

► стр. 4

Добропачественная гиперплазия и рак предстательной железы: на что обратить внимание практикующему урологу

► стр. 8

Варианты энуклеации обструктивной гиперплазии предстательной железы

► стр. 14

Продвинутая эндоурология при заболеваниях верхних мочевыводящих путей

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

№
4

2021 г.

В НОМЕРЕ

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

Андрогенный статус у мужчин с COVID-19 и его связь с течением заболевания

стр. 2

ОНКОУРОЛОГИЯ

Рекомендации европейской ассоциации урологов относительно ведения пациентов с раком почки

стр. 10

Руководство европейской ассоциации урологов по ведению пациентов с мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря

стр. 11

Сохранение мочевого пузыря при мышечно-инвазивном раке

стр. 12



Уважаемые коллеги!

Вот и заканчивается 2021 год. Он был непростым, как и предыдущий. Самая большая нагрузка легла на плечи медиков, именно благодаря вашим усилиям удалось справиться со многими проблемами, в том числе связанными с пандемией COVID-19.

Примите искреннюю благодарность за ваш труд, спасающий жизни и сохраняющий здоровье людей.

Пусть наступающий 2022 год будет благополучным, плодотворным, счастливым и ярким. Желаем успехов в ежедневной работе и научных изысканиях, творческого вдохновения и радости!

Крепкого здоровья вам и вашим близким!

С Новым годом!



XVIII КОНГРЕСС «МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ»

27–29 апреля 2022 года, Сочи

При поддержке:
Администрации Мэрии города Сочи
Московского государственного университета им. М. В. Ломоносова
Медицинского научно-образовательного центра МГУ
Российского общества урологов
Общественных медицинских организаций стран СНГ

Дорогие коллеги, друзья, дамы и господа!

Приглашаем Вас принять участие в очередном XVIII конгрессе «Мужское здоровье» с международным участием, который состоится 27–29 апреля 2022 г. в городе Сочи.

В рамках научной программы конгресса планируется проведение симпозиумов, круглых столов, лекций, школ, дискуссий и других мероприятий. Планируется выступление экспертов мирового уровня, в том числе ученых из стран ближнего и дальнего зарубежья. Темы конгресса, по традиции посвящены диагностики, лечению и профилактике заболеваний мужских репродуктивных органов.

Программа планируется весьма насыщенной и плодотворной, а специалисты обмениваются опытом лечения андрологических заболеваний у мужчин и получают приятные впечатления от нашей встречи.

С дополнительной информацией можно ознакомиться на сайте Конгресса www.rusmh.org

ООО «Компания Проспект»

ИНН 7729444695

Телефон: +7 (495) 229-81-49

Телефон.моб/WhatsApp +7 (925) 372-28-59 Сергей

Телефон.моб/WhatsApp +7 (910) 473-91-62 Ольга

Электронная почта info@prospect-company.com

Координаты оргкомитета:

+7 (925) 941-09-65

roo_rusmh@gmail.com

marina.lal@mail.ru

Технический организатор:

ООО «Научно-методический

организационный медицинский

центр»

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

Главный редактор

Армас Альбертович КАМАЛОВ, академик РАН, д.м.н., профессор, директор университетской клиники МГУ им. М.В. Ломоносова, заведующий кафедрой урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова

Заместитель главного редактора

Алексей Георгиевич МАРТОВ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии и андрологии ИППО ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России; заведующий урологическим отделением ГБУЗ «Городская клиническая больница им. Д.Д. Плетнева» ДЗМ, в.н.с. отдела урологии и андрологии МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова

Научный редактор

Джемал Ахмедович БЕШЛИЕВ, д.м.н.

Редакционный совет

Аполихин О.И., член-корр. РАН, д.м.н., профессор
Аляев Ю.Г., член-корр. РАН, д.м.н., профессор
Велиев Е.И., д.м.н., профессор
Винаров А.З., д.м.н., профессор
Глыбочки П.В., академик РАН, д.м.н., профессор
Даренков С.П., д.м.н., профессор
Дутов В.В., д.м.н., профессор
Зубань О.Н., д.м.н., профессор
Каприн А.Д., академик РАН, д.м.н., профессор
Кривобородов Г.Г., д.м.н., профессор
Лоран О.Б., академик РАН, д.м.н., профессор
Матвеев В.Б., член-корр. РАН, д.м.н., профессор
Пушкарь Д.Ю., академик РАН, д.м.н., профессор
Теодорович О.В., д.м.н., профессор

РЕДАКЦИЯ ГАЗЕТЫ «Московский уролог»

Адрес: Москва, Ломоносовский проспект, д. 27, к. 10
Телефон: +7 (903) 295-66-81
Лалабекова Марина Валерьевна
E-mail: mosurolog@bk.ru

УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ

Межрегиональная общественная организация
«Мужское и репродуктивное здоровье»



4 номера в год
Газета зарегистрирована Федеральной службой по
надзору в сфере связи, информационных технологий
и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)
Регистрационный номер ПИ № ФС77-72661
от 16 апреля 2018 г.

Распространение федеральное
Газета отпечатана в ООО «Борус-Принт»
115201, Москва, 1-й Котляковский переулок, д. 3,
эт/пом/котм 2/VI/5А (оф. 23)
Тираж 5000 экз.

Цена свободная

Номер подписан 23 декабря 2021 г.
Время подписания в печать:
по графику 10:00
фактическое 10:00

Полное или частичное воспроизведение редакционных материалов, опубликованных в газете «Московский уролог», запрещается, за исключением случаев письменного согласия редакции.



Андрогенный статус у мужчин с COVID-19 и его связь с течением заболевания

А.А. Камалов, В.Ю. Мареев, Я.А. Орлова, Д.А. Охоботов, Ю.В. Мареев, Ю.Л. Беграмбекова, З.Ш. Павлова, А.Г. Плисюк, Л.М. Самоходская, Е.А. Мершина, А.А. Третьяков, О.Ю. Нестерова, А.С. Шурыгина

В связи с выраженным гендерными различиями в отношении тяжести течения новой коронавирусной инфекции в стенах Медицинского центра МГУ им. М.В. Ломоносова было проведено исследование, посвященное изучению андрогенного статуса у мужчин, госпитализированных со среднетяжелым течением COVID-19, и его связи с течением заболевания. В исследование были включены 152 мужчины с подтвержденным диагнозом COVID-19 по результатам положительного ПЦР-теста на вирус SARS-CoV-2 и/или данным компьютерной томографии легких. Для объективизации тяжести клинического состояния использовались шкалы тяжести дистресс-синдрома NEWS-2 и оригинальная шкала оценки клинического состояния больных коронавирусной инфекцией (ШОКС-КОВИД). В ходе исследования было показано, что низкий уровень тестостерона можно рассматривать в качестве одного из маркеров тяжести течения новой коронавирусной инфекции (при любом его исходном уровне). Одновременно низкий уровень тестостерона может быть фактором прогрессирования и тяжелого течения болезни у мужчин, особенно при его исходно низком уровне, рассматриваемом как последствие имеющегося COVID-19.

Самого начала развития пандемии новой коронавирусной инфекции, было обращено серьезное внимание на гендерные различия. Мужчины легче и чаще заболевали и имели более тяжелое течение заболевания с развитием вирусных пневмоний, требовавших более частой госпитализации в отделения реанимации и проведения искусственной вентиляции легких. Это могло быть связано с большей встречаемостью факторов риска и сопутствующих, в т.ч. сердечно-сосудистых, заболеваний. Однако параллельно начала обсуждаться возможная связь уровня андрогенов и характера течения COVID-19. Тестостерон, превращающийся в дигидротестостерон под влиянием фермента 5-альфа редуктазы, может существенно увеличивать активность как собственно рецепторов аngiotenzinпревращающего фермента 2 (АПФ-2), так и трансмембранный двойной сериновой протеазы (TMPRSS-2), необходимых для быстрого проникновения вируса в клетки.

Исходя из ранних представлений, были сделаны попытки использования разных типов антиандrogenного лечения при новой коронавирусной инфекции у мужчин. Уникальные результаты были получены в бразильском рандомизированном контролируемом исследовании (публикация преприма 22 июня 2021 г.), в котором блокатор андрогеновых рецепторов прокасалутамид к 28-му

дню продемонстрировал на 128% лучшее восстановление и на 77% снижал смертность по сравнению с плацебо у мужчин с COVID-19. Однако уже 7 июля в журнале Science была опубликована критика этого исследования под заголовком «Слишком хорошо, чтобы быть правдой». В исследовании были подвергнуты сомнению результаты по смертности пациентов и, по мнению большинства экспертов, окончательных выводов сделать пока невозможно.

В нескольких исследованиях, в т.ч. и клинике МГУ в качестве неспецифического лечения с успехом был использован антагонист минералокортикоидных рецепторов (АМКР) спиронолактон и его активный метаболит канренон, обладающие дополнительными антиандrogenными свойствами. Для окончательных выводов о возможной пользе этого класса лекарств в терапии больных COVID-19 нужно дождаться результатов рандомизированных исследований со спиронолактоном (NCT04345887).

Ситуация осложняется возможным влиянием самой новой коронавирусной инфекции на андрогенную функцию у мужчин, когда снижается уровень тестостерона и это может негативно влиять на прогноз новой коронавирусной инфекции. Так, имеются сведения о воспалительных и структурных изменениях в яичках и его придатках, приводящих к снижению сперматогенеза у мужчин с

COVID-19. Описаны структурные изменения яичек и его придатков в виде застоя, интерстициального отека, эксудации эритроцитов и апоптоза функционально активных клеток. Подобные воспалительные изменения могут происходить на фоне непосредственного проникновения SARS-CoV-2 в ткани яичка и его придатка, в результате чего вирус может блокировать синтетическую способность клеток Лейдига к выработке тестостерона, снижать стимуляцию клеток Сертоли и выработку нормально функционирующих сперматозоидов. Кроме непосредственного влияния вируса, воспаление, цитокины, физический и психологический стресс, общая астения, лихорадка также могут быть важными дополнительными факторами снижения сексуальной и репродуктивной функции у мужчин. Нельзя полностью сбрасывать со счетов и негативные свойства противовирусных препаратов, в т.ч. фавириавира и глюкокортикоидов, используемых для лечения пациентов с COVID-19.

Еще в «доковидную эру» было показано, что повышенная сывороточная концентрация тестостерона ассоциирована с пониженным уровнем провоспалительных маркеров, в частности интерлейкина-1 (ИЛ-1) и ИЛ-6 при различных нозологиях. Кроме того, высокие уровни тестостерона и дигидротестостерона связаны с лучшей функцией мускулатуры, в т.ч. и

дыхательной и лучшими показателями функции легких у мужчин.

С целью попытки разобраться в вопросах андрогенного статуса мужчин с COVID-19, а также его влияния на тяжесть течения этого заболевания было принято решение о проведении серии исследований в программе: **ОСобенности течения НОвой коронавирусной инфекции и ВАрианты ТЕрапии больных в зависимости от андрогенного статуса (ОСНОВАТЕЛЬ)**. В ходе исследования было обнаружено, что почти у половины пациентов был выявлен сниженный уровень тестостерона, причем как у молодых, так и у более возрастных пациентов. Связь уровня тестостерона с возрастом, наличием ожирения, индексом массы тела и сопутствующими заболеваниями не была обнаружена, так что это снижение было связано с самой новой коронавирусной инфекцией.

Было показано, что у мужчин с более низким уровнем тестостерона имело место более тяжелое течение COVID-19, что проявлялось выраженной дыхательной недостаточностью (большее снижение сатурации крови кислородом), ростом потребности в терапии кислородом, выраженной одышкой, повышенной концентрацией С-реактивного белка (СРБ) и Д-димера, более тяжелым поражением легких по результатам компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки. Таким образом, уровень воспалительного стресса, вероятность развития цитокинового шторма и риск тромбозов и эмболий был значимо повышен у пациентов с уровнем тестостерона не выше (как предполагалось в начале развития пандемии COVID-19), а ниже медианы. Это приводило к более длительному и интенсивному лечению таких пациентов в стационаре.

Основную роль в длительности нахождения больных в стационаре, что вполне объяснимо, играла интегральная тяжесть заболевания, определявшаяся по баллам ШОКС-КОВИД (модификация В.Ю. Мареева, 2020), учитывающим основные маркеры тяжести болезни (частота дыхательных движений в покое, температура тела, сатурация, вентиляция, СРБ, Д-димер, площадь поражения легких по результатам КТ, выраженная в процентах).

Несмотря на проведение более интенсивной терапии в группе пациентов с низким уровнем тестостерона (более частое применение глюкокортикоидов, в т.ч. пульстерапии, более высокие дозы нестероидных противоспазмических средств и антикоагулянтов), содержание СРБ в плазме крови нормализовалось лишь у пациентов с исходно нормальным уровнем тестостерона и показатель соотношения лимфоцитов к СРБ оставалось в 2 раза выше в этой группе пациентов.

Было показано, что чем ниже сывороточная концентрация тестостерона, тем выше площадь поражения легких у мужчин с COVID-19. Данная взаимосвязь сохранялась и на момент выписки пациентов. Чем ниже оставался уровень тестостерона, тем больше была площадь поражения легких даже после успешного лечения COVID-19. Поэтому полученные результаты можно трактовать так, что уровень тестостерона является маркером тяжести новой коронавирусной инфек-

ции, однако нельзя исключить, что при его исходном снижении, данный гормон является одним из факторов прогрессирования болезни.

В момент планирования исследования ОСНОВАТЕЛЬ все наши (и большинства исследователей) представления на ранней стадии изучения новой коронавирусной инфекции находились в парадигме: высокий уровень андрогенов связан с тяжестью COVID-19 и спиронолактон может замедлять и облегчать течение болезни. Однако позже стали появляться прямо противоположные данные о связи

полученных нами результатах, мы предположили возможные варианты развития событий. Большое значение имеет выделение разных периодов новой коронавирусной инфекции, т.к. это определяет дифференцированные подходы к лечению пациентов. В этом случае мы можем говорить об этапности течения и лечения COVID-19. В начале заболевания (стадия вирусемии) главной задачей является борьба с попаданием вируса SARS-CoV-2 в клетки и его репликацией для предотвращения прогрессирования болезни. В этом случае мужской пол и особенно

болита спиронолактона) было отмечено снижение частоты осложнений и риска смерти от COVID-19, а в недавнем исследовании с самим спиронолактоном также подтверждено снижение смертности от этого заболевания. Интересно, что успех лечения спиронолактоном достигался при достаточно коротком курсе (10–14 дней) и побочные эффекты терапии в виде гинекомастии и угнетения сперматогенеза, связанные с компенсаторным возрастанием синтеза и эффектов эстрогенов, не успевали развиваться, т.к. эти проявления характерны для длительной терапии. Применение на этой стадии развития болезни более мощной специфической терапии, например прогестерона или андрогендепривационной, поставил вопросы о соотношении положительных и побочных эффектов и в настоящее время проходит проверку в контролируемых исследованиях.

В дальнейшем, при прогрессировании заболевания и развитии вирусной пневмонии наступает следующий этап течения болезни, требующий упреждающей противоспазмической терапии, прежде всего, глюкокортикоидами и профилактики тромботических осложнений антикоагулянтами. С позиций оценки андрогенного статуса может иметь место следующий сценарий патогенеза и течения заболевания: негативные свойства, связанные с андрогенами в виде эскалации вирусемии отходят на второй план и уравновешиваются важными защитными свойствами мужских половых гормонов. Снижается уровень цитокинов и опасность цитокинового шторма, уменьшаются шансы на прогрессирование острого респираторного дистресс-синдрома без риска развития тромботических осложнений. В данном случае общепринятое лечение новой коронавирусной инфекции видится вполне достаточным, однако для более точного ответа на этот вопрос необходимо исследование не только уровня тестостерона, но и дигидротестостерона.

Таким образом, как мы указали ранее, низкий уровень тестостерона можно рассматривать как один из маркеров тяжести течения новой коронавирусной инфекции (при любом его исходном уровне) и одновременно в качестве фактора прогрессирования и тяжелого течения болезни у мужчин, особенно при его исходно сниженном уровне. Эти вопросы сегодня активно обсуждаются в стиле «Тестостерон при COVID-19: Враг, друг или жертва».

При активном и успешном лечении в стационаре уровень тестостерона при его исходно сниженном значении значительно возрастал в среднем в 2,5 раза, причем у всех обследованных нами пациентов. Несмотря на это, чем ниже оставался уровень тестостерона после лечения, тем большим оставалось поражение легких. Вопрос о том, нужна ли в этом случае дополнительная стимуляция андрогенной функции остается открытым. Нельзя забывать и о некоторых осложнениях терапии тестостероном, например повышенном риске тромбозов. Это может утяжелять течение новой коронавирусной инфекции, несмотря на широкое применение антикоагулянтов у больных этой категории.



«...»

Низкий уровень тестостерона можно рассматривать как один из маркеров тяжести течения новой коронавирусной инфекции (при любом его исходном уровне) и одновременно в качестве фактора прогрессирования и тяжелого течения болезни у мужчин, особенно при его исходно сниженном уровне

низкого уровня тестостерона у мужчин с тяжестью течения новой коронавирусной инфекции. Проведенное нами исследование убедительно подтвердило эту идею о связи низкого уровня тестостерона у мужчин с более тяжелым течением новой коронавирусной инфекции.

Однако до сих пор остается непонятным последовательность изменений, происходящих у пациентов с COVID-19 на фоне различий андрогенного статуса. Непонятно, снижается ли тестостерон на фоне тяжелого течения новой коронавирусной инфекции (маркер тяжести заболевания) или же низкий тестостерон способствует тяжелому течению новой коронавирусной инфекции (фактор риска тяжелого течения).

Учитывая диаметрально противоположные теории о связи уровня тестостерона с тяжестью течения новой коронавирусной инфекции и базируясь на

повышенный андрогенный статус могут быть негативным фактором, приводящим к большей заболеваемости и тяжелому течению болезни. При этом тестостерон и образующийся при действии 5-альфа редуктазы дигидротестостерон через активацию андрогенных рецепторов активируют рецепторы АПФ-2 и TMPRSS-2, являющиеся «входными воротами» новой коронавирусной инфекции. Поэтому мужчины, в частности с гиперандрогенным статусом, чаще и тяжелее болеют COVID-19. На раннем этапе болезни выбор спиронолактона с его многочисленными, но умеренными антиандrogenными свойствами выглядит оправданным. Это подтвердилось в исследованиях, продемонстрировавших как снижение риска быть госпитализированным, так и риск более короткого течения вирусемии и лечения в стационаре. Более того, при применении канренона (активного мета-

Добропачественная гиперплазия и рак предстательной железы: на что обратить внимание практикующему урологу

В процессе осенней Московской урологической школы врач-уролог, д.м.н., профессор кафедры урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова **Александр Викторович Говоров** обратил внимание коллег на две самые распространенные и часто сочетающиеся урологические проблемы – доброкачественную гиперплазию предстательной железы (ДГПЖ) и рак предстательной железы (РПЖ). Как отметил докладчик, пациенты с этими диагнозами часто ходят по кругу (от уролога – к онкологу, затем – к онкоурологу и снова – к урологу) и не понимают главного, как и чем им лечиться.



Важно, что расстройства мочеиспускания, которые пациент наблюдает при диагнозе ДГПЖ до биопсии предстательной железы (ПЖ), никуда не исчезают и продолжают беспокоить пациента. При этом известно, что в самых разных клинических ситуациях пациенты с симптомами нарушения функции нижних мочевыводящих путей (СНМП – расстройства мочеиспускания) или РПЖ, сочетанным с ДГПЖ, или в других случаях принимают α-адреноблокаторы. Далее профессор А.В. Говоров рассмотрел несколько клинических наблюдений, при которых это происходит.

В первом из этих наблюдений докладчик рассмотрел историю болезни пациента 56 лет с уровнем общего простатического специфического антигена (ПСА) – 5,9 нг/мл, объемом ПЖ – 42 см³, Q_{max} (максимальная скорость потока мочи) – 12,3 мл/сек, IPSS – 15. У пациента, по данным биопсии ПЖ, выявлена аденокарцинома 2-й прогностической группы, причем этот пациент с расстройством мочеиспускания выбрал активное наблюдение, временно отказавшись от операции и лучевой терапии. «Понятно, что этот пациент для улучшения качества жизни будет продолжать прием α-адреноблокатора. Однако он чаще всего не понимает, какой именно врач должен ему назначить правильное лечение и контролировать его состояние», – прокомментировал докладчик.

Во втором клиническом наблюдении пациент 76 лет с общим ПСА – 8,9 нг/мл, объемом ПЖ – 62 см³, Q_{max} – 10,3 мл/с, IPSS – 17. У пациента по данным биопсии ПЖ выявлена аденокарцинома 2-й прогностической группы. Этот пациент также выбирает наблюдение и продолжает прием α-адреноблокатора.

В третьем наблюдении пациент 56 лет с общим ПСА – 7 нг/мл, объемом ПЖ – 42 см³, IPSS – 14. Этому пациенту выполнена трансректальная биопсия ПЖ, результаты которой врач ожидает. «При этом уролог пони-

мает, что у большинства таких пациентов имеется ухудшение мочеиспускания после выполненной биопсии, – отметил профессор А.В. Говоров.

По этому поводу существует масса публикаций в отечественной и зарубежной литературе. В них говорится о том, что некоторые врачи назначают α-адреноблокаторы со дня выполнения биопсии, некоторые – до ее выполнения. Из этих исследований становится очевидно, что больные, которым α-адреноблокатор был назначен за 2 дня до биопсии ПЖ, имеют менее выраженное ухудшение качества мочеиспускания, связанное с отеком ПЖ, поэтому и сумма баллов по шкале IPSS у них меньше. Это в еще большей степени относится к пациентам, которым выполняется биопсия ПЖ промежностным доступом (у этих пациентов задержка мочеиспускания бывает в 10% случаев), именно поэтому в новых рекомендациях Европейской ассоциации урологов-2021 говорится о назначении им α-адреноблокаторов до и после биопсии.

«...»

В настоящее время применение α-адреноблокаторов у пациентов с РПЖ является вполне обоснованным. Но следует помнить, что эти пациенты часто являются соматически отягощенными и принимают много других препаратов. Поэтому очень важен полидисциплинарный подход к их лечению

В пятом клиническом наблюдении речь шла о пациенте 60 лет, которому была выполнена радикальная простатэктомия по поводу аденокарциномы ПЖ pT2N0M0, причем у этого больного был удален уретральный катетер. «Мы знаем, что в настоящее время, когда все больше операций выполняется в условиях робот-ассистированного доступа, у этих пациентов редко встречается задержка мочеиспускания. Тем не менее после удаления уретрального катетера задержка мочеиспускания случается, – пояснил Александр Викторович. – В таком случае, когда приходится еще на какое-то время устанавливать уретральный катетер, пациенту следует также назначить α-адреноблокатор с целью восстановления мочеиспускания после удаления катетера».

Шестое клиническое наблюдение касалось больного 72 лет, которому была выполнена ультразвуковая абляция ПЖ по поводу аденокарциномы ПЖ T2N0M0, ему был установлен уретральный катетер на 4 суток. «После удаления катетера примерно у 15–20% пациентов случается задержка мочеиспускания и очень высока вероятность временного ухудшения качества мочеиспускания. Таким пациентам мы стараемся выполнять трансуретральную резекцию до того, как выполняем им ультразвуковую абляцию ПЖ. А также назначаем α-адреноблокаторы при установленном диагнозе РПЖ, чтобы увеличить у них вероятность успешного и скорейшего самостоятельного мочеиспускания после операции. Ту же стратегию мы с коллегами применяем в течение многих лет, когда выполняем пациентам криоаблацию ПЖ. После 11 лет такой практики могу сообщить, что у всех наших пациентов с диагнозом РПЖ после криоаблации ПЖ восстановилось самостоятельное мочеиспускание. При этом все они после операции (а часто

ных публикаций: в одной из таких работ авторы оценивали применение α-адреноблокаторов после дистанционной лучевой и брахитерапии по поводу РПЖ. Это привело к значительному уменьшению симптоматики, что подтверждено по шкале IPSS и снижению частоты возникновения острой задержки мочеиспускания», – сообщил он.

В результате рассмотрения вышеописанных клинических наблюдений, докладчик снова вернулся к частому вопросу пациента: кто именно должен назначить α-адреноблокатор – уролог или онколог? Чтобы ответить на этот вопрос, профессор А.В. Говоров привел еще одно клиническое наблюдение, касающееся истории болезни пациента 78 лет с распространенным РПЖ в стадии T3bN1M1b, которому было назначено лечение (андrogen-депривационная терапия в сочетании с энзалутамидом) по поводу аденокарциномы ПЖ. При этом до начала лечения пациент оценил свое качество жизни на 4 балла при сумме баллов по шкале IPSS – 18. «Понятно, что это тот больной, которому помимо лечения основного заболевания необходимо улучшить и качество мочеиспускания, – прокомментировал докладчик. – Однако если этому пациенту в дополнение к андроген-депривационной терапии добавить α-адреноблокатор, то качество его мочеиспускания улучшится, что подтверждается примерами из западной литературы. Подобное исследование мы с коллегами проводили в клинике МГМСУ им. А.И. Евдокимова: при сравнении группы пациентов, которым проводилась классическая андрогенная депривация, с группой, где проводилась депривация в сочетании с α-адреноблокатором. Мы отметили во второй группе пациентов более быстрое уменьшение выраженности симптомов нарушенного мочеиспускания по шкале IPSS и по показателю качества жизни, а показатель Q_{max} у них увеличивался быстрее. Также нам известно, что пациенты с РПЖ чаще всего принимают множество препаратов, назначенных другими специалистами (кардиологом и др.), поэтому для них важна еще и безопасность лечения».

В заключение профессор А.В. Говоров еще раз отметил, что в настоящее время применение α-адреноблокаторов у пациентов с РПЖ является вполне обоснованным. Но следует помнить, что эти пациенты часто являются соматически отягощенными и принимают много других препаратов. Поэтому очень важен полидисциплинарный подход к их лечению. Довольно часто урологам и онкологам приходится принимать индивидуальные решения по поводу этих пациентов, что не всегда имеет отражение в международных или российских клинических рекомендациях.

Когда и что выбираем: эффективная длительная лекарственная терапия или оперативное лечение?

Врач-уролог ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого, д.м.н., профессор кафедры урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова **Геворг Рудикович Касян** напомнил коллегам о том, что в функциональной урологии принято применять такие понятия, как компенсированное и декомпенсированное состояние. И хотя весь смысл лекарственной терапии заключается в максимально долгом продолжении компенсации, однако при этом важно не упустить момент, когда необходимо перейти к оперативному лечению.



«Когда-то большинство урологов были уверены, что стоит выполнить пациенту операцию и избавить его от доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) – у него сразу пройдут все расстройства мочеиспускания (СНМП – симптомы нарушения функции нижних мочевыводящих путей). Но сегодня эти подходы поменялись, и теперь мы уже говорим о СНМП, связанных с обструкцией и реакцией мочевого пузыря на нее. В результате вопрос о лекарственной терапии или оперативном лечении стал более сложным, т.к. стало понятно, что разные пациенты имеют различные наборы субъективных (жалоб) и объективных симптомов, а также несхожие ожидания от лечения», – сказал докладчик.

Что использовать у пациентов с расстройствами мочеиспускания, обусловленными ДГПЖ: эффективную длительную лекарственную терапию или оперативное лечение? В своем докладе Геворг Рудикович ответил на этот вопрос, приведя в пример несколько клинических наблюдений.

В одном из них была рассмотрена история болезни пациента 65 лет без соматических заболеваний, с остаточной мочой около 1 л и снижением сократимости детрузора. «По поводу лечения этого пациента был проведен опрос американских и европейских урологов, большинство из которых (76%) предложили выполнить пациенту трансуретральную резекцию ПЖ (ТУРП), хотя из мировой литературы известно, что вероятность устранения остаточной мочи после выполнения ТУРП составляет около 57%, – сообщил докладчик. – В другой клинической ситуации мужчина 65 лет без соматических заболеваний жаловался на задержку мочеиспускания при гиперактивности детрузора, но без координированного сокращения детрузора. Из той же группы опрошенных урологов 72% предложили выполнить пациенту ТУРП, зная о том, что вероятность восстановления мочеиспускания

при этом составит не более 48%. В третьем наблюдении у пациента 65 лет без соматических заболеваний и наличием постоянного катетера была снижена сократимость детрузора. И даже в такой ситуации 89% зарубежных коллег предложили выполнить ТУРП, хотя вероятность того, что пациент станет мочиться самостоятельно, составляла всего 53%. В четвертом наблюдении пациент 65 лет без соматических заболеваний обратился к урологу по поводу учащенного мочеиспускания и императивных позывов на мочеиспускание (ургентности), а также с признаками обструкции. И снова 90% опрошенных урологов предложили выбрать выполнение ТУРП, в то время как вероятность устранения ирритативных симптомов, по данным литературы, составляет 64%, а риск развития ургентного недержания мочи (неудержания мочи) – 33%.

Получается, что ТУРП является неким универсальным инструментом для лечения пациентов с СНМП, у которых есть ДГПЖ? В этом отношении можно вспомнить закон

необходимость оперативного лечения острой задержки мочеиспускания? И существуют ли показатели, по которым можно понять: кому из пациентов нужна операция, а для кого следует выбрать лекарственную терапию?».

Профессор Г.Р. Касян сообщил об основных факторах такого прогноза, первым из которых является уровень простатического специфического антигена (ПСА). По словам докладчика, он является чувствительным предиктором увеличения объема ПЖ, изменения симптомов, качества жизни и скорости мочеиспускания, а также индикатором прогрессирования заболевания, риска задержки мочеиспускания и необходимости оперативного лечения. «Когда мы наблюдаем, что показатель ПСА составляет более 1,4 нг/мл, то сразу понимаем, что риск задержки мочеиспускания возрастает, а при показателе выше 3,3 нг/мл этот риск удваивается. По данным крупных популяционных исследований, в случае, когда ПСА у пациента составляет более 1,4 нг/мл, ему требуется лечение. При этом позитивная

лечебие не помогает, жалобы у пациента не проходят, а суммарный балл по шкале IPSS становится выше, то понятно, что вместе с этим также возрастает и риск задержки мочеиспускания. При этом отсутствие субъективного эффекта является еще одним фактором риска для пациентов с ДГПЖ. В то же время понятно, что применение тех или иных препаратов (α-адреноблокаторов, ингибиторов 5-α-редуктазы или комбинированной терапии) может снижать риск прогрессирования ДГПЖ. В частности, комбинированная терапия с применением ингибиторов 5-α-редуктазы снижает вероятность оперативного лечения, а лечение α-адреноблокаторами снижает прогрессирование ДГПЖ и уменьшает симптомы заболевания».

Говоря об основных проявлениях гиперплазии ПЖ, докладчик отнес к ним ИВО, постмикционные жалобы, учащенное мочеиспускание, ургентное недержание мочи. «Большинство препаратов, которые применяются сегодня при лечении пациентов с ДГПЖ – это α-адреноблокаторы для устранения обструкции. И даже у больных, которые жалуются на ирритативные симптомы, наряду с М-холинолитиками и β-адреномиметиками, также применяются α-адреноблокаторы, которые значительно улучшают уродинамические показатели у пациентов с СНМП/ДГПЖ, ожидающих операции, – пояснил он. – Также α-адреноблокаторы способны снижать индекс ИВО. Исследования показывают, что по окончании лечения некоторыми α-адреноблокаторами многие пациенты заявляют, что их симптомы настолько улучшились, что такое состояние позволило отменить или перенести операцию. В других исследованиях было продемонстрировано, что применение α-адреноблокатора улучшило симптомы и качество жизни у пациентов через 4 недели после лечения, а через 8 недель лечения было зарегистрировано дополнительное улучшение показателей».

Завершая свой доклад, Геворг Рудикович отметил, что и СНМП, и ДГПЖ в первую очередь связаны с механической обструкцией, динамической обструкцией (тонусом шейки) и реакцией мочевого пузыря на эту обструкцию. «Сегодня у нас есть индикаторы прогрессирования обструкции, и один из важных показателей – это неэффективность лекарственной терапии. Кроме того, стоит обращать внимание на показатели ПСА и динамические показатели роста остаточной мочи, а также на трабекулярность и среднюю долю ПЖ. Следует не забывать, что длительная лекарственная терапия может снижать прогрессирование симптомов и предотвращать декомпенсацию мочевого пузыря».

«...»

Следует не забывать, что длительная лекарственная терапия может снижать прогрессирование симптомов и предотвращать декомпенсацию мочевого пузыря

социальной психологии, называемый «законом инструмента»: по словам американского психолога Абрахама Маслоу, «если у вас есть только один инструмент – молоток, то вы будете ко всему относиться, как к гвоздям». Возможно, этот «закон» отчасти актуален и среди урологов при подходе к лечению пациентов с СНМП, обусловленных ДГПЖ».

С другой стороны, профессор Р.Г. Касян отметил, насколько поменялась картина самих пациентов, оперируемых сегодня в мире: «По данным литературы, в 90-х гг. прошлого столетия были прооперированы 60% больных ДГПЖ по поводу СНМП и только 25% – по поводу острой задержки мочеиспускания. В наше время большинство пациентов оперируют именно по поводу задержки мочеиспускания. Является ли это результатом слишком длительной терапии и упущения того момента, когдальному необходимо оказать хирургическую помощь? Сегодня для нас очень важным остается вопрос: насколько мы можем оценить риски того, что у пациента с ДГПЖ возникнет

предиктивная ценность ПСА для инфравизуальной обструкции (ИВО) составляет около 68%, а показатель свободного ПСА является более точным маркером прогрессирования ДГПЖ, – подчеркнул он. – Также из практики нам известно, что динамика роста остаточной мочи в течение времени указывает на неэффективность терапии, и таких пациентов мы обычно относим к группе высокого риска. При большом количестве остаточной мочи у пациента выше вероятность декомпенсации и необходимость оперативного лечения. Если рассмотреть состояние пациента с обструктивной урофлюметрической кривой, то при цистоскопии у него можно заметить и псевдо-дивертикулы, и трабекулярные волокна детрузора – показатели его декомпенсации. Таким образом, становится понятно, что ему необходимо оперативное лечение».

Как долго можно проводить терапию? Отвечая на это вопрос, профессор Г.Р. Касян сказал следующее: «Если после трех лет приема α-адреноблокаторов лекарственное

Посткоитальный цистит: современное понимание проблемы

Открывая работу Московской урологической школы, прошедшей 18–19 ноября, заведующий кафедрой урологии МГМСУ, профессор, главный внештатный специалист-уролог Минздрава РФ, академик РАН, д.м.н. Дмитрий Юрьевич Пушкарь напомнил, что, несмотря на режим *on-line*, мероприятие представляет собой успешный образовательный проект, основанный на клинических рекомендациях, использует европейские методы преподавания и решает задачу стандартизации знаний урологов. Также профессор Д.Ю. Пушкарь выразил надежду на то, что весенние сессии Школы пройдут в режиме живого присутствия участников.



В рамках сессии, посвященной проблемам мочевой инфекции, врач-уролог, д.м.н., профессор кафедры урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова **Михаил Юрьевич Гвоздев** рассказал о вариантах лечения пациенток с посткоитальным циститом. Давая определение этому заболеванию, докладчик отметил, что оно представляет собой рецидивирующую инфекцию мочевыводящих путей, при которой происходит не менее трех эпизодов в течение года или двух эпизодов в течение 6 месяцев. «До 60% пациенток с хроническим циститом отмечают развитие симптомов заболевания после полового акта, у 75–90% сексуально активных женщин половой акт является причиной развития цистита, при этом 80% женщин, страдающих хроническим циститом, имеют сексуальную дисфункцию, – отметил докладчик. – Все это диктует иной подход к диагностике и лечению пациенток с посткоитальным циститом».

Среди факторов риска развития посткоитального цистита докладчик назвал наличие инфекции мочевыводящих путей у девушек до 15 лет, наличие новых или множественных сексуальных партнеров, использование спермицидов, число половых актов, превышающих 3 раза в неделю у женщин в пременопаузе, а также генитоуринарный синдром. Но действительно ли анатомические особенности (гипоспадия, влагалищная эктопия, гипермобильность уретры за счет уретро-гименальных спаек) являются факторами риска посткоитального цистита? Отвечая на этот вопрос, профессор М.Ю. Гвоздев сказал: «В одном из исследований, проведенных греческими коллегами в 2018 г., были представлены следующие данные: уретро-влагалищное расстояние у пациенток, страдающих рецидивирующей инфекцией нижних мочевыводящих путей, является статистически значимо меньшим (среднее расстояние – 16 мм), чем у здоровых пациенток

(21 мм). Также в уретро-анальном расстоянии можно отметить значимое расхождение (51 мм против 59 мм соответственно). Эти данные греческих исследователей были подтверждены и нашей работой, проведенной в 2012 г. на кафедре урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, где мы с коллегами сравнивали клиторо-уретральное расстояние у пациенток с посткоитальным циститом и у здоровых женщин. Поэтому сегодня можно утверждать, что эти анатомические особенности являются факторами, которые предрасполагают к развитию посткоитального цистита. Диагностика посткоитального цистита довольно проста: гипермобильность уретры определяют с помощью специальной пробы Хиршхорна».

Далее докладчик сообщил, что в 1997–1998 гг. командой российских урологов был предложен способ транспозиции наружного отверстия мочеиспускательного канала у женщин. Он отметил, что результаты применения этого способа были неплохими

Обратившись к новейшим клиническим рекомендациям, утвержденным Минздравом РФ в мае 2021 г., докладчик отметил, что в них в качестве профилактических мер при цистите у женщин упоминаются растительные препараты, иммунопрофилактика, а также инстилляции стерильного вязкоэластичного протектора на основе гиалуроновой кислоты. «Если же обратиться к неантимикробной профилактике рецидивирующей инфекции мочевыводящих путей, то в клинических рекомендациях Европейской ассоциации урологов упоминаются следующие меры: изменение образа жизни, иммуноактивная профилактика, профилактика пробиотиками (штаммы лактобактерий), препараты клюквы, D-манноза, внутривенные инстилляции гиалуроновой кислоты и хондроитинсульфата. В отношении изменения образа жизни пациенткам с посткоитальным циститом не рекомендуется использовать мыло с парфюмерными отдушками, не терпеть и

активность и антистрессовое действие, улучшающих качество жизни пациенток, докладчик рекомендовал использовать препараты без миорелаксирующего эффекта, угнетения сократительной деятельности миокарда, подавленности, вялости, сонливости, эмоционального безразличия, привыкания и синдрома отмены.

Говоря об антибиотикопрофилактике посткоитального цистита, профессор М.Ю. Гвоздев снова обратился к российским клиническим рекомендациям: «В них говорится об антибиотикопрофилактике посткоитального цистита нитрофурантоином 50 мг 1 раз в сутки до или после полового акта при неэффективности прочих, неантибактериальных методов. В английских и европейских рекомендациях можно увидеть тот же препарат (хотя на первом месте в них находится препарат триметоприм, который не используется в России в связи с высокой антибиотикорезистентностью к нему и низкой эффективностью), но в дозировке 100 мг. Во всех упомянутых документах антибиотикопрофилактика посткоитального цистита рекомендована только в случаях, когда другие методики (и в первую очередь поведенческая терапия) неэффективны. При этом отмечается, что нитрофурантоин обладает природной активностью к основным возбудителям мочевой инфекции. В исследованиях было показано, что чувствительность кишечной палочки у взрослых пациенток с внебольничными инфекциями наиболее высока к нитрофурантоину. У нитрофурантоина особый механизм действия, при котором происходит одновременное подавление синтеза белков, метаболизма аэробной энергии, синтеза ДНК, РНК и клеточной оболочки. Кроме того, ВОЗ относит нитрофурантоин к первому классу экологической безопасности. По этой причине препараты на основе нитрофурантоина включены в федеральные клинические рекомендации по лечению пациенток с инфекциями мочевыводящих путей и могут широко использоваться в клинической практике».

Завершая свой доклад, профессор М.Ю. Гвоздев подчеркнул: «Каждая пациента требует особого подхода, т.к. доказательной базы эффективности оперативных методик при посткоитальном цистите сегодня не существует. При этом ежедневно нам приходится бороться с новыми осложнениями, возникающими у больных. Урологам стоит понять, что все пациентки с посткоитальным циститом нуждаются в лечении мочевой инфекции и посткоитальной профилактике препаратами нитрофурантоина, и это является одним из основных направлений лечения».

«...»

Каждая пациентка требует особого подхода, т.к. доказательной базы эффективности оперативных методик при посткоитальном цистите сегодня не существует

(65–70% положительных результатов), однако полностью проблему посткоитального цистита он не решил. Кроме того, при попытках усовершенствовать методику произошло резкое увеличение числа операций по транспозиции отверстия мочеиспускательного канала, которые привели к новым осложнениям, не встречавшимся раньше (уретро-влагалищные свищи, деструкции уретры). Причем, все пациентки, пострадавшие от осложнений, были сексуально активными женщинами репродуктивного возраста, которым проблемы, связанные с посткоитальным циститом, не позволяли забеременеть. «Если говорить об инъекционных техниках транспозиции уретры, то они (как и операции по транспозиции) не имеют под собой никакой доказательной базы при лечении пациенток с посткоитальным циститом, и в клинических рекомендациях нет одобрения по использованию этих методов для больных данной категории», – подчеркнул профессор М.Ю. Гвоздев.

мочиться по позыву, не торопиться во время мочеиспускания, полностью опорожняя мочевой пузырь, не носить синтетическое нижнее белье, не злоупотреблять алкоголем и сладким, не использовать презервативы и диафрагмы со спермицидами. Женщинам рекомендуется соблюдать несколько повышенный водный питьевой режим, мочиться регулярно в течение дня, соблюдать гигиену половых органов, подмываться спереди назад, принимать душ до и после полового акта, обязательно мочиться после полового акта, регулярно менять гигиенические прокладки. Порой этих мер бывает достаточно, чтобы предотвратить рецидив. Также следует отметить, что пациентки с посткоитальным циститом нуждаются в психологической поддержке, т.к. у них часто встречаются различные психосоматические расстройства вследствие хронического течения заболевания и низкой эффективности методов лечения». В качестве препаратов, снижающих тревожность, увеличивающих адаптогенную

КЛАССИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ТЕРАПИИ СНМП У МУЖЧИН¹

ОМНИК®



Омник® – референтный тамсулозин*



Омник® – лидер рынка препаратов для терапии ДГПЖ более 15 лет¹



Омник® – самый назначаемый урологами α-адреноблокатор согласно данным опроса в 21 городе России²



Долгосрочная эффективность и безопасность тамсулозина доказана и может быть альтернативой хирургическому вмешательству³



АО «Астеллас Фарма» 109147, Россия, г.Москва, ул. Марксистская, д.16, +7(495)737 07 56

* Референтный лекарственный препарат – это лекарственный препарат впервые зарегистрированный и разрешенный к применению (другое определение – оригинальный лекарственный препарат). Инструкция по медицинскому применению препарата Омник® (П N013915/01 от 21.05.2008) доступна на сайте grls.rosminzdrav.ru

1. Согласно данным базы ООО «АЙКЬЮВИА Солюшнс» «Розничный аудит ГЛС и БАД в РФ», торговое наименование Омник® является лидером по объему продаж в рублях в оптовых ценах и в упаковках среди лекарственных препаратов группы G04C2 «Препараты для лечения доброкачественной гипертрофии предстательной железы альфа-адренергические антагонисты, простые» (классификация EphMRA) ежегодно с 2004 года по январь-июль 2021 года

2. Препарат Омник® – самый назначаемый урологами альфа-адреноблокатор среди урологов. Согласно данным Аудита врачебных назначений RxTestTM по количеству назначений врачами урологами 21 города России (по итогам 2020 год в АТХ-группа G04CA Альфа-адреноблокаторы, с участием 780 врачей), по данным информационно-аналитической базы «Система исследования Рынка Фармэксплорер», лицензионные права на которую принадлежат ООО «Проксима Рисерч».

3. Narayan et al. REVIEWS IN UROLOGY 2005 VOL. 7 SUPPL. 4 S42-48.



OMN_2021_0001_RU_Oct_2021_onpoint

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Варианты энуклеации обструктивной гиперплазии предстательной железы

23–25 сентября состоялся XXI Конгресс Российского общества урологов. Мероприятие прошло в *on-line*-формате и было организовано при поддержке Европейской ассоциации урологов. В рамках образовательного семинара «Биполярная, плазменная и лазерная энуклеации обструктивной гиперплазии предстательной железы» выступили известные российские урологи, представившие коллегам многообразный опыт работы в этой сфере.



Фото взято из фотоотчета конгресса <https://congress-rou.ru>

Эндоскопическая энуклеация предстательной железы: мировой стандарт лечения

Хирург-уролог, онколог, д.м.н., профессор Института урологии и репродуктивного здоровья человека Сеченовского университета **Дмитрий Викторович Еникеев** напомнил, что, по данным статистики, доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является возрастным прогрессирующими заболеванием, которое возникает у 80% мужчин к 80 годам. Причем у 50% пациентов ДГПЖ имеет клинические проявления, а 25% больных требуется оперативное лечение. «До недавних пор методом выбора лечения пациентов с ДГПЖ являлась трансуретральная резекция простаты (ТУРП). Однако мы понимаем, что с увеличением объема предстательной железы (ПЖ) повышается риск кровотечения и электролитных нарушений, поэтому все профессиональные организации оговаривают для выполнения ТУРП объем ПЖ, равный 80 см³. При большем объеме ПЖ обычно выполняется открытая аденоэктомия (чаще – лапароскопическим доступом, в т.ч. с использованием робота), – отметил докладчик. – Если же проанализировать рекомендации Европейской ассоциации урологов за последние 20 лет, то можно заметить, что в 2011 г. в них появилась гольмневая энуклеация ПЖ как альтернатива открытой аденоэктомии у пациентов при ДГПЖ с железой объемом более 80 см³. В 2014 г. эндоскопическая энуклеация стала альтернативой ТУРП. Сегодня эндоскопическая энуклеация по эффективности сравнима с ТУРП и открытой аденоэктомией, однако доказано, что эндоскопическая энуклеация безопаснее, чем ТУРП и открытая аденоэктомия».

Профессор Д.В. Еникеев сообщил, что аналогичного мнения придерживаются и экс-

перты Американской урологической ассоциации, называя лазерную энуклеацию опцией для оперативного лечения пациентов с ДГПЖ независимо от объема ПЖ. В Российских клинических рекомендациях можно отметить те же данные. Также докладчик подчеркнул, что эндоскопическая энуклеация является эффективной и максимально безопасной методикой, случаи рецидива при которой не превышают 2%, время дренирования мочевого пузыря уретральным катетером составляет 1–2 дня, госпитализация – 2–3 дня. Сама операция состоит из двух этапов: энуклеации и морцелляции.

Обзор и сравнение оборудования для эндоскопической энуклеации ПЖ

Уролог-онколог, андролог, руководитель центра оперативной урологии/онкоурологии и андрологии GMS Clinic, д.м.н. **Константин Леонидович Локшин** перечислил варианты возможностей, при помощи которых сегодня выполняется трансуретральная энуклеация у пациентов с ДГПЖ: гольмневая лазерная (HoLep), биполярная/плазменная трансуретральная B-TUEP, тулиевая лазерная (ThuLep), диодная лазерная (DILEP) и пока исследуется энуклеация с использованием «зеленого» лазера (GreenLep).

Для выполнения всех вышеперечисленных видов энуклеации, по словам докладчика, требуется эндоскопическое оборудование, ирригационный резектоскоп 24–26 Ch с врачающимся внутренним тубусом, ирригационная система, ирригационный раствор, электрогенератор. Для выполнения лазерной энуклеации в дополнение необходимы лазерный рабочий элемент, лазерное волокно 500–600 мм и лазер. На этапе морцелляции хирургу требуются морцепскоп, морцеллятор, переходники и системы

отводящих трубок. «Очень важно, чтобы и резектоскоп, и морцепскоп приобретались у одного производителя, т.к. соединять их следует, не меняя тубуса резектоскопа. Устройство системы таково, что для подключения морцепскопа необходимо удалить внутренний тубус резектоскопа и использовать специальную вставку, без которой невозможно сделать морцелляцию, – пояснил доктор К.Л. Локшин. – Также стоит внимательно отнести к выбору лезвий для морцелляции в несовременных моделях лазеров (лезвия, которые работают в режиме «вперед-назад» дают более высокие риски повреждения слизистой оболочки мочевого пузыря). В более современных модификациях блок, «ответственный» за морцелляцию и аспирацию, представляет собой систему, объединенную с самим лазером, которая не требует установки отдельных элементов».

Виды энергий: преимущества и недостатки их применения

Младший научный сотрудник Института урологии и репродуктивного здоровья человека Сеченовского университета **Марк Сергеевич Тараткин** сделал небольшой обзор видов энергий, используемых в современной хирургии, и рассказал об их преимуществах и недостатках. Говоря об электрохирургии, среди преимуществ докладчик назвал большой выбор инструментов, знакомый источник энергии и возможность глубокого проникновения в ткани. Упомянута о недостатках, он сказал о глубине термического повреждения тканей, которое может достигать 3,5 мм: в исследованиях показано, что это может негативно повлиять на эректильную функцию, становится выше риск ирритативной симптоматики (на 20–25%), однако реже возникают кро-

вотечения и необходимость переливания крови (10–15%).

Далее доктор М.С. Тараткин рассказал о том, как функционирует лазер в хирургии: «Лампа накачки (источник) передает энергию в лазерную среду, где она накапливается, благодаря двум зеркалам. После того как одно из зеркал убирают, энергия поступает в лазерное волокно, в результате чего возникает лазерный луч. Разницу в лазерах определяет именно лазерная среда: чаще всего это иттрий-алюминиевый гранат, к которому добавляются химические присадки (гольмий, тулий и другие). В результате меняются физические свойства лазера, ключевым из которых является то, в какой жидкости тела будет поглощаться энергия. Так же как свет лучше поглощается черной тканью, одни лазеры лучше поглощаются кровью и позволяют добиться лучшей коагуляции, другие – водой (они коагулируют чуть хуже, но делают достаточно эффективный разрез». Резюмируя сказанное, докладчик отметил, что электрохирургия эффективна в остановке кровотечений, но может влиять на эректильную функцию. Гольмневый лазер высокоеффективен как при литотрипсии, так и в хирургии мягких тканей, а технология Moses помогает сократить время гемостаза, «зеленый» лазер эффективен в вапоэнуклеации, однако не распространен в России; тулиевый лазер дает эффективный гемостаз и обладает хорошими режущими свойствами, при этом у него выраженная карбонизация; тулиевый волоконный лазер эффективно разрезает ткани, у него сниженная карбонизация и его можно использовать при литотрипсии».

Гольмневая энуклеация гиперплазии ПЖ: технология Moses

Заведующий отделением урологии ГКБ №29 им. Н.Э. Баумана, врач высшей категории **Дмитрий Николаевич Суренков** рассказал о технологии Moses, которая заключается в оптимизированной импульсной доставке энергии гольмия. Технология модулирует образование двух последовательных кавитационных пузырьков, при этом воздействие второго пузырька более оптимизировано, а схлопывание первого пузырька вызывает эффект притягивания. «Операция энуклеации простаты с применением энергии Moses гольмевого лазера не отличается от классической энуклеации, – пояснил докладчик. – Однако эффект технологии Moses позволяет добиваться улучшенной эффективности и скорости энуклеации, более эффективного гемостаза. При этом после операции не устанавливается ирригационная система, а срок дренирования мочевого пузыря катетером уменьшается. Также уменьшается срок госпитализации пациента. Эти выводы сде-

ланы на основе собственного опыта моего и моих коллег, а также благодаря большому числу публикаций, в которых доказаны все преимущества эффекта технологии Moses».

Электро (моно- и биполярная) энуклеация ПЖ

Врач-уролог, заслуженный врач Российской Федерации, д.м.н., профессор кафедры урологии Приволжского исследовательского медицинского университета, заслуженный врач РФ **Федор Анатольевич Севрюков** напомнил, что, согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов 2020 г., эндоскопическая энуклеация ПЖ показана и рекомендуется при объеме железы более 80 см³. «Для выполнения монополярной энуклеации требования к оборудованию проще, при этом можно применять монополярные генераторы прежних поколений. Для выполнения биполярной хирургии применяются генераторы нового поколения. Монополярная трансуретральная энуклеация простаты (мТУЭП) выполняется металлическим инструментом – достаточно простым и надежным оборудованием. Однако при выполнении возникают сложности, связанные с налипанием ткани на петлю во время коагуляции и ухудшением интраоперационной визуализации. Кроме того, мТУЭП менее эффективна, чем биполярная энуклеация», – сказал он.

Далее доктор Ф.А. Севрюков сообщил о возможностях и особенностях трансуретральной энуклеации-резекции простаты (ТУЭРП): по его словам, этот метод требует применения обычного оборудования для ТУР (монополярного и биполярного), его можно использовать как отдельный сегмент операции, а сложности связаны с отсутствием энуклеирующего инструмента.

При выполнении биполярной трансуретральной энуклеации простаты (бИТУЭП) могут использоваться различные варианты электродов и петель. Данный метод не требует применения дополнительного дорогостоящего оборудования, а при необходимости может быть выполнен быстрый переход на резекцию. Так же метод позволяет выполнять эффективный гемостаз и коагуляцию.

«В последнее время и монополярные, и биполярные системы неплохо зарекомендовали себя даже при жидкости комнатной температуры. Но все же при использовании теплого физиологического раствора (не ниже 36 °С) качество работы улучшается (комфортней проходит и резание, и коагуляция) и сам пациент при этом испытывает меньший дискомфорт. Особенно это эффективно для биполярных систем, поэтому при их использовании мы рекомендуем использовать устройства для подогрева раствора, орошающего операционное поле. Также следует отметить, что методы моно- и биполярной энуклеации являются более дешевыми, чем лазерная хирургия, т.к. эндоскопическая стойка есть почти в каждом урологическом отделении, а для работы на ней необходим лишь ряд энуклеирующих элементов», – пояснил профессор Ф. А. Севрюков.

Тулиевая волоконная лазерная энуклеация гиперплазии ПЖ

Врач-уролог, онкоуролог онкологического урологического отделения клинической больницы №2 Сеченовского уни-

верситета, к.м.н. **Алим Мухамедович Дымов** сообщил о параметрах излучения тулиевого волоконного лазера: длина его волн составляет 1940 нм, глубина проникновения – 20 мкм, энергия импульса минимальная – 0,025 Дж, максимальная – 6 Дж, продолжительность импульса – 200–12000 мкс, максимальная частота импульсов – 1600 Гц, максимальная средняя мощность – 120 Вт. «Нередко мы встречаем в мочевом пузыре достаточно плотные камни, поэтому очень важно иметь в руках один инструмент, который позволит выполнить полноценную литотрипсию. И к таким инструментам как раз относится тулиевый волоконный лазер, – пояснил докладчик. – Он позволяет рассекать ткани, выполнять вапоризацию (менее эффективную, чем «зеленым» лазером, но более эффективную, чем гольмиеевым), резекцию, вапоэнуклеацию, а также анатомическую энуклеацию. Этот аппарат тихий, компактный и простой в обслуживании, его можно применять при выполнении любой техники – двухдолевой, трехдолевой и при удалении единым блоком. Результаты исследований при сравнении работы тулиевым волоконным лазером с открытой аденоэктомией показали меньшее снижение уровня гемоглобина у пациентов в послеоперационном периоде, меньшее время катетеризации и госпитализации. Через 6 месяцев стрессовое недержание мочи возникало у 1,1% пациентов после операции тулиевым волоконным лазером и у 2,5% после открытой аденоэктомии. При этом в клинических исходах статистически значимых различий определено не было. При сравнении с ТУР послеоперационные значения по опроснику МИЭФ оказались сопоставимы в обеих группах».

Варианты удаления энуклеированной ткани

Врач-уролог, к.м.н., заведующий отделением дистанционной литотрипсии Александровской больницы в Санкт-Петербурге **Олег Олегович Бурлака** среди способов удаления энуклеированной ткани из мочевого пузыря назвал следующие: трансуретральное извлечение ткани (ТУР и морцелляция) и цистостомию. «К выполнению цистостомии существуют относительные показания: отсутствие или поломка морцеллятора при очень крупном размере гиперплазии, крупная железа в сочетании с астеничным телосложением пациента и установленным ранее цистостомическим дренажем, наличие крупного (более 5 см в диаметре) камня мочевого пузыря, тотальная дезориентация хирурга на финальной стадии энуклеации. Отличие ТУР-эвакуации энуклеированной ткани от обычного ТУР заключается в том, что хирург работает с полностью обескровленной тканью, границы которой хорошо видны, при этом аденоатомозная ткань фиксирована в ложе гиперплазии ПЖ на небольшом фрагменте ткани площадью 1–2 см². За счет этого ткань обездвижена и не смещается в мочевой пузыре, поэтому ее спокойно можно морцеллировать, – пояснил докладчик. – При использовании реципрокного морцеллятора выше скорость удаления ткани и существует возможность заточки ножей. При работе с осциллирующим морцеллятором реже возникает проблема с оставшимися фрагментами, и он больше сохраняет остроту ножа».

ВКЛЮЧИ ЗЕЛЕНЫЙ!

Профлосин®
Тамсулозин 0,4 мг
100 капсул кишечнорастворимых с пролонгированным высвобождением
Для приема внутрь

Для лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (лечения дизурических расстройств)

Профлосин®
Тамсулозин 0,4 мг
30 капсул кишечнорастворимых с пролонгированным высвобождением
Для приема внутрь

Для лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (лечения дизурических расстройств)

ДОСТУПНАЯ ЦЕНА⁴
ЕВРОПЕЙСКОЕ КАЧЕСТВО

**ДЛЯ РАННЕГО ОБЛЕГЧЕНИЯ
ДИЗУРИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ
ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ^{2,3}:**

- Тамсулозин от Берлин-Хеми/А. Менарини
- Упаковки по 30 и 100 капсул = 30 или 100 дней непрерывной терапии
- 1 капсула в сутки²

**БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ**

1. Распоряжение Правительства РФ № 3073-р от 23.11.2020 «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения». 2. Инструкция по медицинскому применению препарата Профлосин® от 26.07.2021. 3. Akin U. et al. //International Urology and Nephrology, 2013 Vol. 45, Issue 1, pp. 45-51. 4. Государственный реестр предельных отпускных цен производителей на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно-необходимых и важнейших лекарственных препаратов (по состоянию на 23.11.2021) (Электронный ресурс) – URL: <http://grfs.rosminzdrav.ru/pricelists.aspx> (дата обращения 24.11.2021).

Показания к применению: Лечение дизурических расстройств при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГЖ). Противопоказания: повышенная чувствительность к тамсулозину (включая антигипертензивный отек) и/или к любому вспомогательному веществу в составе препарата; ортостатическая гипотензия (в т.ч. в анамнезе); печеночная недостаточность тяжелой степени; возраст до 18 лет (в связи с отсутствием клинических данных по эффективности и безопасности применения тамсулозина в данной возрастной группе). Способ применения и дозы: Внутрь, по 1 капсуле 1 раз в сутки после завтрака или первого приема пищи. Капсулу следует проглатывать целиком, не разрезая, запивая достаточным количеством воды. Капсулу нельзя делить на части или разламывать, так как это может повлиять на скорость высвобождения действующего вещества. Учитывая прогрессирующий характер заболевания, симптоматическая терапия может проводиться длительно. Длительность лечения определяет врач. Побочное действие: Возможные нежелательные реакции при применении препарата приведены ниже по нижеследующим частотам возникновения: часто (<1/100, ≥1/1000), редко (<1/1000, ≥1/10000), очень редко (<1/10000). Частота неизвестна (по имеющимся данным установить частоту не представляется возможным), включая отдельные сообщения. Нарушения со стороны нервной системы: частота – головокружение; нечасто – головная боль; редко – обморочные состояния. Нарушения со стороны органа зрения: частота неизвестна – нечеткость зрения, нарушения зрения. Нарушения со стороны сердца: нечасто – «ощущение сердцебиения». Нарушения со стороны сосудов: нечасто – ринит; частота неизвестна – эпистаксис (носовое кровотечение). Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: нечасто – запор, диарея, тошнота, рвота; частота неизвестна – сухость во рту. Нарушения со стороны половых органов и грудной железы: частота – нарушения эякуляции, анизэктуляция; очень редко –priapism. Нарушения со стороны кости и подкожных тканей: нечасто – сыпь, кожный зуд, крапивница; редко – антигипертензивный отек; очень редко – синдром Стивенса-Джонсона; частота неизвестна – многоформная эритема, эксфолиативный дерматит. Общие нарушения: нечасто – астения. В ходе постпрегистриационных наблюдений были зарегистрированы случаи развития синдрома интраоперационной нестабильности радикулярной оболочки глаза (синдром «узкого зрачка») при операции по поводу катаракты или глаукомы у пациентов, принимавших тамсулозин. Опыт постпрегистриационного применения: в дополнение к перечисленным выше нежелательным реакциям на фоне применения тамсулозина были зарегистрированы отдельные случаи фибрillation предсердий, нарушения ритма сердца, тахикардии и диспnoя. В связи с тем, что данные были получены методом спонтанных сообщений в постпрегистриационный период применения тамсулозина, не представляется возможным с достаточной степенью надежности оценить частоту развития данных нежелательных реакций и их связь с терапией тамсулозином. Условия отпуска из аптек: Отпускаются по рецепту. Подробная информация содержится в инструкции по медицинскому применению препарата Профлосин® от 26.07.2021.

ООО «Берлин-Хеми/А. Менарини» 123112, Москва, Пресненская набережная, д.10, БЦ «Башня на Набережной», блок Б. Тел.: (495) 785-01-00, факс: (495) 785-01-01 RU-PROF-03-2021-v01-print. Дата утверждения материала: 03.12.2021

Рекомендации европейской ассоциации урологов относительно ведения пациентов с раком почки

Врач-нефролог Научно-исследовательского клинического института San Raffaele в Милане (Италия), член совета по рекомендациям Европейской ассоциации урологов в отношении почечно-клеточной карциномы доктор **Умберто Капитанио** (Umberto Capitanio) выступил с докладом на Школе Европейской ассоциации урологов, проходившей в рамках XXI Конгресса Российского общества урологов.



Он сообщил, что в рекомендации Европейской ассоциации урологов относительно ведения пациентов с раком почки в 2021 г. были внесены некоторые изменения. Первое из них касается стадирования почечно-клеточной карциномы. «В связи с публикацией, которая была разработана несколько лет назад в госпитале San Raffaele, руководства Европейской ассоциации урологов рекомендуют отменить проведение компьютерной томографии (КТ) грудной клетки у пациентов с очень низким риском метастазирования в легкие, особенно это касается пациентов с клинической опухолью стадии T1a (менее 4 см в диаметре без субъективных симптомов и изменений в показателях крови). Второе важное сообщение касается использования неионизирующих методов (включая магнитно-резонансную томографию и ультразвуковое исследование с контрастом) для дальнейшей характеристики опухолевых образований меньших размеров, опухолевых тромбов, а также дифференциации неоднозначных почечных образований, когда результаты КТ с контрастом могут быть неопределенными», – пояснил доктор У. Капитанио. – В отношении изменений в лечении больных локализованным раком почки ретроспективные исследования показали, что онкологические исходы были схожи после резекции почки и радикальной нефрэктомии у пациентов с опухолями более 7 см в диаметре, однако частота послеоперационных осложнений была выше в группе пациентов, перенесших резекцию почки. Поэтому окончательное положение руководства

Европейской ассоциации урологов заключается в том, чтобы предлагать резекцию почки пациентам с опухолью стадии T2, единственной почкой или наличием признаков почечной недостаточности (если это технически возможно)».

Относительно диссекции лимфатических узлов у пациентов с локализованным раком почки докладчик пояснил, что рандомизированное клиническое исследование, а также ретроспективные исследования показали: при локализованном заболевании без радиографических признаков метастазирования в лимфатические узлы преимущество иссечения лимфатических узлов в ходе операции на выживание пациентов не доказано, к тому же для стадирования и прогноза иссечение лимфоузлов не дает дополнительной информации. Поэтому руководство Европейской ассоциации урологов рекомендует не предлагать иссечение лимфатических узлов пациентам с локализованными формами рака почки в пределах органа.

Далее доктор У. Капитанио сообщил, что другие важные изменения были включены в руководство по поводу фокальных методов лечения и активного наблюдения. «Исследования низкого качества свидетельствовали о высокой частоте рецидивов заболевания после радиочастотной абляции опухолей размером более 3 см в диаметре, а также после криоабляции опухолей более 4 см в диаметре», – отметил он. – Поэтому, собрав воедино все имеющиеся данные, руководства Европейской ассоциации урологов предлагают с высокой степенью убедительности выполнять чрезкожную биопсию почки до, а не одновременно с термической абляцией, чтобы лучше охарактеризовать состояние пациента и опухоль, а затем принять решение о наилучшем лечении конкретного пациента. Активное наблюдение и термическая абляция особенно рекомендованы слабым пациентам или пациентам с небольшими почечными образованиями».

Докладчик также сообщил, что в отношении лечения пациентов с распространенным раком почки в руководстве Европейской ассоциации урологов были отмечены 2 важных изменения. «В случае метастатического заболевания обсуждается хирургическое вмешательство вместе с полидисциплинарной командой. Это связано с публикацией результатов исследований, которые показали, что

в большинстве случаев при наличии метастатического заболевания активная лечебная тактика является первичным клиническим решением, которое должно быть принято. При этом хирургическое вмешательство должно быть ограничено у конкретно отобранных пациентов, – пояснил он. – Что касается иссечения лимфоузлов, то по этому поводу существует лишь одно рандомизированное клиническое исследование, которое не показало никакой пользы для выживания пациентов после локального иссечения лимфоузлов. Однако в эту работу было включено очень мало пациентов с местнораспространенным заболеванием. Поэтому, в конечном счете, не существует данных о влиянии иссечения лимфатических узлов на выживаемость пациентов. Однако есть и несколько ретроспективных исследований, которые предполагают, что в некоторых случаях можно ожидать потенциального преимущества иссечения лимфоузлов в плане выживаемости. Но в настоящее время при местно-распространенном заболевании преимущество иссечения лимфоузлов на выживаемость пациентов не доказано. Но все же распространенность вовлечения лимфоузлов не является незначительным фактором, и их иссечение имеет большое значение для стадирования, прогнозирования и последующего наблюдения, поскольку при вовлечении лимфоузлов пациенты в первую очередь могут выиграть от строгого динамического наблюдения, а в ближайшем будущем, возможно, и от адьювантной терапии».

Умберто Капитанио сообщил, что одним из наиболее важных изменений в руководстве Европейской ассоциации урологов 2021 г. в отношении пациентов с раком почки касается периода наблюдения после радикальной нефрэктомии и резекции почки. «Это важно там, где включены специальные прогностические модели, которые должны использоваться для прогнозирования риска рецидива после операции. А для больных светлоклеточным раком почки лабораторный балл является моделью, которая должна использоваться при расчете риска рецидива у пациента именно при паренхиматозном или начальном раке почки. Показатель лабораторного балла до значения 2 означает низкий риск рецидива, при показателях от 3 до 5 – средний риск, при показателях равных или более 6 – высокий риск, – пояснил он. – При этом использование ультразвука или других методов визуализации больше

не рекомендуется. И только КТ абдоминальной области или грудной клетки при низком риске рецидива рекомендуется через 6–18, а затем через 13 месяцев. При среднем и высоком риске рецидива болезни частота КТ будет выше: в частности в когорте пациентов с высоким риском рецидива руководство Европейской ассоциации урологов предлагает использовать КТ сразу через 3 месяца после операции для выявления пациентов с повышенным риском рецидива, чтобы предпринять у них раннюю консервативную терапию. Еще одним важным моментом является то, что для гистологического исследования удаленного материала по пациентам с паренхиматозным раком почки были даны некоторые рекомендации. Предлагается прекратить последующее их наблюдение в соответствии с риском рецидива, а также в соответствии с ожидаемой продолжительностью жизни и с учетом сопутствующих заболеваний пациента».

В завершении своего доклада доктор У. Капитанио сообщил об изменениях в руководствах по пациентам с раком почки, касающихся последующего функционального наблюдения. «Помимо онкологического контроля и установления потенциального рецидива, рекомендуется оценивать функцию почек у больного и проводить профилактику сердечно-сосудистых заболеваний, которые являются потенциальными событиями после выполнения радикальной нефрэктомии и резекции почки, – резюмировал докладчик. – Также риск смерти от других причин тоже должен учитываться во время последующего наблюдения за пациентом, чтобы решить, стоит ли продолжать последующее наблюдение. Таким образом, в 2021 г. в руководстве Европейской ассоциации урологов были внесены важные изменения, касающиеся роли визуального представления, стадирования опухоли, а также принятия клинических решений при ограниченном распространении карциномы в органе и местно-распространенном заболевании. В ближайшее время в рамках рабочей группы мы также будем рассматривать подходы к адьювантной терапии, поскольку по этому поводу недавно были опубликованы важные данные. В частности, возможно изменится и будет иначе зафиксирована в рекомендациях Европейской ассоциации урологов роль пембролизумаба после нефрэктомии у пациентов с высоким риском рецидива болезни».

Руководство европейской ассоциации урологов по ведению пациентов с мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря

Врач-уролог, д.м.н., заведующий урологическим отделением Университетской клиники Мотол (Чехия), профессор **Марек Бабюк** (Marek Babjuk) в начале своего доклада сказал несколько слов о Европейской ассоциации урологов, насчитывающей более 18 тысяч членов по всему миру.



«Организация включает в себя 200 экспертов, являющихся авторами рекомендаций, и 60 европейских хирургов, способных выполнять эндоскопические операции, которые выступают в роли наставников. Ассоциация выпускает несколько научных журналов, высоко ценимых среди профессионального сообщества, где также содержится информация о клинических наблюдениях. У ассоциации есть ресурсы для *on-line*-обучения (электронные курсы, вебинары, в т.ч. и бесплатные), где содержится большое количество данных. Кроме того, Европейская ассоциация урологов занимается разработкой стандартов лечения: в ее рамках подготовлена специальная программа для врачей-ординаторов, которая ежегодно проходит в Праге. Также в рамках обучения проводятся конференции, где врачи делятся своим опытом выполнения эндоскопических операций, а во время встреч национальных обществ проводятся специальные курсы обучения и мастер-классы. В ассоциации работает программа стипендий», – сообщил профессор М. Бабюк.

Переходя к рекомендациям Европейской ассоциации урологов по лечению пациентов с мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря (РМП) на 2021 г., докладчик затронул тему диагностики: «Так же как и при диагностике неинвазивного РМП, пациенту необходимо проводить цистоскопию и цитологическое исследование мочи, которое является высокочувствительным методом при злокачественных опухолях. Кроме того, при показаниях пациенту следует выполнить биопсию простаты и уретры, т.к. существуют риски присутствия там опухоли». Профессор М. Бабюк отметил, что КТ-урография рекомендована для пациентов с мышечно-инвазивным РМП для установления стадии опухолевого процесса: стадии определяются по КТ брюшной полости, КТ-урографии и КТ грудной клетки, также это необходимо для исключения метастазов в легкие. При противопоказаниях можно провести МРТ-урографию, которую можно использовать

не только при локализованных, но и при местнораспространенных опухолях и наличии метастазов, т.к. МРТ может дать важную информацию для выбора объема оперативного вмешательства.

«Говоря о начале лечения у пациентов при локализованном заболевании стадии T2-T4, руководство дает рекомендацию применения неоадьювантных цисплатин-содержащих комбинаций или средств химиотерапии (ХТ), которые могут привести к улучшению 5-летней выживаемости на 5–7%, также это улучшает показатели безрецидивной выживаемости, – сообщил докладчик. – Кроме того, известно, что неоадьювантное лечение особенно эффективно у пациентов, у которых удается достичь уменьшения стадии опухоли до T0 или T2. Нам известны опции по использованию ингибиторов контрольных точек в неоадьювантной схеме: сейчас проводятся тесты некоторых подобных лекарственных средств и уже есть многообещающие результаты, хотя эти средства еще не включены в рекомендации. Однако главная проблема заключается в выборе пациентов для про-

«Сегодня ее проведение не рекомендуется, т.к. известно, что предоперационная лучевая терапия не способна увеличить выживаемость пациентов, особенно тех, которым планируется отведение мочи». Что касается радикальной цистэктомии, докладчик подчеркнул, что руководство рекомендует ее при опухолях T2-T4a, при этом не следует забывать, что такое вмешательство показано пациентам с высоким риском неинвазивного РМП или нечувствительным к БЦЖ заболеваниям. Кроме того, у этих пациентов не следует сохранять уретру, если край среза показывает наличие опухолевых клеток и не стоит откладывать резекцию более чем на 3 месяца в случае обнаружения у пациента инвазивного РМП (в том случае, если ему не планируется ХТ).

В отношении пожилых, слабых пациентов Марек Бабюк отметил: «По таким больным следует принимать решения, ориентируясь на стадию рака и степень слабости (например, оценивая ее по индексу коморбидности Чарлсона – CCI)».

Далее он сообщил, что после выполнения цистэктомии очень важен выбор варианта

Относительно сохранения половой функции профессор М. Бабюк сообщил: «Существует много вариантов: в частности цистэктомия с сохранением предстательной железы, капсулы, семенников, нервных окончаний. Однако ни один из этих вариантов не должен становиться стандартом, поскольку здесь все зависит от опыта хирурга. У мотивированных пациентов можно сохранить половую функцию, однако правильный отбор пациентов играет важную роль: следует оперировать только больных с отсутствием новообразований в предстательной железе и шейке МП. Радикальная цистэктомия может быть сделана в лапароскопическом формате, в т.ч. роботизированном, либо как открытая операция (которую необходимо оценить с точки зрения преимуществ для пациента и с позиции опыта хирурга). В хирургических подходах с сохранением МП также важно правильно выбирать пациентов: исследования показывают, что долгосрочная выживаемость у этих больных примерно сравнима с теми, которым выполняется радикальная цистэктомия с сохранением МП, но в рекомендациях сказано, что следует использовать условия лечения для соответствующих пациентов (например, выбирать пациентов без гидroneфроза). Также этих пациентов следует информировать о наличии других вариантов лечения и не предлагать им индивидуальные условия (к примеру, только ХТ или только радиоактивное лечение)».

Докладчик также сказал, что при метастатических опухолях у пациентов применяется ХТ с цисплатин-комбинациями, а при невозможности такого варианта – карбоплатин в комбинации с гемцитабином. У пациентов в стабильной стадии заболевания после лечения цисплатином можно использовать авелумаб в качестве основной схемы (это является новым в рекомендациях). У больных, которые не подходят для схем лечения с цисплатином, можно использовать пембролизумаб. Ко второй линии лечения относится применение пембролизумаба после цисплатина (его используют у пациентов, имеющих прогрессирующую заболевание после комбинированной ХТ).

Марек Бабюк отметил, что в рекомендациях размещена таблица по выбору терапии (в т.ч. с ингибиторами контрольных точек, использование которых базируется на применении антигенов), с помощью которой можно подобрать индивидуальную схему лечения для каждого пациента. «Кроме того, в рекомендациях сказано и о продолженной терапии (терапии третьей линии) с применением новых лекарственных средств (к примеру, энфортумаба), однако большинство этих средств недоступны в некоторых странах Европы и России», – сообщил профессор М. Бабюк в завершение своего доклада.



ведения системной неоадьювантной ХТ или иммунотерапии, т.к. у нас до сих пор нет эффективного инструмента по отбору тех пациентов, которые действительно получат пользу от такой схемы лечения. Что касается рекомендаций, то в них предлагается применять неоадьювантную ХТ у пациентов на стадиях T2-T4a с мышечно-инвазивным РМП, с клиническим статусом до M0: в этом случае необходимо использовать комбинации на основе цисплатина. При непереносимости цисплатин-комбинаций необходимо переходить к радикальной цистэктомии. Следует помнить, что сегодня неоадьювантная ХТ может быть использована только в клинических испытаниях, а не как часть стандартного протокола».

Говоря о предоперационной лучевой терапии, профессор М. Бабюк сказал следующее:

отведения мочи: в случае ортоптического отведения не следует забывать о противопоказаниях (к примеру, высоком уровне креатинина) и возможности создания кондуктов в рамках выполнения цистэктомии.

Марек Бабюк отметил, что уретеростомия была возобновлена в последние несколько лет: вместе с внебрюшинной цистэктомией она является подходом, который приводит к сокращению коморбидности, однако ее стоит использовать только для очень слабых пациентов.

Докладчик подчеркнул онкологические аспекты, которые следует принимать во внимание: например при любых диссекциях не стоит предлагать пациенту ортоптическую замену в мочевом пузыре (МП) при наличии замены в уретре. Также при этом следует проводить оценку состояния уретры.

Сохранение мочевого пузыря при мышечно-инвазивном раке

Выступая на Школе Европейской ассоциации урологов в процессе работы Конгресса Российского общества урологов, врач-уролог, к.м.н. из Университета Тулузы (Франция) **Бернар Малаво** (Bernard Malavaud) сообщил, что мочевой пузырь у некоторых пациентов с мышечно-инвазивным раком можно сохранить и оставить здоровыми, однако для этого необходимо использовать очень сложную комбинацию радиосенсибилизирующей химиотерапии дважды в день, которая должна сочетаться с консолидированной терапией (химиотерапией и радиотерапией).

«Сегодня нам известно, что режимы химиотерапии (ХТ) сократились до нескольких отдельных эффективных вариантов, – сообщил докладчик. – В подтверждение можно привести работу, результаты которой опубликованы в журнале «Клиническая онкология» в 2014 г.: там описаны хорошие показатели периодов ремиссии у пациентов с интактным мочевым пузырем при мышечно-инвазивном раке мочевого пузыря (РМП) без метастазов, к которым применялась консервативная терапия. Эти исследования показали, что опция неoadьювантной ХТ не представляет интереса для таких больных. В другом исследовании 2018 г. было показано, что радиотерапия дважды в день не является необходимым условием при лечении пациентов с мышечно-инвазивным РМП. При этом вместо сложных режимов (которые, конечно, могут дать прекрасные результаты) ХТ гемцитабином может использоваться самостоятельно. Результаты данного исследования включены в рекомендации Европейской ассоциации урологов, где предлагаются следующие алгоритмы действий: сначала пациенту предлагается радикальная цистэктомия, а в отдельных случаях рассматривается консервативное лечение. Под «отдельными случаями» имеются в виду особые показания по онкологическим свойствам опухоли и характеристикам пациентов».

Но должна ли радикальная цистэктомия быть оптимальным решением, т.е. применяться у всех пациентов с мышечно-инвазивной формой заболевания? Отвечая на этот вопрос, докладчик сказал: «Дело в том, что эффективность радикальной цистэктомии достаточно высока, она не влияет на недержание мочи у пациента и качество его жизни, имеет хорошие результаты по исходам болезни и по ее рецидивам. Но в таком случае возникает вопрос: зачем нужно консервативное лечение? В исследованиях показано, что хотя радикальная цистэктомия дает хорошие результаты при РМП и ее можно поддерживать проведением неoadьювантной ХТ, результаты даже такого лечения все же являются средними (выживаемость около 5 лет: 60% при мышечно-инвазивном росте опухоли и 30% – при внепузырном росте опухоли). То есть радикальная цистэктомия недостаточно хороша для пациентов с мышечно-инвазивным РМП. Кроме того, в этой схеме лечения присутствует дополнительная смертность пациентов, связанная с их общесоматическим состоянием и наличием метастазов, а также обратно пропорциональна масштабам и специали-

зации госпиталя, где оперируют больного, и опыту хирургической бригады. Кроме того, каждый хирург знает, что послеоперационный курс лечения не всегда протекает легко: исследования показывают, что у 25% пациентов возникают осложнения в период после радикальной цистэктомии (независимо от процессов, связанных с отведением мочи)».

Таким образом, доктор Б. Малаво отметил, что в отношении радикальной цистэктомии необходимо понимать следующее: это сложная процедура для хирургической бригады и суровое испытание для пациентов (особенно для пожилых). При сравнении цистэктомии с трехмодульной терапией первая выигрывает за исключением тех случаев, когда ее выполня-

ется очень важной вехой в исследовании влияния консервативного лечения на большое число пациентов, т.к. в ней были использованы самые разные системы, чтобы выбрать самые лучшие показания для консервативного лечения из всех протоколов. Из анализа логики регрессии можно увидеть, что с точки зрения онкоспецифической выживаемости (и при учете глубины проникновения опухоли в мышцу) при агрессивных и при экспериментальных исследуемых хирургических вмешательствах результаты консервативного лечения будут одинаковы. Это значит, что при поиске оптимальной резекции хирург (если он будет стараться) может улучшить результаты консервативного лечения для пациента. Это очень важно для хирургов-

му, что резекция в этом случае выполняется без крови, но и потому, что это скорее процесс диссекции, чем резекции. К тому же мета-анализ показал довольно много послеоперационных рисков после выполнения стандартной ТУР в отличие от диссекции единым блоком. Если же пациенту необходимо выполнить именно стандартную ТУР, то перед переходом в операционную хирург должен задаться двумя вопросами: насколько глубока онкоинфильтрация и не слишком ли сложна опухоль (глубока ли она, проникает ли в мышцу и мышечные слои, выходит ли за пределы мочевого пузыря), чтобы гарантировать радикальность операции. Если у хирурга есть опыт, клиническое обследование и результаты магнитно-резонансной томографии – МРТ (которые изначально являлись инструментом для стадирования и отделения опухоли T1 от T2), то те же протоколы можно использовать для анализа проникновения опухоли в глубокие мышечные слои. Кроме того, МРТ показывает положение опухоли и ее близость к другим интересующим нас точкам и структурам (сосудам, структурам в брюшной полости). Если уже принято решение о выполнении ТУР, она должна быть интенсивной и агрессивной, и в этом случае выбор резекции единым блоком будет лучшим вариантом, чем стандартная ТУР. И хотя такая операция продолжается дольше, время радиации становится короче, и таким образом мы сокращаем риск перфорации (исследование по этому поводу также было опубликовано в журнале «Урология»).

В завершение доклада доктор Б. Малаво подчеркнул: «В одной из публикаций, которую представили я и мои коллеги в 2020 г., были показаны факторы, которые ведут к усложнению операции ТУР опухолей мочевого пузыря: сюда можно отнести продолжительность этой операции более одного часа и возможные осложнения в результате. Поэтому перед операцией нам необходимо знать, насколько сложна опухоль, ведь качество резекции в консервативном лечении играет ведущую роль. И напоследок необходимо удостовериться в том, что пациент сможет выдержать ХТ гемцитабином, поскольку одной радиотерапии для лечения будет недостаточно. Популяционное исследование показало, что радиотерапия у пациентов с мышечно-инвазивным РМП является лечением ниже стандарта, т.к. переход к ХТ как к агенту химиосенситизации значительно улучшает результаты лечения».

«...»

Радиотерапия у пациентов с мышечно-инвазивным РМП является лечением ниже стандарта, т.к. переход к ХТ как к агенту химиосенситизации значительно улучшает результаты лечения

ют пожилым пациентам, это было показано в популяционном исследовании 2017 г.

Далее докладчик ответил на вопрос о том, для каких пациентов консервативное лечение будет наиболее показанным. «Во-первых, для больных, которые не относятся к категории ослабленных, т.е. тех, кто способен выдержать агрессивную T1-химиотерапию и радиотерапию. Во-вторых, для тех, у кого злокачественный процесс является локальным (к примеру, нет поражения регионарных лимфоузлов). Для прогрессирующих и местно распространенных опухолей больше подходит паллиативная терапия».

Возвращаясь к публикации, которую доктор Б. Малаво упомянул в начале своего доклада (работе, результаты которой опубликованы в журнале «Клиническая онкология» в 2014 г.), он сказал: «В этом исследовании есть анализ 6 протоколов (при участии 648 пациентов), где показаны результаты онкоспецифической выживаемости и выживаемости с сохранением интактного мочевого пузыря. Эта работа

онкологов. С другой стороны, если хирург видит в анамнезе пациента гидронефроз или карциному *in situ* в мочевом пузыре, ему необходимо понимать, что это плохой показатель для консервативного ведения пациента. То есть необходимо тщательно отбирать пациентов для консервативной терапии: с наличием небольшой опухоли T2, без гидронефроза, без обширной карциномы. В таком случае можно выполнить агрессивную резекцию (если это возможно), также предложить этим пациентам радиосенсибилизирующую ХТ и оптимальный курс радиотерапии».

Говоря о предпосылках для проведения консервативной терапии у пациентов с мышечно-инвазивным РМП, доктор Б. Малаво привел обзор, опубликованный в европейском журнале «Урология» в 2014 г.: «Для консервативного ведения необходимо предложить пациенту очень агрессивную трансуретральную резекцию (ТУР) в самом начале процесса лечения. С этой целью мы все чаще используем диссекцию единым блоком. И не только пото-

Особенности выполнения радикальной цистэктомии у пациентов с мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря

Одним из докладов Школы Европейской ассоциации урологов, работавшей в рамках XXI Конгресса Российского общества урологов, врач-уролог, д.м.н., заведующий урологическим отделением Университетской клиники Мотол (Чехия), профессор **Марек Бабюк** (Marek Babjuk) представил результаты радикальной хирургии у пациентов с мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря (РМП).

«Говоря о радикальной цистэктомии, всегда необходимо помнить, что главной целью хирурга является излечение пациента от онкологического заболевания. Поэтому мы всегда должны обращать внимание на долгосрочные перспективы выживаемости пациентов, при этом любое ограничение не должно приводить к уменьшению онкологической эффективности», – отметил докладчик. – Мы также должны предотвращать послеоперационные осложнения и обеспечивать пациенту хорошее качество жизни».

Профессор Бабюк напомнил, что у пациентов с опухолью типа T2 после выполнения радикальной цистэктомии результаты специфической выживаемости составляют около 90%, и чем раньше выполняется операция, тем лучше будут результаты. При этом хирург не должен забывать о нечувствительности опухоли к БЦЖ у некоторых пациентов с РМП. «Есть отличные результаты, полученные после выполнения радикальной цистэктомии у пациентов с локализованными опухолями и не имеющими гидронефроза, поэтому свое-

временность показаний играет важную роль, – сообщил он. – Не следует ждать дольше 12 недель в случае детекции, нужно выполнить первоочередную цистэктомию (можно совмещать ее с неoadьювантной химиотерапией). Поэтому, когда вы проводите или заканчиваете химиотерапию, не ожидайте слишком долго (не более двух месяцев), чтобы выполнить цистэктомию».

Относительно объема хирургического вмешательства докладчик сказал следующее: «Разумеется, важно достичь отрицательного хирургического края и выйти на здоровые ткани. Исследования показали, что при нахождении края с наличием опухолевых клеток у пациентов с положительными проявлениями в уретре или мягких тканях очень важно проводить оценку их состояния. Следует принимать во внимание замороженный срез и оставаться в пределах радикальной цистэктомии».

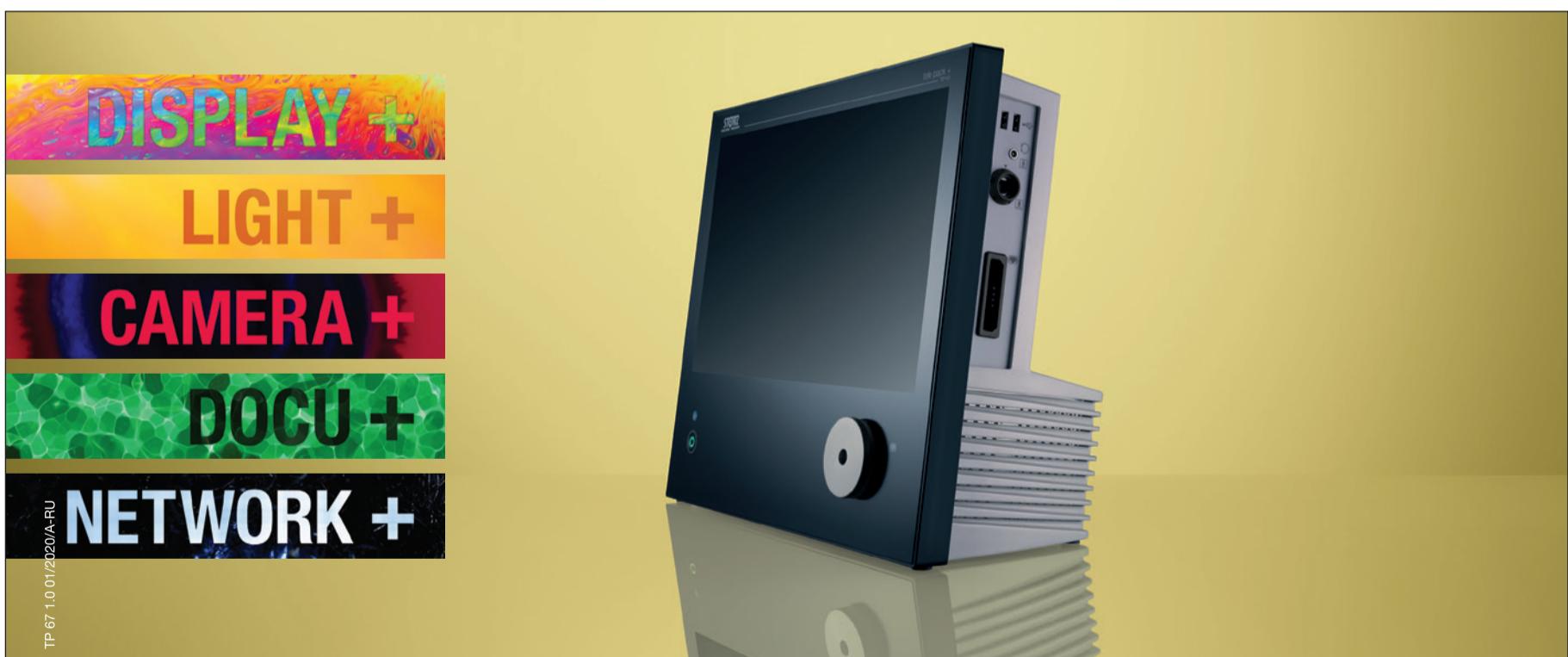
Далее профессор М. Бабюк упомянул о возможностях выполнения расширенной лимфаденэктомии: «Сегодня стандартом

является удаление лимфатической ткани в области внутренних подвздошных сосудов вплоть до запирательного отверстия. В некоторых клиниках выполняют расширенную лимфаденэктомию над пересечением тазовых структур и общей подвздошной артерии и вены. Нам известен ряд данных, которые подтверждают подходы к стандартной лимфаденэктомии, подразумевая под ней основательную диссекцию в уже указанных выше областях. В одном из исследований сравниваются результаты выполнения стандартной (ограниченной) диссекции с расширенной лимфаденэктомией, когда удаляется ткань над и вплоть до нижней брыжеечной артерии, при этом результаты последней оказались немного лучшими (хотя эта разница не выходит за пределы статистической погрешности)».

Также докладчик упомянул о том, что в исследованиях показаны преимущества использования неoadьювантной химиотерапии у пациентов с мышечно-инвазивным РМП: «В Европейских руководствах есть

рекомендация по использованию цисплатина в комбинации с пембролизумабом (или пембролизумабом как монотерапии). Однако не у всех пациентов терапия ингибиторами иммунных контрольных точек является эффективной, и поэтому важно правильно проводить их отбор».

Подводя итог докладу, профессор М. Бабюк отметил важность выполнения внебрюшинной радикальной цистэктомии в целях сокращения объема хирургического вмешательства: «При таком подходе возникает меньше осложнений, функция кишечника у пациента восстанавливается быстрее. Такую операцию несложно выполнить, особенно в полостном подходе. Все это следует принимать во внимание у пациентов с неинвазивными состояниями, т.к. внебрюшинная радикальная цистэктомия – онкологически безопасная операция, подходящая также для слабых пациентов, которую можно выполнять в комбинации с уретеростомией, сокращая и смертность, и послеоперационную заболеваемость».



DISPLAY +

LIGHT +

CAMERA +

DOCU +

NETWORK +

TELE PACK+

Компактная эндоскопия

Портативная и компактная система всё-в-одном

FULL HD монитор

Совместима с жесткими, гибкими

и одноразовыми эндоскопами от KARL STORZ

KARL STORZ SE & Co. KG, Dr.-Karl-Storz-Straße 34, 78532 Tuttlingen/Germany, www.karlstorz.com



STORZ
KARL STORZ—ENDOSCOPE
THE DIAMOND STANDARD

Продвинутая эндоурология при заболеваниях верхних мочевыводящих путей

Открывая сессию, посвященную эндоурологическим вмешательствам у пациентов с заболеваниями верхних мочевыводящих путей, прошедшую в рамках XXI Конгресса Российского общества урологов, заведующий кафедрой урологии и андрологии ФМБЦ им. А.И. Бурназяна, профессор кафедры эндоскопической урологии РМАПО, заместитель председателя Российского общества урологов Алексей Георгиевич Мартов напомнил коллегам, что современная эндоурология подразумевает новые диагностические возможности, расширение стандартных показаний, выполнение нестандартных операций, снижение инвазивности вмешательств, миниатюризацию эндоскопов, переход к одноразовым инструментам, внедрение новых технологий, развитие роботизированных операций.



Фото взято из фотоотчета конгресса <https://congress-rou.ru>

Мочекаменная болезнь: нестандартная перкутанская хирургия

Врач первой категории урологического отделения ГКБ им. Д.Д. Плетнева, к.м.н.

Сергей Валерьевич Дутов пояснил, что стандартным показанием к перкутанной нефролитотрипсии (ПНЛ) являются камни почек размером более 20 мм, а классификация ПНЛ основывается на диаметре функционального доступа и подразделяется на стандартную (24–30 F), мини- (14–22 F), ультрамини- (11–13 F) и микроперкутанную (4,8–8 F) нефролитотрипсию.

Когда же хирург сталкивается с нестандартной ПНЛ? Отвечая на этот вопрос, докладчик сказал: «При невозможности укладки больного в положение на животе, при риске геморрагических осложнений (особенно у пациентов с гипокоагуляцией), при большом объеме каменного материала (коралловидные камни К4, сложные камни), при аномалиях и трансплантации почки».

Доктор С.В. Дутов пояснил, что при невозможности укладки больного в положение на животе его оперируют в положении на спине, которое имеет ряд преимуществ: уменьшение кардиоциркуляторных и дыхательных расстройств, при этом фрагменты камней легче вымываются по кожуху Amplatz или тубусу нефроскопа, можно оперировать сидя, возможна комбинация анте- и ретроградного доступов к верхним мочевыводящим путям (ВМП). Недостатками положения пациента на спине являются выраженная подвижность почки, ограничения в создании нескольких доступов, более сложная и опасная дилатация доступа, ограничение

движений ригидным нефроскопом, пациенту чаще бывает необходима фибронефроскопия, ограничен осмотр всей чашечно-лоханочной системы.

Далее докладчик сообщил, что при выполнении ПНЛ риск кровотечений достигает 18%, что чаще всего обусловлено травматичной дилатацией хода бужами возрастающего размера, а также повреждением шеек чашечек при установке кожуха и маневрировании нефроскопом. При этом риск кровотечений требует гемотрансфузии у 12% пациентов и повышается в 2,5 раза при увеличении числа функциональных доступов. При уменьшении диаметра доступа частота кровотечений уменьшается во время выполнения ПНЛ в мини-перкутанной технике с лазерным удалением камня и при микроперкутанном доступе с использованием мочеточниково-го кожуха. Доктор С.В. Дутов отметил, что техника микроперкутанной НЛ не требует дренирования почки нефростомическим дренажем (вместо него используют внутренний стент, наружный стент, мочеточниковый катетер).

В завершении доклада он остановился на перкутанной хирургии подковообразных почек, объяснив, что она технически сложна и требует опыта хирургии неаномальных почек и выполняется только в положении пациента лежа на животе. Доступ, как правило, формируется медиально по лопаточной линии, а кожух располагается вертикально (часто – прямой лоханочный доступ). При этом велика вероятность применения фибронефроскопии ввиду большой емкости чашечно-лоханочной системы.

Нестандартная трансуретральная хирургия при МКБ

Врач-уролог урологического отделе-

ния ГКБ им. Д.Д. Плетнева, к.м.н. **Андрей Сергеевич Андронов** обратил внимание коллег на российские клинические рекомендации, где сказано, что при объеме конкретов до 2 см, локализующихся в лоханке, чашечках верхнего и среднего сегментов (а при особых показаниях – в нижней чашечке) их удаляют трансуретральным способом. При конкретме в мочеточнике (вне зависимости от размера камня) трансуретральная операция рекомендована в качестве первой линии в большинстве случаев. В клинических рекомендациях Европейской ассоциации урологов в качестве первой линии рассматривается литотрипсия гольмиеевым лазером. Гибкая уретерореноскопия применяется у пациентов с камнями размером более 2 см, когда невозможно выполнение ПНЛ или дистанционной ударно-волновой литотрипсии, однако при этом увеличивается риск дополнительных вмешательств и установки стента.

Всегда ли предварительное стентирование улучшает результаты уретерореноскопии? Докладчик пояснил: «Сегодня, в период пандемии, когда медицинские вмешательства часто откладываются, мы сталкиваемся с проблемой инкрустации внутренних стентов, которая при МКБ может наступать в короткие сроки (в течение 2–3 недель). Данная ситуация требует от хирургов применения максимальных режимов лазерной литотрипсии (использование пневматических литотриптеров), обеспечения максимальной эндовизуализации, использования

захватывающих щипцов для удаления иностранных тел, ведения пациента по принципу профилактики системной воспалительной реакции и разобщения оперативных этапов».

Доктор А.С. Андронов также напомнил о том, что врач никогда не должен применять ко всем случаям и пациентам единую методику. Резюмируя сказанное, он отметил, что выполнение всех этапов оперативного лечения должно проходить под прямой эндовизуализацией и рентгенологическим контролем, при использовании страховочного проводника, при этом продолжительность эндоскопического этапа не должна превышать 60 минут. Обязательно должно быть обеспечено адекватное дренирование ВМП, а оперативные этапы должны быть разобщены. «Трансуретральная операция – это работа не одного хирурга, а целой операционной бригады, т.к. хирург не в состоянии отследить все необходимые моменты: расположение лазерного волокна, эндоскопа, мочеточниковой оболочки. Максимально совершенным можно считать использование комбинированной интэраренальной хирургии у пациентов с МКБ: при этом 2 хирурга могут работать за одной стойкой и данное инженерное решение позволяет полностью очистить почку больного от множественных конкретов», – сказал он.

Внутрипросветная реконструкция мочеточника: новые возможности

Заведующий кафедрой урологии и андрологии ФМБЦ им. А.И. Бурназяна, профессор кафедры эндоскопической урологии РМАПО, заместитель председателя Российского общества урологов **Алексей Георгиевич Мартов** рассказал об истории внутрипросветной реконструкции мочеточника, упомянув о том, что эффективность применяемых ранее «классических» рентген-интервенционных методик (бужирование, баллонная дилатация и использование баллона-катетера, сочетающего баллонную дилатацию с инцизией при помощи электрического тока) не превышала 50–60%. С развитием эндоскопических технологий (эндоуретеротомии и эндопиелотомии), совершаемых ретроградно/антеградно, «холодным» ножом, обратными ножницами, с помощью электрохирургии эффективность операции достигла 60–70%. Затем, в связи с совершенствованием эндоскопического оборудования, дальнейшее развитие получили эндоуретеротомия и эндопиелотомия: их стали выполнять в основном ретроградно при помощи лазерных технологий (в основном применяются гольмиеевый и тулиевый

волоконные лазеры) и гибких эндоскопов, при этом произошел переход от жесткой интубации к двухпросветному тандемному стентированию. Эффективность таких реконструкций достигла 70–80%. Кроме того, современные операции по внутрипросветной реконструкции мочеточника связаны с возможностями эндоскопической реканализации, при которой применяют комбинированный подход, мини-эндоскопы, гибкие эндоскопы, лазеры, катетеры с подсветкой и современные стенты, позволяющие длительно дренировать мочевыводящие пути.

«Локальное эндопротезирование позволяет применять нитиноловые стенты, стенты с памятью формы, эндопротезы с внутренним инкрустационным покрытием, которые практически не сопровождаются «стент-зависимыми» симптомами, – пояснил докладчик. – При этом у нас появились новые возможности: то, что раньше невозможно было сделать или не могло сопровождаться успехом. Речь идет о новой разработанной операции при стриктурах и «перекрестных» сосудах, при стриктурах, связанных с «высоким отхождением» мочеточника, мочеточниково-влагалищных свищах, стриктурах аномальных почек, нейро-мышечной дисплазии мочеточника, стриктурах уретро-кишечного анастомоза, стриктурах мочеточника трансплантата, облитерации ВМП».

Далее профессор А.Г. Мартов перечислил преимущества внутрипросветной реконструкции мочеточника, совершающейся перкутанным доступом: «Это хорошая визуализация зоны лоханочно-мочеточникового сегмента, достаточное техническое обеспечение, возможность применить несколько альтернативных методик и контролировать интубатор». Среди недостатков он назвал противоестественный доступ, возможность травмирования почечной паренхими и соседних органов, а также малую доступность в зону нижней трети мочеточника. При трансуретральном доступе, по мнению докладчика, преимуществами являются естественный доступ, отсутствие риска травмировать почечную паренхиму, хорошая доступность к нижней и средней третям мочеточника. Недостатками трансуретрального доступа являются худшее (по сравнению с перкутанным) техническое обеспечение, большие трудности в ориентации, манипуляционная и интубационная ограниченность.

Уротелиальная карцинома ВМП: сохраняем почку

Доцент кафедры урологии и андрологии ФМБЦ им. А.И. Бурназяна, к.м.н., врач-уролог урологического отделения ГКБ им. Д.Д. Плетнева **Дмитрий Валентинович Ергаков** представил доклад об органосохраняющем лечении пациентов с папиллярными опухолями ВМП. «Органосохраняющее лечение сегодня весьма актуально, поскольку случаи развития хронической почечной недостаточности после выполнения радикальной нефролапаротомии являются частыми. В среднем удаление одной почки приводит к снижению скорости клубочковой фильтрации на 24%. В результате 24% пациентов имеют скорость клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин, а 15% – менее 45 мл/мин, т.е. после такой операции больные становятся еще и нефрологическими пациентами (частота однократной госпитализации в год из-за поражения органов-

мишеней после радикального лечения составляет более 50%). Кроме того, многие из пациентов являются возрастными, коморбидными, часто проходят лечение у онколога, поэтому сохранение почки для них очень важно. Суммарная частота осложнений после выполнения радикальной нефролапаротомии составляет 40%, а 90-дневная летальность – 4,4%, поэтому поиск органосохраняющих методов лечения очень важен», – сообщил докладчик.

По словам доктора Д. В. Ергакова, тактика ведения пациента с папиллярным раком ВМП включает в себя выполнение КТ-урографии, цитологического исследования мочи, цистоскопии с фиброуретероскопией (или без нее), биопсии опухоли. У пациентов с выявленным низким риском прогрессирования опухоли выполняется уретероскопическая или перкутанская операция, или резекция мочеточника, у пациентов с высоким риском выполняется нефролапаротомия. Стратификация пациентов по факторам риска проводится следующим образом: низкий риск определяется при одиночном образовании размером до 1 см, негативных результатах цитологического (или по результатам биопсии) исследования при степени дифференцировки опухоли G1, отсутствие данных КТ об инвазии. Чтобы причислить больного к категории низкого риска, у него должны присутствовать все вышеперечисленные признаки. Больные с высоким риском имеют мультифокальный рост опухоли, размер которой составляет более 1 см, негативные результаты цитологического (или по результатам биопсии) исследования при степени дифференцировки опухоли G2–3, инвазию/лимфаденопатию по данным КТ/МРТ/ПЭТ-КТ, наличие цистэктомии в анамнезе. Чтобы причислить больного к категории высокого риска, достаточно присутствия у него одного из вышеперечисленных признаков.

«Перед проведением органосохраняющего лечения пациент должен знать о том, что он отказывается от радикальной нефролапаротомии, а также о том, что ему необходимы регулярные контрольные обследования под общим наркозом, о том, что при пропуске контрольного обследования и последующем выявлении инвазивного рецидива ему будет необходима спасительная нефролапаротомия и химио-иммунотерапия. А при поражении мочевого пузыря за счет имплантационного метастазирования придется удалять и почку, и мочеточник, и мочевой пузырь. К сожалению, такие случаи нередки», – пояснил он.

Завершая доклад, доктор Д.В. Ергаков резюмировал: «Цифровая фиброуретероскопия под контролем современных оптических технологий является «золотым стандартом» диагностики папиллярных опухолей ВМП. Биопсия с помощью корзинки позволяет верифицировать диагноз, установить степень дифференцировки опухоли G. Органосохраняющее лечение по элективным показаниям проводится только пациентам низкой степени риска при их письменном отказе от радикальной нефролапаротомии и понимании необходимости регулярных эндоскопических осмотров уролога. Эндоскопическое оперативное лечение по абсолютным показаниям наиболее эффективно при комбинации лазеров с постоянным и импульсным излучением и комбинации с химиоиммунотерапией».

Простамол® Уно

пальмы ползучей плодов экстракт

Патогенетическое действие¹

1
2

ПОКАЗАНИЯ

- доброкачественная гиперплазия предстательной железы¹
- хронический простатит^{1*}

1 КАПСУЛА в день¹

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПИИ НЕ ОГРАНИЧЕНА¹

Одобрено
Российским обществом
урологов²

Простамол® Уно
Дозировка: по 1 капсуле в сутки

Пальмы ползучей плодов
экстракт 320 мг
суппозитории
для приема внутрь
средство для лечения
предстательной железы

Простамол® Уно
Дозировка: по 1 капсуле в сутки

Пальмы ползучей плодов
экстракт 320 мг
суппозитории
для приема внутрь
средство для лечения
предстательной железы

**БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ**

ООО «Берлин-Хеми/ А. Менарини»,
123112, Москва, Пресненская наб., 10,
БЦ «Башня на набережной», блок Б.
Тел.: (495) 785-01-00, факс: (495) 785-01-01
<http://www.berlin-chemie.ru>

* Для устранения дизурических симптомов при хроническом простатите
1. Инструкция по медицинскому применению препарата Простамол® Уно
от 13.02.2020. 2. Письмо Председателя РОУ Аляева Ю.Г. от 27.11.2015

Сокращенная информация по медицинскому применению препарата Простамол® Уно (МНН: пальмы ползучей плодов экстракт). **Показания к применению:** Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (I и II стадии); устранение дизурических симптомов (расстройство мочеиспускания, ночная поллюция, болевой синдром и др.) при хроническом простатите. **Противопоказания:** Индивидуальная непереносимость компонентов препарата. **Побочные эффекты:** Возможны аллергические реакции на компоненты препарата. В редких случаях – дискомфорт со стороны желудочно-кишечного тракта: тошнота, изжога (при приеме натощак). **Способ применения и дозы:** Препарат Простамол® Уно применяют по 1 капсуле (320 мг) 1 раз в сутки в одно и тоже время, после еды, не разжевывая, запивая достаточным количеством жидкости. Длительность курса лечения не ограничена по времени. Рекомендуемая продолжительность курса терапии – не менее трех месяцев. **Условие отпуска из аптек:** без рецепта.

ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ СОДЕРЖИТСЯ В ИНСТРУКЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА ПРОСТАМОЛ® УНО
от 13.02.2020.

Информация для специалистов здравоохранения. RU-PROS-14-2021-v01-print. Утверждено 03.12.2021.

Результаты лечения беременных пациенток с мочекаменной болезнью

В рамках секционного заседания XXI Конгресса Российского общества урологов, посвященного диагностике и лечению пациентов с мочекаменной болезнью (МКБ), врач-уролог, заведующий отделением урологии Городской клинической больницы им. С.С. Юдина, к.м.н. **Роман Александрович Перов** в своем докладе представил собственный взгляд на диагностику и лечение беременных пациенток с МКБ, а также рассказал об опыте хирургической тактики, которую использовал он и его коллеги.



Он отметил, что МКБ у беременных (так же как и в общей популяции) – довольно распространенная проблема, которая является одной из наиболее частых причин абдоминальной боли и неакушерских поводов для госпитализации беременных в стационар. Также МКБ является фактором риска осложнений течения беременности – преждевременных родов, привычного невынашивания, преэклампсии и т.д. Среди особенностей патогенеза МКБ у беременных докладчик назвал повышение уровня прогестерона при снижении перистальтики; сдавление верхних мочевыводящих путей (ВМП) увеличивающейся маткой; увеличение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) более чем на 50%, за которым следует увеличение экскреции кальция, мочевой кислоты, натрия и оксалатов; снижение уровня паратериоидного гормона и следующее за этим снижение реабсорбции кальция; повышенная экскреция с мочой ингибиторов камнеобразования, смещение pH мочи в щелочную сторону. Все эти процессы, по словам докладчика, ведут к риску камнеобразования.

«В большинстве случаев основой камней у беременных пациенток являются соли кальция (80% случаев), что обуславливает сложность выбора в проведении тех или иных методов лечения. Струвиты встречаются в 5–15% и бывают ассоциированы с мочевой инфекцией, уратные камни встречаются в 5–10% случаев, цистиновые – в 1–2,5% случаев, урата аммония – в 0,5–1% случаев, очень редко встречаются другие (ксантиновые, лекарственные) камни. При этом допустимыми методами диагностики МКБ у беременных являются ультразвуковое исследование – УЗИ (отмечается низкая специфичность и чувствительность этого метода), магнитно-резонансная томография (финансово высокозатратный метод) и низкодозовая компьютерная томография (выполняется, если диагностическая ценность превышает риски).»

Если обратиться к клиническим рекомендациям, то можно отметить 3 позиции в отношении выбора тактики лечения беременной пациентки с МКБ. Консервативное лечение назначается при купированной почечной колике у пациентки без пиелонефрита, однако по объему и продолжительности данного вида терапии в рекомендациях ничего не сказано. В рекомендациях Европейской ассоциации урологов упоминается о возможности дренирования как о методе выбора при неэффективности консервативной терапии или осложнениях, а уретерореноскопия предлагается в качестве альтернативы дренированию. В рекомендациях Американской ассоциации урологов высказывается обратная позиция: уретерореноскопия предложена как метод выбора, а дренирование – в качестве альтернативы».

Отвечая на вопрос о том, какой метод лечения является предпочтительным, доктор Р.А. Перов сказал: «При дренировании может возникнуть риск инкрустации дренажа, необ-

составляет около 20% всех обструктивных уропатий. В процессе исследования мной и моими коллегами было оценено состояние 101 беременной пациентки с диагностированной у них МКБ. Все больные были разделены на две сопоставимые группы: группа серийного дренирования (50 пациенток) и группа оперативного лечения МКБ в период гестации (51 пациентка). Критерии сравнения включали качество жизни пациенток, частоту естественных родов и кесарева сечения, оценку новорожденных по шкале APGAR, осложнения (по шкале Clavien-Dindo). Локализация обнаруженных конкрементов была сопоставима с предъявляемыми жалобами (боли на стороне поражения). В нашем исследовании МКБ приобретала клинически значимый характер во II триместре беременности пациенток. У 75% пациенток бактериологический анализ мочи оказался стерильным или клинически незначимым, у остальных (25%) была выявлена клинически значимая бактериурия.

У больных в группе длительного серий-

У 5 из 39 пациенток без пиелонефрита на фоне проводимой терапии было отмечено самостоятельное отхождение камня. Уретеролитотрипсия камня нижней трети мочеточника была выполнена 13 пациенткам, а после стандартного стентирования (которое составило около 10–14 дней) – 21 пациентке.

Таким образом, в период гестации нами были прооперированы 39 (76%) пациенток с МКБ. Средний койко-день составил минимум 3 дня, максимум – 7 дней. Все госпитализированные пациентки были выписаны в удовлетворительном состоянии».

Докладчик также привел оценку сравнительных результатов в двух группах исследования: «В обеих группах рождения ребенка с баллом APGAR ниже 7 зарегистрировано не было. Однако в группе серийного стентирования достоверно чаще возникала необходимость выполнения кесарева сечения по акушерским показаниям. Так же количество и тяжесть осложнений при серийном дренировании были достоверно выше по сравнению с группой пациенток, у которых применялась активная хирургическая тактика».

Доктор Р.А. Перов рассказал об особенностях оперативного лечения беременных с МКБ: «Все операции выполнялись с применением спинномозговой анестезии при обязательном присутствии в операционной акушера-гинеколога. В случае обнаружения камней в нижней и средней третях мочеточника использовался ригидный уретерореноскоп, в остальных случаях применялся гибкий уретерореноскоп. При необходимости фрагментации конкремента использовалась энергия голымиевого лазера. В послеоперационном периоде всем больным выполнялось дренирование почек мочеточниковыми катетерами в течение двух дней. Показаниями к стандартному предстентированию являлись локализация камней в верхней трети мочеточника и чашечно-лоханочной системе; размер камня более 10 мм по данным УЗИ; III триместр беременности в сочетании с локализацией камня в средней трети мочеточника».

В завершение своего доклада Роман Александрович резюмировал: «Оперативное лечение пациенток с МКБ безопасно и эффективно в период гестации, оно также улучшает качество жизни беременных. Осложнения I и II степеней по Clavien-Dindo, связанные с инкрустацией стента, встречались только в группе серийного дренирования. Оперативное лечение пациенток с МКБ в период гестации уменьшает риск необходимости выполнения кесарева сечения в качестве варианта родоразрешения и увеличивает вероятность естественного родоразрешения. Методами выбора являются уретероскопия и ретроградная гибкая реноскопия (в зависимости от локализации конкремента)».

«...»

Оперативное лечение пациенток с МКБ в период гестации уменьшает риск необходимости выполнения кесарева сечения в качестве варианта родоразрешения и увеличивает вероятность естественного родоразрешения. Методами выбора являются уретероскопия и ретроградная гибкая реноскопия (в зависимости от локализации конкремента)

ходимость его замены (что при повторной госпитализации повышает риск инфицирования), могут появиться стент-ассоциированные симптомы, рефлюкс-пиелонефрит, также существует риск появления хронической инфекции ВМП (в т.ч. нозокомиальной), а при акушерских осложнениях возникает необходимость оперативного родоразрешения. При уретерореноскопии могут возникать периодические и акушерские осложнения».

Далее Роман Александрович поделился собственным опытом оперативного лечения беременных пациенток с МКБ в отделении урологии Городской клинической больницы им. С.С. Юдина. «По нашим данным, доля МКБ у пациенток в течение беременности

ногого дренирования стент подлежал замене через каждые 4 недели, а оперативное лечение выполнялось после родоразрешения, но не раньше, чем через 2 недели. В группе оперативного лечения выбор тактики был следующим. У 12 из 51 пациентки при поступлении в стационар был диагностирован острый обструктивный пиелонефрит, обусловленный МКБ: всем им в экстренном порядке был установлен внутренний мочеточниковый стент, а оперативное лечение было выполнено через 3–4 недели после купирования атаки пиелонефрита (кроме 5 пациенток, у которых на фоне дренирования было отмечено самостоятельное отхождение камня, у них впоследствии был удален стент).

Проблемы ноктурии с позиции сомнолога

На сессии, посвященной качеству жизни мужчин, которая состоялась в процессе проведения XVII Конгресса «Мужское здоровье», руководитель центра медицины сна МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, врач-кардиолог, сомнолог **Александр Леонидович Калинкин** предложил решение проблем ноктурии с позиции сомнолога.



А докладчик напомнил, что здоровый человек, как правило, мочится 4–7 раз в сутки, а объем мочеиспускания у него колеблется от 200 до 300 мл. Ночью он либо совсем не просыпается, чтобы помочиться, либо мочится один раз. Помимо ноктурии (учащенного ночного мочеиспускания из-за ирритативных и сомнологических проблем), выделяется ряд других состояний: учащение позывов на мочеиспускание в течение суток с выделением небольшого количества мочи за одно мочеиспускание – поллакиурия; увеличение диуреза – полиурия; учащение позывов на мочеиспускание в ночное время из-за повышенного ночного диуреза – никтурия.

Причины ноктурии обычно делят на несколько категорий: ночная полиурия (сердечная недостаточность, нарушение секреции антидиуретического гормона, ночное апноэ); снижение емкости мочевого пузыря (инфравезикальная обструкция, гиперактивность детрузора, интерстициальный цистит); глобальная полиурия (сахарный и несахарный диабет, полидипсия). Знание круга основных причин помогает установить направления поиска у конкретных пациентов. Диагностика ноктурии, помимо рассмотрения жалоб и сбора анамнеза, а также лабораторных исследований, опирается на применение дневника мочеиспусканий и опросника по качеству жизни при ноктурии (N-QoL).

«Если взглянуть с позиции сомнолога на причиныочных пробуждений, то можно отметить 28 выявленных поводов, причем на первом месте будут лидировать два фактора – стресс и ноктурия (отмечают 80% пациентов)», – сообщил докладчик. Далее он рассмотрел динамику самого понятия «ноктурия», которое в течение двух десятилетий претерпело значительные изменения: если в 2002 г. под ним подразумевалась жалоба на то, что человеку приходится просыпаться один или несколько раз с целью мочеиспускания, то с 2018 г. врачи определяют, что ноктурия – это количество мочеиспусканий в течение основного периода сна. Причем пробуждение в первый раз для мочеиспускания должно сопровождаться

соном или намерением заснуть. «Причины ноктурии всем известны, – отметил доктор А.Л. Калинкин. – Это прием пищи и жидкости, урологические, нефрологические, гормональные, сердечно-сосудистые проблемы, а также факторы сна (которые учитываются редко). Механизмы, которые приводят к ноктурии, также обычно не связывают со сном: это снижение функциональной емкости мочевого пузыря, ночная полиурия и сочетание этих факторов. Однако если рассмотреть проблемуочных пробуждений более фундаментально и обратить внимание на то, как мочатся медведи во время зимнего сна, то можно заметить, что у этих животных происходит полная реабсорбция первичной мочи. И именно этот механизм объединяет урологию и сомнологию на фундаментальном уровне».

Докладчик обратил внимание коллег на функциональную организацию супрахиазматических ядер (передних ядер гипоталамуса, регулируемых светом, которые подавляют выработку мелатонина): «Большую часть нейронов в этих ядрах занимают те, которые продуцируют анти-

частых жалоб является остановка дыхания во время сна, сопровождаемое храпом, причем пациенты этой категории также часто жалуются на ноктурию и вставание до 7 раз за ночь. Основной причиной этого является интермиттирующая гипоксия с падением сатурации до 50%, поскольку во время обструктивного апноэ сна происходит создание высоко отрицательного внутригрудного давления и подсасывания крови с периферии к правым отделам сердца, где находятся клетки, вырабатывающие натрийуретический пептид.

«Проблему храпа и ноктурии у этой категории пациентов можно решить довольно простым методом СИПАП-терапии, который помогает восстановить структуру сна и уровень кислорода в крови, – пояснил докладчик. – СИПАП-терапия (CPAP – Continuous Positive Airways Pressure) – метод создания постоянного положительного давления в дыхательных путях. В настоящий момент это основной метод лечения пациентов с синдромом обструктивного апноэ во сне (COAC). Поскольку у пациента с COAC дыхательные пути закрыты из-за спадения мягких тканей, задача метода – открыть

числа нефатальных инфарктов и инсультов, улучшение качества жизни, снижение производственного и дорожного травматизма – это неполный список того, что дает СИПАП-терапия пациентам с COAC».

Докладчик отметил, что проблема сна имеет огромное значение для мужского здоровья в целом. По результатам нескольких исследований смертность среди мужчин с продолжительностью сна менее 6 часов – в 4 раза выше, чем в группе без инсомнии. При наличии сахарного диабета или артериальной гипертензии риск смерти возрастает в 7,17 раза. Причем у женщин такой тенденции не наблюдается. Американские ученые провели отдельное исследование воздействия нехватки сна на организм человека: они также сделали вывод о том, что бессонница повышает риск ранней смерти у мужчин. Один из авторов работы из Channing Division of Network Medicine Яньпин Ли отметил, что у мужчин, которые страдают от бессонницы, очень высок риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений.

Ученые провели наблюдение за группой, состоящей из 23 тыс. мужчин, которые жаловались на те или иные симптомы бессонницы. Из данной группы за 6 лет в период 2004–2010 гг. скончались 2025 человек. Специалисты обработали полученную информацию, очистив ее от побочных факторов типа хронических заболеваний, образа жизни, возраста и установили, что у 55% из умерших была бессонница, при этом у трети мужчин были сердечно-сосудистые заболевания. В том же исследовании сообщалось, что четкое соблюдение правил гигиены сна помогает существенно снизить вероятность заболеваний, прежде всего, сосудов и сердца. До того, как результаты данного исследования были опубликованы журналом Circulation, в Имперском колледже Лондона было проведено другое исследование, выявившее, что люди, которые страдают от бессонницы, в 6 раз чаще заболевают сахарным диабетом, чем те, кто спит нормально. По мнению исследователей, это связано с тем, что недостаток сна негативно влияет на обменные процессы, проходящие в организме.

Возвращаясь к теме ноктурии, по словам докладчика, можно сделать заключение о том, что в основе успешного лечения пациента лежит уточнение причины проблемы – урологической или неврологической, причем различные причины могут присутствовать и у одного пациента. «При этом из всех симптомов у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы ноктурия является наименее специфичным и в 50% случаев она обусловлена нарушениями сна. Поэтому решение проблем ноктурии должно осуществляться совместно урологами и сомнологами», – резюмировал докладчик.

«...»

Из всех симптомов у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы ноктурия является наименее специфичным и в 50% случаев она обусловлена нарушениями сна. Поэтому решение проблем ноктурии должно осуществляться совместно урологами и сомнологами

диуретический гормон вазопрессин. То есть механизмы регуляции сна и задержки жидкости связаны на фундаментальном уровне с биологическими часами человека. И, по всей видимости, этот адаптационный механизм активации и деактивации гипоталамо-гипофизарной системы запускается именно антидиуретическим гормоном. В свою очередь назначаемый пациенту мелатонин подавляет спонтанное высвобождение вазопрессина супрахиазматическими нейронами в гипоталамусе».

Доктор А.Л. Калинкин сообщил, что на сегодняшний день описано более 80 видов нарушений сна, поэтому при обращении пациента с подобными жалобами в клинику сна ему назначают лечение в зависимости от причины. Одной из самых

дыхательные пути и предотвратить их дальнейшее перекрытие. По сути, прибор – это компрессор, подающий воздух в дыхательные пути пациента с заданным давлением. В результате применения СИПАП-терапии восстанавливается выработка многих гормонов, ассоциированных с ночным периодом жизни, происходит значительное уменьшение числа ночных мочеиспусканий. Ранние приборы СИПАП были громоздкими, неудобными, маски приклеивались на лицо специальным kleem. В настоящий момент приборы усложняются, становятся более «умными», маски – более комфортными, от пациента требуется немного усилий для проведения терапии. Поэтому снижение смертности от сердечно-сосудистых осложнений, инсультов и инфарктов, снижение

Эмболизация простатических артерий в лечении пациентов с ДГПЖ

В.К. Карпов^{1,3}, С.А. Капранов³, Б М. Шапаров^{1,2}

¹ Кафедра урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

² МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

³ ГБУЗ «ГКБ №31 ДЗМ», Москва, Россия

Продолжает работу наша рубрика, посвященная рентгенэндоваскулярным методам диагностики и лечения в урологии. Сегодняшняя тема является одной из наиболее актуальных в малоинвазивном лечении больных гиперплазией простаты – эмболизация простатических артерий (ЭПА).



**В.К. Карпов, к.м.н., врач-уролог
ГКБ №31 ДЗМ, доцент кафедры
урологии и андрологии ФФМ МГУ
им. М.В. Ломоносова**



**С.А. Капранов, д.м.н., врач-
рентгенэндоваскулярный хирург
ГКБ №31 ДЗМ, профессор НИИ
клинической хирургии РНИМУ
им. Н.И. Пирогова**



**Б.М. Шапаров, врач-уролог
МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, аспи-
рант кафедры урологии
и андрологии ФФМ МГУ
им. М.В. Ломоносова**

Введение

Добропачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – заболевание, чрезвычайно распространенное среди мужчин старше 40 лет. Морфологически оно представляет собой пролиферацию гладкомышечных волокон и эпителиальных клеток в транзиторной зоне предстательной железы (ПЖ), вследствие чего формируется механическое препятствие для оттока мочи, а также стимулируются адренорецепторы шейки мочевого пузыря. Частота встречаемости ДГПЖ увеличивается с возрастом: среди мужчин старше 60 лет она встречается в 50% случаев, а старше 85 лет – почти в 90% [1].

Основным методом лечения больных гиперплазией ПЖ является консервативная терапия, однако в случаях, когда лекарственное лечение оказывается неэффективным, пациенту показано выполнение оперативного лечения. Оперативное лечение зачастую оказывается невозможным ввиду отягощенного соматического статуса пациента, поэтому особую актуальность в последнее десятилетие приобрели малоинвазивные оперативные методы лечения пациентов с ДГПЖ. Они позволяют сократить объем анестезиологического пособия, длительность оперативного лечения и снизить вероятность развития послеоперационных осложнений и их тяжести.

Среди множества минимально инвазивных оперативных методов лечения ДГПЖ обращает на себя внимание суперселективная эмболизация артерий ПЖ (ЭПА – эмболизация простатических артерий), главным преимуществом которой является то, что данная методика выполняется под местной анестезией и

может быть выполнена пациентам пожилого возраста с наличием тяжелых сопутствующих заболеваний.

Суперселективная ЭПА

ЭПА ПЖ – современный минимально-инвазивный оперативный метод лечения больных гиперплазией ПЖ. Данная техника была разработана с целью улучшения результатов лечения пациентов с гиперплазией ПЖ и отягощенным соматическим статусом, которым невозможно выполнить традиционное эндоскопическое или открытую оперативное лечение, а консервативная терапия неэффективна. К основным преимуществам данного метода относится отсутствие необходимости в применении анестезиологического пособия, быстрая активизация пациента, меньшая вероятность развития осложнений. ЭПА выполняется под рентгеноскопическим контролем с применением современных эндоваскулярных микрокатетеров, позволяющих суперселективно катетеризировать простатические артерии и осуществить таргетную доставку эмболизирующего агента в сосудистое русло *a. prostatica* до достижения стаза рентгенконтрастного препарата, что свидетельствует о полной окклюзии ветвей простатической артерии (рис. 1).

Лечебный эффект достигается за счет развития в паренхиме ПЖ ишемического некроза, что приводит к склерозу, уменьшению объема железы и снижению активности адренергических рецепторов в простатическом отделе уретры (рис. 2).

Несмотря на свою относительную новизну ЭПА широко внедрена в клиническую практику во всем мире. С 2016 г. ЭПА была одо-

плазией ПЖ в Великобритании. В России ЭПА выполняется с 2004 г., а с 2019 г. включена в клинические рекомендации Минздрава РФ по лечению больных ДГПЖ в качестве метода, рекомендуемого для пациентов с отягощенным соматическим статусом.

История вопроса

Исходно ЭПА использовалась исключительно для гемостаза при некупируемой макрогематурии. В 2000 г. J.S. De Meritt et al. [2] сообщили о пациенте с кровотечением и острой задержкой мочеиспускания на фоне ДГПЖ, которому выполнили ЭПА вследствие невозможности стандартного оперативного лечения из-за сопутствующих заболеваний. После успешного купирования кровотечения наблюдалось неожиданное облегчение симптомов нарушения функции нижних мочевыводящих путей (СНМП) без каких-либо осложнений и сексуальной дисфункции, а через 12 месяцев после ЭПА уменьшился и объем ПЖ на 40%.

Результаты первого клинического исследования применения ЭПА для лечения больных ДГПЖ были опубликованы А.И. Неймарком и соавт. [3] в 2009 г. ЭПА была успешно выполнена 38 пациентам с тяжелыми сопутствующими

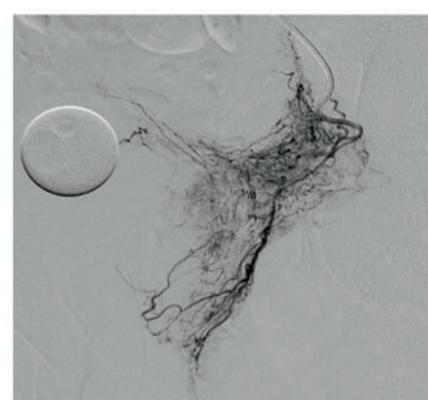


Рис. 1. Ангиограммы до и после ЭПА

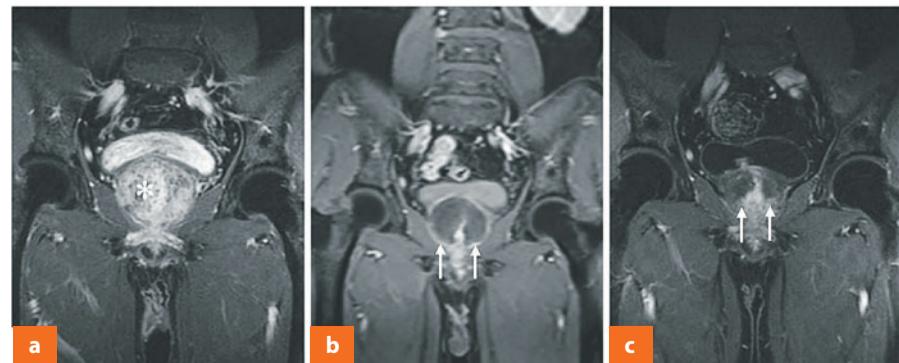


Рис. 2. DCE-MRI во фронтальной плоскости до и после ЭПА

а – изображение, полученное до ЭПА: демонстрирует ДГПЖ большого объема (92,3 см³), б – изображение, полученное через 1 неделю после ЭПА: демонстрирует 90% зону ишемии ПЖ (стрелки), с – изображение, полученное через 15 месяцев после ЭПА: демонстрирует уменьшение объема ПЖ на 57,5% (стрелки).

Таблица. Результаты исследований, сравнивающих безопасность и эффективность ЭПА со стандартным оперативным лечением

Исследования	Y. Gao, et al. [8]	G.I. Russo, et al. [9]	F.C. Carneval, et al. [10]	Z. Qiu, et al. [11]	A.F. Ray, et al. [12]	D. Abt, et al. [13]						
Параметры	ЭПА	ТУРП	ЭПА	OA	ЭПА	ТУРП	ЭПА	ТУРП	ЭПА	ТУРП	ЭПА	ТУРП
Сумма баллов по шкале IPSS	-15,6	-16,3	-13,58	-19,4	-12,8	-21,5	-10,8	-14,3	-10,9	-15,2	-9,23	-10,77
QoL	-3,2	-3,2	-	-	-2,5	-3,7	-2	-2,4	-2,6	-3,4	-2,33	-2,69
Q _{max} (мл/с)	+13,7	+14,8	+15,97	+9,63	+3,1	+17,4	+12,3	+14,9	+4,4	+8,6	+5,19	+15,34
Объем ПЖ, см ³	-107,5	-100,2	-43,87	-58,8	-64,7	-70	-	-	-40,4	-78,1	-86,36	-199,98
Изменение объема ПЖ, %	-46,06	-58,11	-	-	-19,21	-43,46	-34,98	-52,11	-28,26	-	-23,05	-53,58
ПСА, нг/мл	-1,6	-1,9	-1,48	-2,88	-1,2	-1,6	-	-	-	-	-2	-3,11
IIEF-5	-	-	+0,68	-4,22	-1,7	+3,6	-	-	+1	-0,2	-0,98	-1,84

ми заболеваниями, для которых стандартное оперативное лечение оказалось невозможным. Объем ПЖ в среднем уменьшился на 45%, во всех наблюдениях после операции уменьшилась выраженность СНМП по шкале IPSS, 4 пациентам стало возможным убрать цистостомический дренаж.

По данным исследования J.M. Pisco et al. [4], опубликованным в 2011 г., ЭПА оказалась технически успешна у 14 из 15 пациентов. У большинства пациентов сумма баллов по шкале IPSS снизилась, QoL улучшилось, Q_{max} увеличилась, а объем ПЖ уменьшился. У 28,6% пациентов ЭПА не привела к уменьшению СНМП. Среди серьезных осложнений имела место только ишемия мочевого пузыря у 1 пациента, потребовавшая открытой резекции. Те же авторы в аналогичном исследовании с участием большего числа пациентов (104 человека), выявили, что через 1 месяц после ЭПА средний суммарный балл по шкале IPSS уменьшился на 10, средний балл QoL уменьшился на 2, средняя Q_{max} повысилась на 38%, средний объем ПЖ уменьшился на 20%, средний объем остаточной мочи снизился на 30 мл, а средний балл по опроснику IIEF повысился на 0,5 [5].

В 2014 г. F.C. Carnevale et al. [6] представили усовершенствованную технику ЭПА – PErFecTED-эмболизацию, которая через 12 месяцев наблюдения продемонстрировала следующие показатели по сравнению с ТУРП по критерию послеоперационной суммы баллов по шкале IPSS: 3,6±2,9 в группе PErFecTED-эмболизации против 6,1±8,6 у пациентов после ТУРП. У пациентов после классической ЭПА и PErFecTED-эмболизации не встречались осложнения, которые были при ТУРП, и включали в себя неудержание мочи, разрыв простатической капсулы, ретроградную эякуляцию, а также повторную госпитализацию в связи с гематурией.

Одно из наиболее крупных исследований на сегодняшний день было опубликовано в 2020 г. А.А. Камаловым и соавт. [7], которые представили результаты многоцентрового исследования с включением 1015 пациентов с ДГПЖ. Двусторонняя эмболизация была успешно выполнена в 931 (91,7%) случае, 49 (4,8%) пациентам из-за технических трудностей потребовалась пункция контралатеральной бедренной артерии. Односторонняя ЭПА была выполнена в 69 (6,8%) случаях в связи с анатомическими особенностями сосудистого русла. В течение 24-месячного наблюдения сумма баллов по шкале IPSS снизилась с 22±2,4 до 10±2,9, Q_{max} увеличилась с 7,6±1,2 до 15,7±4,9 мл/сек, объем остаточной мочи уменьшился с 132±19,4 до 72±15,1 мл, объем ПЖ сократился с 96±24,7 до 62±11,6 см³, уровень простатического специфического антигена (ПСА) снизился с 5,56±2,7 до 2,8±0,5 нг/мл. В данном исследовании было также проведено сравнение эффективности классической ЭПА и методики PErFecTED. Сравнительный анализ

выявил большую эффективность методики PErFecTED, превышающую таковую в группе классической ЭПА примерно в 3 раза.

Применение ЭПА в клинической практике

ЭПА в качестве альтернативного метода используется для лечения больных ДГПЖ уже более 10 лет, и многие обзорные исследования и мета-анализы подтверждают ее безопасность и эффективность. Кроме того, проведено множество исследований, сравнивающих безопасность и эффективность применения ЭПА со стандартным оперативным лечением. В этих сравнительных клинических испытаниях успех достигался как после ЭПА, так и после стандартного оперативного лечения. Эффективность ЭПА оказалась сопоставимой с ТУРП и открытой аденоэктомией (OA) во всех шести исследованиях (см. таблицу).

В крупном рандомизированном контролируемом исследовании, опубликованном Y. Gao et al. [8], ЭПА сравнивается с ТУРП на выборке из 114 пациентов с наблюдением в течение 24 месяцев. Пациенты обеих групп достигли значительного клинического улучшения, снижения объема ПЖ и уровня ПСА по сравнению с дооперационным периодом. Сравнение между группами показало, что пациенты перенесли ТУРП с более значительным улучшением показателей IPSS, QoL, Q_{max}, объема остаточной мочи, объема ПЖ и уровня ПСА, чем пациенты, перенесшие ЭПА.

В рандомизированном плацебо-неконтролируемом исследовании с участием 103 больных и периодом наблюдения 12 недель D. Abt et al. [13] продемонстрировали, что среднее снижение суммы баллов по шкале IPSS через 12 недель составило 9,23 и 10,77 после ЭПА и ТУРП соответственно. Кроме того, изменения Q_{max}, объема остаточной мочи и объема ПЖ были лучше после ТУРП, чем после ЭПА.

Частота рецидивов – ключевой критерий оценки любого метода лечения пациентов с ДГПЖ. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что ЭПА менее эффективна в долгосрочной перспективе, чем ТУРП. Y. Gao et al. [8] сообщают, что необходимость в последующей ТУРП возникла у 9,4 и 3,8% пациентов, получавших ЭПА и ТУРП соответственно. A.F. Ray et al. сообщают, что необходимость в последующей ТУРП в течение 12–24 месяцев после ЭПА возникла у 19,9% пациентов, в то время как частота повторных операций после ТУРП составила только 5,6%.

ЭПА ассоциирована с меньшей кровопотерей, меньшим числом гемотрансфузий, менее длительной госпитализацией, меньшим числом и менее тяжелыми побочными эффектами, чем ТУРП. В отличие от стандартных операций на ПЖ ЭПА можно выполнить под местной анестезией. Следовательно, нарушения свертываемости крови, анемия и антикоагулантная терапия не являются противопоказаниями к эмболизации.

Сохранение эякуляторной функции является важным критерием выбора для многих пациентов. В литературе сообщается, что после ЭПА только в 2 из более чем 1000 случаев имело место нарушение эякуляции, в то время как после ТУРП ретроградная эякуляция встречается в 60–65% случаев.

Несмотря на то, что в вышеуказанных исследованиях ЭПА не продемонстрировала лучших результатов по сравнению с ТУРП и открытой аденоэктомией, этот метод может быть достойной альтернативой для лечения больных ДГПЖ, благодаря таким преимуществам, как минимальная инвазивность, сохранение сексуальной функции, более короткий срок госпитализации. Особенно актуальна ЭПА для тех пациентов, которым противопоказано стандартное оперативное лечение, либо для тех пациентов, которые сами отказываются от него.

Перспективным направлением является использование ЭПА в качестве первого этапа лечения больных ДГПЖ с большим объемом

ПЖ. В результате ЭПА объем ПЖ уменьшается до допустимых значений, и вторым этапом выполняется эндоскопическое гисторедуктивное лечение. P. Li et al. [14] в 2017 г. опубликовали результаты такого двухэтапного лечения: ЭПА с последующей HoLEP. Успех был достигнут у всех 24 пациентов.

Заключение

Исходя из имеющихся на сегодняшний день данных, ЭПА является эффективной и безопасной минимально инвазивной методикой лечения ДГПЖ. Преимущества ЭПА заключаются в том, что это требует только местной анестезии или умеренной седации. Несмотря на имеющиеся данные, ЭПА еще предстоит найти свое место среди методов лечения больных ДГПЖ. Требуются дальнейшие долгосрочные многоцентровые контрольные исследования, помогающие оценить эффективность и безопасность, а также уточнить четкие показания и противопоказания к выполнению данного вида оперативного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

- Berry S.J., Coffey D.S., Walsh P.C., Ewing L.L. The development of human benign prostatic hyperplasia with age. *J. Urol.* 1984;132(3):474–9. doi: 10.1016/s0022-5347(17)49698-4. PMID: 6206240.
- DeMeritt J.S., Elmasri F.F., Esposito M.P. et al. Relief of benign prostatic hyperplasia-related bladder outlet obstruction after transarterial polyvinyl alcohol prostate embolization. *J. Vasc. Interv. Radiol.* 2000;11:767–70.
- Неймарк А.И., Яковец Е.А., Яковец Я.В. и др. Оценка эффективности рентгенэндоваскулярной эмболизации артерий при ДГПЖ с помощью ультразвуковой транскретальной допплерографии. *Андрология и генитальная хирургия. Материалы международного конгресса по андрологии.* 2009;2:117 с.
- Pisco J.M., Pinheiro L.C., Bilhim T. et al. Prostatic arterial embolization to treat benign prostatic hyperplasia. *J. Vasc. Interv. Radiol. JVIR.* 2011;22(1):11–9; quiz 20. https://doi.org/10.1016/j.jvir.2010.09.030.
- Pisco J.M., Campos Pinheiro L., Bilhim T., et al. Prostatic arterial embolization for benign prostatic hyperplasia: short- and intermediate-term results. *Radiol.* 2013;266(2):668–77. https://doi.org/10.1148/radiol.12111601.
- Carnevale F.C., Moreira A.M., Antunes A.A. The “PErFecTED technique”: proximal embolization first, then embolize distal for benign prostatic hyperplasia. *J. Cardiovasc. Interv. Radiol.* 2014; 37(6):1602–5.
- Kamalov A., Kapranov S., Neymark A. et al. Prostatic Artery Embolization for Benign Prostatic Hyperplasia Treatment: A Russian Multicenter Study in More Than 1,000 Treated Patients. *Am. J. Mens. Health.* 2020;14(3):1557988320923910. doi: 10.1177/1557988320923910. [PMID: 32486959; PMCID: PMC7273342].
- Gao Y., Huang Y., Zhang R. et al. Benign prostatic hyperplasia: prostatic arterial embolization versus transurethral resection of the prostate—a prospective, randomized, and controlled clinical trial. *Radiol.* 2014;270(3):920–8. https://doi.org/10.1148/radiol.13122803.
- Russo G. I., Kurbatov D., Sansalone S. et al. Prostatic Arterial Embolization vs Open Prostatectomy: A 1-Year Matched-pair Analysis of Functional Outcomes and Morbidities. *Urol.* 2015;86(2):343–8. https://doi.org/10.1016/j.ulrology.2015.04.037.
- Carnevale F.C., Iscaife A., Yoshinaga E.M. et al. Transurethral Resection of the Prostate (TURP) Versus Original and PErFecTED Prostate Artery Embolization (PAE) Due to Benign Prostatic Hyperplasia (BPH): Preliminary Results of a Single Center, Prospective, Urodynamic-Controlled Analysis. *Cardiovasc. Interv. Radiol.* 2016;39(1):44–52. https://doi.org/10.1007/s00270-015-1202-4.
- Qiu Z., Zhang C., Wang X. et al. Clinical evaluation of embolization of the superior vesical artery for treatment of benign prostatic hyperplasia: a single-center retrospective study. *Wideochirurgia i Inne Techniki Maloinwazyjne=Videosurg. Other Miniinvas. Techniq.* 2017;12(4):409–16. https://doi.org/10.5114/witm.2017.72324.
- Ray A.F., Powell J., Speakman M.J. et al. Efficacy and safety of prostate artery embolization for benign prostatic hyperplasia: an observational study and propensity-matched comparison with transurethral resection of the prostate (the UK-ROPE study). *BJU International.* 2018;122(2):270–82. https://doi.org/10.1111/bju.14249.
- Abt D., Hechelhammer L., Müllhaupt G. et al. Comparison of prostatic artery embolisation (PAE) versus transurethral resection of the prostate (TURP) for benign prostatic hyperplasia: randomised, open label, non-inferiority trial. *BMJ. (Clin. Res. Ed.)*, 2018;361:k2338. https://doi.org/10.1136/bmj.k2338.
- Li P., Wang C., Cao Q. et al. Prostatic Arterial Embolization Followed by Holmium Laser Enucleation of the Prostate as a Planned Combined Approach for Extremely Enlarged Benign Prostate Hyperplasia. *Urol. Intern.* 2017;99(4):422–8. https://doi.org/10.1159/000478788.



ACUSON Sequoia*

Увидеть больше. Узнать больше. Сделать больше.

ACUSON Sequoia — это экспертное решение современных задач ультразвуковой диагностики. По мнению специалистов, традиционный не персонализированный подход к оказанию медицинской помощи не позволяет решать проблемы, связанные с высокой нагрузкой и разнообразием патологии в диагностических отделениях.

Медицинские учреждения нуждаются в передовых технологиях и приложениях, которые отвечали бы потребностям как пациентов, так и врачей ультразвуковой диагностики. Адаптация диагностики и терапии к индивидуальным особенностям каждого пациента улучшает диагностические, клинические, операционные и финансовые результаты.

* Система ультразвуковая диагностическая ACUSON Sequoia с принадлежностями

В ультразвуковой системе экспертного класса ACUSON Sequoia используется технология визуализации BioAcoustic, которая позволяет получать больше клинической информации и развивать методы прецизионной медицины с индивидуальным подходом к каждому пациенту. ACUSON Sequoia — мультифункциональный сканер с основным направлением технологий для ранней онкодиагностики. ACUSON Sequoia предназначена для выявления патологических изменений на самых ранних этапах болезни для своевременного проведения лечения, адекватного контроля и профилактики, для увеличения продолжительности и повышения качества жизни пациентов.

siemens-healthineers.com/ru