученых XIX и XX вв., как Н.И. Пирогов, И.Ф. Буш, И.В. Буяльский, Нелатон, М. Нитце, И. Альбарран, И.П. Матюшенко, Ф.И. Сеницын, С.П. Федоров, А.Г. Подрез, Б.Н. Хольцов, А.П. Фрумкин, А.Я. Пытель и др.

Решению актуальных проблем в значительной степени помогает присвоение ей статуса «Основной специальности» — «040129-урология» (приказ МЗ РФ № 98 от 02.04.2001 «О внесении изменений в приказ МЗ РФ №337 от 27.08.99 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения РФ»).

Как известно, о глобальности, самостоятельности и признании научного направления свидетельствует выделение из него новых, приобретающих все большую автономию, развивающихся областей. Рассматривая урологию, можно было бы говорить об андрологии, онкоурологии, сексопатологии, эфферентных методах лечения больных с недостаточностью функции почек, ряде специфических технологий лечения мочекаменной болезни, специфике помощи пациентам детского возраста. Однако следует помнить, что эти субспециальности являются неотъемлемой частью основной специальности — урологии — и только после ее детального освоения можно специализироваться на этих узких направлениях. Необходимо отметить, что ряд специалистов других дисциплин не разделяют этого мнения. В такие области, как урогинекология, мужское бесплодие, эректильная дисфункция, мочева инфекция, онкология, детская урология и ряд других, пытаются внедриться гинекологи, дерматологи, онкологи, нефрологи, детские хирурги. При распределении обязанностей по оказанию помощи нужно руководствоваться в первую очередь интересами больного. Без достаточных знаний в области урологии можно нанести вред здоровью пациента, так как в процессе лечения часто возникает необходимость коррекции осложнений со стороны смежных мочеполовых органов, которые анатомически и физиологически являются единой систе-

мой, находящейся в компетенции урологов. В то же время не стоит замыкаться в рамках своей специальности и обособляться от других. Участие смежных специалистов совместно с урологами в решении ряда проблем на стыке специальностей, таких как, например, уроонкология, урогинекология, в дальнейшем будет возрастать.

Онкоурологические проблемы были, есть и будут одними из наиболее актуальных в урологии и онкологии. Это связано с неуклонным ростом заболеваемости злокачественными новообразованиями мочеполовых органов как во всем мире, так и в нашей стране. Решение этих проблем — задача не только медицинская, но и государственная, поскольку за ростом заболеваемости неуклонно следует рост смертности и инвалидности.

Диагностикой и лечением злокачественных новообразований мочевыделительных органов в нашей стране заняты урологи и онкологи. Последние, опираясь на систему онкологических диспансеров, имеют возможность широко применять комбинированную и комплексную терапию. У них хорошо налажена система учета и диспансеризации больных. Но онкологи в силу специфики организации онкологической помощи в России не заняты первичной диагностикой злокачественных новообразований, да и специализированных онкоурологических отделений не хватает, они имеются лишь в 24 из 89 административных образований страны. Таким образом, основное бремя диагностики и лечения онкоурологических заболеваний ложится на урологов.

Диагностика злокачественных новообразований мочеполовых органов и оценка степени распространенности опухолевого процесса основываются на результатах клинических, эндоскопических, рентгенологических, ультразвуковых, компьютерных, магнитно-резонансных и морфологических методов исследования. Но, несмотря на современные достижения медицины и возможности ранней диагностики, в России все еще высока доля больных с IV стадией процесса. Так, в 1990 г. она установлена при раке мочевого пузыря у 11,9% больных, в 1997 г. — у 15,1%, а в 2004 г. — у 11,6%. Это связано как с поздней обращаемостью пациентов за медицинской помощью, так и с несвоевременной постановкой диагноза. Количество же больных с I и II стадиями онкологического процесса увеличилось за последние годы незначительно. В 1990, 1997 и 2004 гг. было взято

на учет с этими стадиями рака мочевого пузыря 39,4; 40,8 и 53,2% пациентов соответственно. В то же время, по данным зарубежных авторов, поверхностный рак мочевого пузыря (I стадия) устанавливается в 80%, а инвазивный — в 20% случаев. В России же, наоборот, доля поверхностного рака лишь 20—30%. Аналогичная картина наблюдается в нашей стране и при злокачественных новообразованиях других мочеполовых органов.

Несмотря на постоянные попытки усовершенствования методов лечения рака урологических локализаций, результаты терапии пока малоутешительны и зависят в основном от стадии процесса, т.е. от своевременного выявления новообразования. Так, по сводным статистическим данным, 5-летняя продолжительность жизни больных раком мочевого пузыря при стадии T1 составляет 70—100%, при T2 — 60—70 %, при T3 — 30—50 %, а при T4 — 0—10%. Таким образом, онкологи и онкоурологи, занимаясь только лечением больных, могут повысить выживаемость за счет лучшей комбинированной и комплексной терапии (с использованием хирургического, лучевого, химио- и иммунотерапевтического компонентов) всего на несколько процентов (в среднем — на 3—7%), в то время как раннее выявление онкологических заболеваний поможет увеличить этот показатель сразу на 50—60%.

Главной задачей, стоящей перед отечественным здравоохранением, является повышение трудоспособности населения, снижение смертности и инвалидности, в том числе и от онкоурологических заболеваний. В России для решения этой задачи необходимо проведение системной работы, направленной, прежде всего, на профилактику рака, улучшение ранней диагностики и соответственно снижение числа больных с запущенными стадиями процесса. При этом следует учитывать, что все проблемы профилактики и раннего выявления онкоурологических заболеваний находятся в прямой компетенции урологов, а не онкологов (онкоурологов), так как последние (в силу специфики организации службы) не заняты первичной диагностикой и профилактикой. Поэтому координировать в государственном масштабе решение основных проблем онкоурологии (повышение трудоспособности, снижение смертности и инвалидности) могут и должны прежде всего урологи. Несмотря на это, в 2006 г. создано самостоятельное общество онкоурологов вне существующих обществ урологов и онкологов. При создании данного общества мнения Института урологии и председателя Российского общества урологов

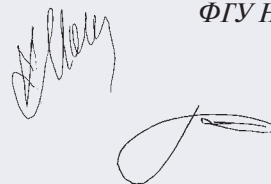
(РОУ) никто не спрашивал, т.е. общество создано без согласия РОУ, возможно, и без согласия общества онкологов. Но при этом в составе редколлегии журнала «Онкоурология» из 19 членов только 7 (24%) действительно являются онкоурологами (т.е. работают в онкоурологических отделениях), 1 (3%) — онколог (химиотерапевт), остальные 11(73%) — урологи.

Хотя общество онкоурологов формально создано согласно его уставу «... для объединения онкологов, урологов, химиотерапевтов, радиологов, педиатров и других специалистов», фактически оно расчленяет РОУ, так как «чистых онкоурологов», т.е. специалистов, работающих в онкоурологических отделениях онкологических диспансеров и больниц, в России мало — не более 300. В то же время химиотерапевты, радиологи, педиатры и прочие специалисты, которых планируется также объединить в обществе онкоурологов, уже состоят в своих обществах и они никогда не будут ассоциировать себя с онкоурологией. Поэтому основной приток членов данного общества рассчитывают получить явно не из онкоурологов, онкологов, радиологов и прочих специалистов, а из урологов, что наглядно показывает и процентный состав редколлегии журнала «Онкоурология». Это тем более очевидно, поскольку, как уже было сказано выше, именно у урологов наибольший интерес в оказании помощи онкоурологическим больным.

В то же время все урологи являются членами РОУ, которое постоянно уделяет внимание решению онкоурологических проблем, регулярно обсуждая их на своих съездах, пленумах и конференциях. Т.е. фактически планируется расчленение единой специальности — урологии — и единого РОУ с целью создания еще одной неутвержденной специальности — онкоурологии — и еще одного узконаправленного общества — общества онкоурологов.

Мы считаем, что вместо этого, учитывая социальную актуальность проблемы онкоурологии, целесообразно создать при РОУ секцию онкоурологии, которая и должна объединить специалистов, занимающихся этой проблемой, а в журнале «Урология» выделить постоянный раздел, посвященный онкоурологическим проблемам.

Академик РАМН, профессор **Н.А. Лопаткин**,
профессор **О.И. Аполихин**,
докт. мед. наук **И.В.Чернышев**
ФГУ НИИ урологии, Москва



Глубокоуважаемые коллеги!

В последнее время в медицинских кругах широко обсуждается целесообразность создания различных профессиональных союзов, в том числе Российского общества онкоурологов. Считая подобную дискуссию назревшей и актуальной, мы хотим высказать свое мнение о данной проблеме.

Сегодня мы являемся свидетелями такого стремительного развития медицины в целом и онкологии в частности, что даже специалисты-онкологи зачастую не успевают отслеживать новые тенденции и направления, происходящие в смежных онкологических дисциплинах. И это неудивительно. Достижения молекулярной биологии, генетики, фармакологии, компьютерных технологий реализуются в принципиально новых диагностических и лечебных подходах, требующих высококвалифицированных специалистов в каждой области. Развитие науки и медицины идет в двух направлениях. С одной стороны, это накопление данных и развитие базовых направлений, с другой — интеграция в те сферы, которые находятся на стыке дисциплин, т.е. в смежные специальности. И этот процесс, как показывает многолетний отечественный и зарубежный опыт, будет продолжаться.

Онкоурология давно вышла за рамки общей урологии и помимо нее включает в себя цитотоксическую химиотерапию, биотерапию, разновидности лучевой терапии и высокотехнологичную хирургию. Нельзя не согласиться с точкой зрения академика Н.А. Лопаткина, что без глубокого знания урологии нельзя работать в узких (смежных) специальностях. В то же время уролог, занимающийся лечением больных с онкоурологической патологией, должен досконально знать роль и место лекарственного лечения, лучевой терапии, их комбинации, дозы и режимы последовательного сочетания в комплексной терапии. Эти разделы требуют специальной подготовки и ресурсов, которые отсутствуют в урологических клиниках. Хирургическая составляющая онкоурологии также имеет свои особенности и включает в себя наиболее сложные разделы абдоминальной и сосудистой хирургии (удаление опухолевых тромбов при раке почки, протезирование аорты, нижней полой вены). Громадный объем операций при удалении метастазов различных локализаций (печень, поджелудочная железа, легкие, кости, головной мозг), а также местных рецидивов рака почки часто требует совместной работы смежных специалистов, а выполнение подобных вмешательств возможно только в многопрофильных специализированных онкологических учреждениях, обладающих помимо хирургических необходимыми анестезиологическими и реанимационными возможностями.

Система организации помощи онкоурологическим больным построена так, что в большинстве случаев они попадают к урологу. Однако независимо от того, к кому попадает больной, отмечается крайне поздняя обращаемость. Это недостаток работы обеих служб — как онкологии, так и урологии, а также результат слабой просветительской работы среди населения. У большинства пациентов лечение начинают в стадии T2—T3, когда обязательным является сочетание хирургического метода с лекарственной и лучевой терапией. Без непосредственного участия онкологов, без хорошей преемственности в работе различных служб излечение или продление жизни у этих больных невозможно. К сожалению, около 20% пациентов нуждаются только в паллиативном и симптоматическом лечении. Зачастую им просто назначают обезболивающие препараты, и они погибают без квалифицированной онкологической помощи. Но и этим больным сегодня можно продлить жизнь и значительно улучшить ее качество. Современная химиотерапия при метастатическом раке мочевого пузыря увеличивает продолжительность жизни пациентов до 2 лет и более. Больные с гормонорезистентным раком предстательной железы могут жить не менее 1,5 лет и с хорошим качеством благодаря лекарственному лечению. Комплексный подход к лечению герминогенных опухолей яичка, включающий в себя химиотерапию с последующим удалением забрюшинных опухолевых узлов, позволяет полностью вылечить от рака более 90% пациентов!

Колоссальный опыт лечения онкоурологических больных, накопленный в ГУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, и объективный анализ ситуации в урологических стационарах свидетельствуют об огромном количестве диагностических, методологических и тактических ошибок. Подтверждением тому служит большое число больных с местными и системными рецидивами заболевания, поступающих для повторных хирургических вмешательств в наш центр.

Учитывая необходимость комплексного подхода к лечению большинства онкоурологических больных, трудно согласиться с тем, что «координировать в государственном масштабе решение основных проблем онкоурологии (повышение трудоспособности, снижение смертности и инвалидности) могут и должны прежде всего урологи». Как признано большинством специалистов, рак — это хроническое заболевание. Даже после радикальных вмешательств у 30—50% больных могут возникнуть рецидивы или развиваться отдаленные метастазы. Это требует постоянного лечения, проведения реабилитационных мероприятий и социальной адаптации пациента. В такой ситуации роль онколога трудно переоценить.

И на этом этапе взаимодействие онколога и уролога должно быть наиболее тесным.

Очевидно, что урологических отделений, клиник значительно больше, чем онкоурологических. Однако эти специализированные отделения (койки) должны оказывать высококвалифицированную помощь пациентам с этой патологией. Дело не только в количестве — кого больше. В различных регионах уровень оказания как урологической, так и онкологической помощи отличается и зависит от многих факторов (экономических, географических, социальных, личностных и т.д.). В связи с этим ставится вопрос о создании Национальной противораковой службы, которая бы планировала свой бюджет, отвечала за лекарственное и техническое обеспечение, кадровую политику, внедрение новых технологий. Конечный результат такой политики — увеличение продолжительности и улучшение качества жизни пациентов. Вокруг такой программы и должны объединиться все специалисты, отвечающие за жизнь больного.

С 1994 г. в России регулярно проводятся совместные конференции урологов, онкологов, химиотерапевтов и других специалистов по актуальным проблемам онкоурологии. Интерес к этим форумам из года в год растет. В 2005 г. после анкетирования специалистов предложено создать Российское общество онкоурологов и его региональные отделения. Создание такого общества поддержали большинство регионов РФ. Подобный опыт имеется во многих странах — общества онкоурологов существуют как в США, так и в Европе. (В Европе уже 4-й год работает Европейское общество онкологической урологии — ESOU.) Во всем мире именно профессиональные ассоциации на основании научных исследований определяют стандарты лечения, являются генераторами идей

и новых направлений, проводят широкую образовательную и просветительскую работу, издают свои журналы и учебные пособия.

Конечная цель деятельности как урологов, так и онкологов едина — уменьшение смертности и повышение качества жизни больных с опухолевыми заболеваниями мочеполовой системы. Поэтому не совсем понятна реакция некоторых урологов, говорящих о попытке «расчленения единой специальности — урологии — и единого Российского общества урологов»! Напротив, создание общества онкоурологов как раз и направлено на интеграцию специалистов, на обмен знаниями, улучшение качества лечения и дальнейшее развитие этой специальности. Все онкоурологи являются активными членами общества урологов, и наоборот.

Тот факт, что инициаторами объединения онкологов и урологов являются онкологи (секция онкоурологии в обществе урологов не создана за много лет его существования) лишний раз говорит о том, что сегодня именно они обладают необходимой теоретической, научной и материальной базой для создания подобного общества.

Появление в России профессиональной ассоциации онкоурологов — это шаг вперед в развитии отечественной онкологии, урологии и медицины в целом.



*Президент РАМН, академик РАН и РАМН,
директор ГУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН,
заслуженный деятель науки РФ, профессор*
М.И. Давыдов