



От редактора



Николай
Александрович
ГРИГОРЬЕВ

Д.м.н., профессор, руководитель урологической клиники АО «Европейский Медицинский Центр», Москва

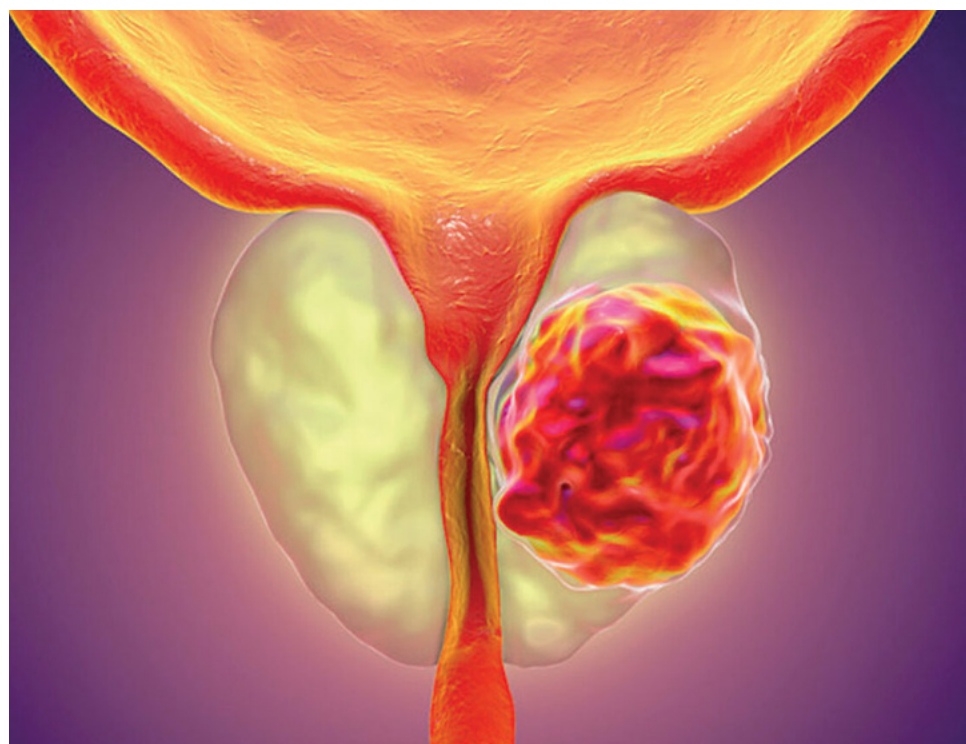
Уважаемые коллеги!

Мы снова вместе на страницах нашей газеты. В этом номере, как, впрочем, и всегда, предлагаем вам материалы из разных областей нашей специальности, но начнем с рака простаты. Все мы знаем, что он занимает одну из лидирующих позиций в структуре онкологических заболеваний мужчин. Из года в год мы выявляем его все больше и больше. С чем это связано? Действительно ли заболеваемость растет или мы стали лучше диагностировать? Вероятно, оба фактора имеют значение, но никак не влияют на выбор метода лечения. А здесь есть о чем поговорить!

Чего только не было предложено для малоинвазивного лечения этого распространенного заболевания. Есть уже многолетний опыт клинического применения высокочастотного ультразвука (HIFU) и криодеструкции. Эти методы обещали быть альтернативой радикальной простатэктомии. Стали они таковыми? Можем уверенно говорить, что нет. В клинических рекомендациях по лечению локализованного рака простаты во всем мире по-прежнему фигурируют два метода, имеющие одинаковые онкологические результаты, — радикальная простатэктомия и радиохирurgia.

Урологи как люди хирургического склада вполне объяснимо являются сторонниками простатэктомии и предлагают этот метод как основной, а часто и безальтернативный, что не совсем честно по отношению к нашим пациентам. Мы должны признаться, что медицинских учреждений, обладающих всеми возможными современными методами лечения рака простаты, очень и очень мало. Каким методом лечения обладаем, такой и предлагаем! Так ведь, по сути, происходит в жизни. Доктора, не владеющие лапароскопической техникой операций, уверенно рассказывают пациентам об отсутствии преимуществ лапароскопической хирургии. Это касается не только нашей страны. Еще пять лет назад так было в Баден-Бадене (Германия). Там, где нет роботассистированной хирургии, пациента убедительно заверят в том, что робот не более чем хитрый маркетинговый ход и никаких преимуществ перед лапароскопической простатэктомией у него нет. Верно ведь? Только делать так все труднее. Пациенты становятся все более осведомленными, недостатка информации больше не существует. И нам придется становиться честнее.

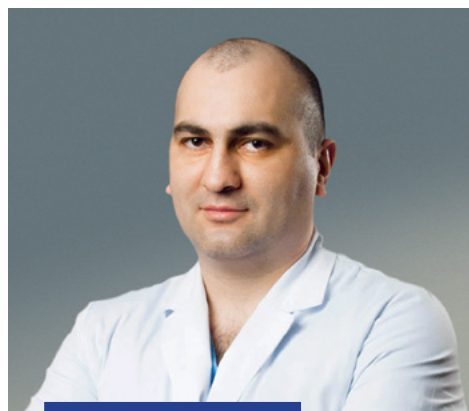
Хочу пожелать всем здоровья и удачи!



ИНТЕРВЬЮ

Непростая простата

Рак предстательной железы по распространенности занимает одну из лидирующих позиций в структуре онкологических заболеваний мужского населения. При этом число выявляемых случаев неуклонно растет. Чем это вызвано, на что следует опираться при выборе объема оперативного вмешательства и можно ли в дальнейшем избежать рецидивов? Об этом рассказывает Бениамин Висампашаевич ХАНАЛИЕВ, д.м.н., профессор, практикующий хирург, заведующий урологическим отделением ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова» Минздрава России (Москва).



Д.м.н. Бениамин Висампашаевич
ХАНАЛИЕВ

— Бениамин Висампашаевич, количество пациентов с раком предстательной железы, по вашему мнению, растет объективно или это связано только с улучшением диагностики?

— Диагностика, действительно, совершенствуется, становится более доступной. Поэтому мы все чаще имеем дело с ранни-

ми стадиями заболевания, что критически важно для результата лечения. Хотя теоретически я не исключаю того, что и объективно, независимо от диагностики, таких пациентов становится больше.

— Если это так, то с чем это связано?

— Состояние организма современного человека зачастую хуже, чем у наших предков. Это связано с экологией, питанием, стрессами. Для меня очевидно, что стресс — составной фактор любого нарушения, которое потом может привести к заболеванию.

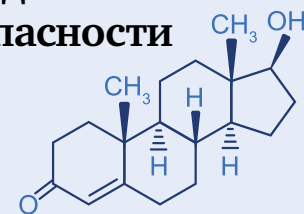
— Стресс сопровождает человечество всю историю его существования, тем не менее это куда реже приводило к таким последствиям. Что случилось? Может, мы стали менее устойчивы к стрессам?

— Люди умственного труда намного тяжелее переносят стрессы, чем те, кто работает физически. Когда ты каждый день идешь на завод или спускаешься в шахту,

Продолжение на с. 2 →

Новости

Заместительная терапия тестостероном: новые данные о безопасности



В июне были опубликованы долгожданные результаты крупного международного исследования TRAVERSE, целью которого являлась оценка безопасности заместительной терапии тестостероном у мужчин.

В протокол были включены более 5000 мужчин в возрасте 45–80 лет, которые получали тестостерон в течение 22 месяцев подряд. Было показано, что в сравнении с плацебо тестостерон не повышает совокупную смертность от сердечно-сосудистых причин и частоту нефатального инфаркта миокарда и инсульта. Также за 33 месяца наблюдения не было отмечено повышения частоты развития рака предстательной железы на фоне приема тестостерона. Однако среди мужчин, получавших тестостерон, наблюдалось увеличение частоты фибрилляции предсердий, острой почечной недостаточности и тромбозов легочной артерии.

Несколько неожиданным оказалось необъяснимое увеличение числа переломов на 43% на фоне терапии тестостероном. Ранее считалось, что тестостерон, напротив, способствует сохранению минерализации костной ткани и способствует снижению риска переломов костей. Новые данные свидетельствуют о необходимости рассмотрения дополнительного назначения бисфосфонатов независимо от уровня тестостерона.

Исследование TRAVERSE было инициировано в 2015 году из-за опасений и противоречивых данных в отношении сердечно-сосудистой безопасности заместительной терапии тестостероном у мужчин.

Авторы исследования признают, что восполнение дефицита тестостерона — вопрос по большей части качества жизни пациентов старших возрастных групп, поэтому принятие решения о заместительной терапии требует оценки в первую очередь ее безопасности. Также исследователи подчеркивают, что полученные ими данные касаются только мужчин с истинным дефицитом тестостерона.

Непростая простата

← Продолжение, начало на с. 1

тоже можешь испытывать стресс, но стрессы там другие. Хотя физически такие люди стареют, изнашиваются раньше, в целом здоровье у них лучше и психологически они более устойчивы. Это видно по их реакции, когда сообщаем им диагноз. Они относятся к этому более спокойно, воспринимают как данность, а не как трагедию.

— Интересно, а кто воспринимает новость о таком диагнозе спокойнее — мужчины или женщины, спутницы ваших пациентов?

— Женщины. Даже если говоришь мужчине, что не надо отчаиваться, болезнь находится на ранней стадии, когда мы в большинстве случаев можем ее вылечить, у женщин наступает ступор, они как будто тебя не слышат. Очень часто именно жены заставляют мужей лечиться.

— Точно так же как женщины ведут мужчин за руку сдавать анализ на простат-специфический антиген (ПСА), в то время как сами мужчины зачастую не считают это важным. А ведь именно данный показатель на сегодня является главным сигналом неблагополучия. Если ПСА повышен, как правило, направляют на биопсию — процедуру инвазивную и довольно болезненную. Вот на это уговорить мужчину уже куда труднее. Действительно ли это так необходимо?

— Тут существуют различные точки зрения, связанные с тем, что уро-

вень ПСА не всегда определяет наличие или отсутствие злокачественной опухоли. Встречаются случаи, когда даже при очень высоком уровне ПСА рак простаты не обнаруживается, в то время как случается наоборот — у молодых пациентов с практически нормальным уровнем этого антигена мы видим довольно агрессивную распространенную форму рака.

Сейчас появилось немало врачей и ученых, которые выступают против биопсии (при отсутствии абсолютных показаний, конечно) именно по той причине, что это инвазивная процедура, которая может привести к инфекционно-воспалительным заболеваниям. Однако если мы говорим о биопсии как методе выявления для последующего лечения рака, то все остальные соображения уходят на второй план.

— Есть две противоположные точки зрения среди у людей, занимающихся изучением рака. Одни говорят, что рак полностью вылечить нельзя, другие — что в ряде случаев он полностью излечим. Вы сказали, что на ранних стадиях большинства случаев рака предстательной железы можно излечить. Что это значит?

— Вопрос непростой и неоднозначный. Если мы говорим о раке, вызванном генетическими причинами, то понимаем, что, несмотря на успешное лечение, рецидив может произойти в любой момент. Однако мы действительно научились эффективно лечить рак предстательной желе-

зы и когда говорим пациенту, что ни в коем случае не надо отчаиваться, потому что прогноз хороший, это чистая правда.

— При раке предстательной железы, как правило, рекомендуют радикальную простатэктомию, где также существуют разные подходы. Некоторые врачи считают, что вместе с простатой надо удалять лимфоузлы, что может вызвать ряд послеоперационных осложнений. Другие полагают, что это совсем не обязательно. Точно так же есть разные мнения по поводу необходимости удаления нервных узлов, окружающих орган. Есть ли какие-то протоколы, где четко прописано, когда и что надо удалять?

— Существуют клинические рекомендации, которых все мы придерживаемся. В частности, там говорится, в каких случаях вы обязаны удалять лимфоузлы, а когда это не показано. Но рекомендации — это не протоколы. У каждого врача — своя практика, свой опыт, на основании которого он принимает решение, иногда интраоперационно. На это влияет и общение с коллегами, и прочитанная литература. В результате может сложиться свое видение ситуации, хотя если оно будет принципиально расходиться с клиническими рекомендациями, то это неправильно или даже преступно.

С лимфоузлами все просто. Если там имеются метастазы, то операцию лучше не делать. Есть исключительные случаи, когда выражена аденома, и тогда качество жизни из-за нарушения мочеиспускания страдает. В этом случае нужна операция как первый этап, когда убирают сам массив железы, восстанавливая мочеиспускание. Но при этом человек будет продолжать лечение в виде облучения и гормональной терапии.

Если же лимфоузлы убирают на всякий случай, как я говорю — бонусом, то тут вреда значительно больше, чем пользы. Это травматичная процедура, когда могут развиться лимфорея, лимфоцеле, воспаления, отеки. Я не раз видел таких пациентов. Их приходится потом долго долечивать.

— А что по поводу сохранения сосудисто-нервных пучков?

— Если имеет место местнораспространенный процесс, перинеуральная инвазия или капсулярная задеятельность, то показаний к их сохранению нет. Хотя везде есть свои «но». Современные методы дают возможность частичного сохранения пучков. Если раньше восстановление эрекции после такой операции считалось большой редкостью, то сейчас, удаляя прилегающую к простате часть пучков или пучок только с одной стороны, мы можем полностью или частично сохранить эту функцию.

— Некоторые хирурги начинают радикальную простатэктомию с удаления лимфоузлов, настолько считают это важным. Вы эту точку зрения не разделяете?

— Если консилиумом, который всегда проводится перед операцией, определено удалить предстательную железу с лимфаденэктомией, то я начинаю операцию с удаления простаты. Наверное, это вопрос привычки или удобства. Хотя иногда может возникнуть и интраоперационное решение о первоочередном удалении лимфоузлов, если мы с бригадой видим, что риски их поражения высоки.

— Распространена точка зрения, что лимфоузлы — наиболее уязвимая для возникновения рецидивов зона. Это так?

— Если лимфоузлы изначально не поражены, то рецидив в них возникнуть не может. Да, они уязвимы, но не рецидивом, а, как правило, первым этапом распространения. Если же их поражение происходит в послеоперационном периоде, удаление тоже не всегда нужно. Современные подходы дают возможность облучать зоны лимфоузлов в случае метастазов. Удалять же лимфоузлы без показаний, как делают некоторые хирурги, я считаю неоправданным. Хотя утверждать однозначно, что правильно, а что нет, за всех не берусь: есть работы, показывающие, что удаление лимфоузлов имеет лечебную цель.

— Многие годы вы оперируете с помощью робота «да Винчи». А опыт открытых операций у вас тоже имеется?

— Конечно, был период, когда я проводил только открытые операции. Сейчас в основном провожу робот-ассистированные.

Сравнивая открытую операцию с робот-ассистированной, мы видим явные преимущества последней. Робот дает возможность нивелировать самые разные проблемы с фантастической точностью, на какую не способен человек. Такие операции пациент переносит легче, значительно быстрее восстанавливается, имеет значительно меньше осложнений.

— Сколько нужно сделать операций, чтобы почувствовать себя уверенным?

— Честно, не знаю. Считается, что 50 самостоятельных операций дают возможность говорить об освоении техники. При этом вот ты сделал сто, двести, тысячу операций, вроде бы все уже знаешь, но нет — каждая операция может принести какую-то неожиданность.

— Знаю, что вы мастер спорта по рукопашному бою. Вам это не мешает? Академик М.Ш. Хубутия рассказывал, что ушел из профессионального бокса именно потому, что однажды ему пришлось выбирать: лечить людей или калечить.

— Для меня в спорте всегда было самым трудным первым нанести удар. Требовалось получить несколько ударов, прежде чем возникала спортивная злость. К сожалению, сейчас не остается времени даже дойти до спортзала. Последние соревнования, в которых я профессионально выступал, были 20 лет назад.

— Мы говорили о разрушительной роли стрессов. Чувствуете ли вы, что благодаря работе лучше их переносите?

— Да, наверное. Как-то я взял отпуск более продолжительный, чем обычно. Устал. И уехал. И в какой-то момент осознал, что я счастливый человек, потому что связал свою жизнь с любимым делом — медициной. Мне нравится оперировать, я люблю учить молодых врачей, приезжать в субботу или воскресенье к пациентам, которые не ожидают этого, они удивлены, радуются. В молодые годы я смеялся, что пациенты верят: чем чаще к тебе подходит врач, тем больше он тобой занимается. Это, конечно, не так, но это внимание реально помогает. Сейчас я это понял. Пациент может быть напуган, он может задавать одни и те же вопросы тысячу раз, потому что у него стресс, и ты должен иметь терпение отвечать. Ты просто должен делать свою работу так, как хотел бы, чтобы делали те врачи, к которым ты, возможно, когда-нибудь попадешь как пациент. ☺

Беседовала Наталья Лескова

ROOU
Российское общество урологов

Москва

18

**МЕЖДУНАРОДНЫЙ
КОНГРЕСС
РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА
ОНКОУРОЛОГОВ**

28.09 — 29.09.2023

Приглашаем Вас принять участие в XVIII Международном Конгрессе Российского общества онкоурологов

AZIMUT Сити Отель Олимпик
г. Москва, Олимпийский пр-т., 18/1

Формат проведения: очный

подробная информация на сайте www.roou.ru

ОТСКАНИРУЙТЕ QR-code

НАУЧНЫЙ КОМИТЕТ: Матвеев В.Б., Алексеев Б.Я., Карякин О.Б., Камолов Б.Ш.

Реклама



Кирилл
Александрович
ШИРАНОВ

Врач-уролог МБУЗ «Клинико-диагностический центр «Здоровье», г. Ростов-на-Дону

Фитотерапия при мочекаменной болезни

Арсенал средств, используемых для лечения и профилактики мочекаменной болезни, помимо синтетических лекарственных препаратов, включает препараты, получаемые из растительного сырья. Насколько эффективна фитотерапия при данном заболевании? Обратимся к доказательной медицине.

Распространенность мочекаменной болезни (МКБ) растет во всем мире и в настоящее время составляет 5–15 %. Значимой особенностью МКБ являются пик встречаемости в работоспособном возрасте (30–60 лет), а также высокая частота рецидива, которая может достигать 30–50 % в течение 10 лет. Эти факторы приводят к высокому социальному значению данного заболевания, которое оказывает серьезную нагрузку на систему здравоохранения и связано с высокими затратами на лечение.

Почти в половине случаев первым проявлением МКБ является почечная колика, связанная с нарушением пассажа мочи при камнях мочеточника. Тактика лечения зависит от размера и локализации камня, а также наличия факторов риска (единственная почка) или признаков инфекции. На вероятность отхождения камня влияет его размер — от 68 до 47 % при камнях до 5 и 5–10 мм соответственно. В случае купирования болевого синдрома пациентам с конкрементами до 10 мм предлагают наблюдение и литокинетическую терапию. Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов (EAU), основным классом препаратов являются альфа-блокаторы, хотя за последние 5 лет опубликованы ряд хорошо спланированных исследований, в которых не была подтверждена их эффективность. Как поступить врачу, к которому обратился пациент с камнем мочеточника? При отсутствии болевого синдрома, помимо рекомендаций по питьевому режиму, специалисты назначают фитотерапию. На сегодняшний день на рынке представлено большое количество фитопрепаратов. Какой же из них выбрать?

Терпены. Обоснование эффективности

Терпены являются производными эфирных масел и встречаются во многих растениях. Они представляют собой подкласс непредельных углеводородов. В медицине широко применяются терпены, терпеноиды и их производные — камфора, валидол, скипидар, токоферол и альфа-кальцидол. В урологии одним из основных препаратов на основе терпенов является Ренотинекс, содержащий комбинацию из эфирных масел и природных терпенов: α-пинен, камфен, борнеол, β-пинен, фен-

хон, цинеол. Фармакологические эффекты этого препарата определяются входящими в его состав компонентами и, по данным экспериментальных и клинических исследований, включают диуретический и антибактериальный, а также противовоспалительный и спазмолитический. Наиболее выраженный антибактериальный эффект приписывается пинену, далее идут борнеол и фенхон. В таблице представлены основные фармакологические эффекты терпенов, которые содержатся в Ренотинексе.

Фитотерапия МКБ терпенами одобрена в более чем 60 странах и проводится с 1954 года.

Противовоспалительный эффект терпенов, в основном анетола, обусловлен подавлением метаболизма арахидоновой кислоты и выработки цитокинов. Спазмолитический эффект (цинеола и камфена) способствует устранению спазма мочеточника в зоне стояния камня. Антибактериальная активность терпенов направлена на различные патогены (*Bacillus subtilis*, *Escherichia coli*, *Proteus vulgaris*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus faecalis*, *Enterococcus*, *Salmonella typhi*, *Saccharomyces cerevisiae*), имеющие важное значение как в патогенезе МКБ, так и развитии инфекционных осложнений.

Показания к фитотерапии: кому и как?

При анализе иностранной литературы обнаружено четыре рандомизированных исследования, в которых получены положительные результаты применения терпенов. Основным показанием является почечная колика, при которой реализуются их основные эффекты. Вторым показанием, активно изучаемым в литературе, является литокинетическая терапия после дистанционной ударно-волновой литотрипсии. Показано, что при камнях почки терпены способствуют увеличению частоты полного отхождения камней и уменьшают выраженность симптомов. При этом не описаны нежелательные явления, которые привели бы к отказу от терапии.

Другим показанием к применению терпенов является метафилактика МКБ. В экспериментальных исследованиях подтверждено ингибирующее влияние терпенов при кальций-оксалатных камнях, пропорция ко-

торых в структуре МКБ достигает 75–80 %. Это играет роль как после самостоятельного отхождения камня, так и в снижении риска увеличения размера «клинически незначимых фрагментов» после эндоскопического лечения и ударно-волновой литотрипсии.

Хотя вопросы экономической целесообразности требуют проведения глубокого анализа, в современных условиях консервативная терапия может иметь особенно важное значение.

Ренотинекс — преимущества очевидны

Программа импортозамещения позволяет специалистам быть уверенными, что пациент сможет использовать назначенный препарат на протяжении всего курса терапии. При этом на рынке существуют только два комбинированных продукта, содержащих терпены и используемых при мочекаменной болезни; отечественный Ренотинекс в 1,5 раза доступнее по цене.

Рекомендации по применению данного препарата: взрослым 1 капсула раз в день во время еды или по назначению врача. Следует отметить, что все клинические ис-

следования были проведены по схеме 2 или 3 капсулы 3 раза в день, и такой режим дозирования представляется целесообразным для большинства случаев МКБ. Продолжительность приема — 1 месяц, при необходимости курс можно повторить 3–4 раза в год.

Другим важным преимуществом Ренотинекса является наличие в его составе витамина Е, который обладает нефропротективным действием, уменьшая риск нарушения функции почки как в послеоперационном периоде (после литотрипсии), так и на фоне камней верхних отделов мочевыводящих путей.

За последние годы в ведущих лечебных и научных центрах России проведено большое количество клинических исследований, где была подтверждена высокая эффективность Ренотинекса у больных с МКБ. Таким образом, когда уролог выбирает в качестве терапии при МКБ фитопрепараты, то при назначении Ренотинекса можно опираться на накопленный опыт отечественных врачей, убедительно доказывающий его эффективность и благоприятный профиль безопасности.

Список литературы находится в редакции

Натуральные компоненты для поддержания функционального состояния мочевой системы по доступной цене

ренотинекс®

Комплекс натуральных терпенов природного происхождения и витамина Е



По результатам исследований¹, витамин Е обеспечивает нефропротекторный эффект Ренотинекс®

Компоненты в составе Ренотинекс® способствуют:

- Улучшению функции почек, повышая диурез и улучшая почечный кровоток;
- Уменьшению болей при почечных и мочеточниковых коликах;
- Выведению мелких камней и песка из почек и мочевыводящих путей;
- Снижению риска повторного камнеобразования

renotinex.ru

БАД СРГ №КЗ.16.01.98.003.R.000718.11.22 от 01.11.2022

¹Медведев В.Л., Михайлов И.В., и др. // журнал Урология, 2020, №1

Противопоказания: индивидуальная непереносимость компонентов продукта

Дистрибьютор в РФ: АО «Мединторг» +7 495 921-25-15 | mail@medintorg.ru

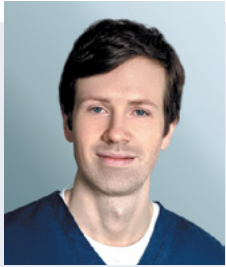
Результат

Таблица. Фармакологические эффекты терпеновых препаратов

Терпен	Фармакологический эффект
Пинен	Диуретический, антибактериальный
Камфен	Усиление кровотока, желчегонный, антибактериальный, спазмолитический
Борнеол	Желчегонный, сосудорасширяющий, антибактериальный, анальгетический, спазмолитический
Анетол	Диуретический, противовоспалительный, антибактериальный, желчегонный, усиление кровотока
Цинеол	Антибактериальный, спазмолитический
Фенхон	Антибактериальный

«Золотой стандарт» терапии ДГПЖ/СНМП: фокус на безопасность

Селективные α -адреноблокаторы (АБ) и ингибиторы 5 α -редуктазы (5-АРИ) пользуются заслуженной популярностью и широко известны своей эффективностью в отношении лечения симптомов нижних мочевых путей (СНМП), ассоциированных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). Комбинация АБ и 5-АРИ по клинической эффективности превосходит монотерапию, существенно снижает риск прогрессии заболевания и улучшает качество жизни пациентов. Однако безопасность проводимой терапии имеет не меньшее значение, чем ее эффективность. В данном материале представлены ключевые аспекты, касающиеся безопасности «золотого стандарта» медикаментозной терапии ДГПЖ/СНМП.



Егор Андреевич СОКОЛОВ

Д.м.н., уролог, онколог ГБУЗ «ГКБ имени С.П. Боткина Департамента здравоохранения Москвы», доцент кафедры урологии и хирургической андрологии ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России, Москва



Александра Сергеевна ПОЛЯКОВА

Уролог, клинический ординатор кафедры урологии и хирургической андрологии ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России, Москва

Безопасность α -адреноблокаторов

Реализация эффектов АБ (как терапевтических, так и побочных) во многом определяется селективностью действия. В рандомизированном клиническом исследовании Manjunatha et al. в группах алфузозина, силодозина и тамсулозина не было отмечено тяжелых побочных реакций, потребовавших отмены терапии. При этом силодозин, как наиболее селективный АБ, чаще приводил к развитию ретроградной эякуляции, что может быть сдерживающим фактором для его назначения сравнительно молодым сексуально активным пациентам. Алфузозин и тамсулозин могут требовать большей осторожности при терапии пожилых пациентов с выраженной сердечно-сосудистой патологией.

В 2018 году активную дискуссию вызвало ретроспективное исследование Duan et al., в котором терапия тамсулозином у пациентов старше 65 лет оказалась связана с повышенным риском деменции. Дальнейшее изучение показало очевидную слабость данного тезиса. Так, Madersbacher et al. отметили, что тамсулозин стал заложником своей популярности и эффективности: препарат вызывает минимум побочных реакций и вследствие хорошей переносимости чаще других назначается пациентам с уже имеющимися когнитивными нарушениями, выраженной сопутствующей цереброваскулярной и сердечно-сосудистой патологией. Более того, последующие исследования (в частности, работа Tae et al.) не выявили никакого влияния тамсулозина на частоту развития деменции.

Менее обсуждаемым, но не менее значимым побочным эффектом является интраоперационный синдром атоничной радужки. Блокирование α 1-адренорецепторов в мышце, расширяющей радужку, не позволяет добиться адекватного мидриаза при хирургии катаракты и существенно повышает риск интраоперационных осложнений, обусловленных дряблостью радужки и ее пролапсом через разрез. Информированность о возможности развития данного состояния позволяет осуществлять профилактику путем временной отмены АБ за 7–14 дней до операции.

Препараты из группы АБ могут ингибировать симпатические эффекты, необходимые для детумесценции полового члена, и приводить к развитию ишемического приапизма. В литературе представлены единичные случаи, для лечения которых было достаточно первой линии терапии — аспирации и ирригации кавернозных тел. Риск развития этого состояния минимален, но уролог должен знать о его существовании.

Безопасность ингибиторов 5 α -редуктазы в моно- и комбинированной терапии

Группа 5-АРИ представлена финастеридом и дутастеридом. Механизм действия финастерида заключается в селективном ингибировании 5 α -редуктазы 2-го типа (основная экспрессия — в предстательной железе). Дутастерид ингибирует оба изофермента 5 α -редуктазы (рис.), что в теории может нарушать углеводный и липидный обмен и увеличивать риск развития стеатоза печени и сердечно-сосудистой патологии. Однако к настоящему времени никаких достоверных различий в эффективности и безопасности дутастерида и финастерида в результате различных клинических исследований получено не было. В плацебо-контролируемом исследовании влияния комбо-терапии на сексуальную функцию выявлено отрицательное влияние 5-АРИ на либидо и сексуальную активность пациентов, однако в числовом выражении снижение было минимальным и имеет спорную клиническую значимость. Существенное же негативное влияние терапии отмечено только в отношении домена эякуляции. Интересно, что до сих пор остается неясным механизм снижения либидо на фоне терапии 5-АРИ: считается, что за сексуальный драйв отвечает тестостерон, концентрация которого повышается на фоне приема препаратов. Важно, что лабораторные исследования указывают на возможное влияние 5-АРИ на нарушения развития репродуктивной системы у плода мужского пола, о чем необходимо помнить при планировании беременности и контрацепции.

Важным сдерживающим фактором начала терапии 5-АРИ для многих пациентов (и даже врачей) является страх развития

01

5 α -редуктаза 1-го типа: основная экспрессия и активность в печени, коже

02

5 α -редуктаза 2-го типа: основная экспрессия и активность в предстательной железе

Рисунок. Типы 5 α -редуктазы

агрессивного рака простаты. В настоящее время эти страхи нерациональны. По данным Miranda et al., при изучении Шведской национальной базы данных не выявлено различий в смертности в зависимости от приема 5-АРИ во всех гистологических группах. Более того, в работе Unger et al. при медиане наблюдения 16 лет у пациентов, включенных в исследование Prostate Cancer Prevention Trial, отмечено снижение риска развития рака предстательной железы на 21,1 % на фоне приема финастерида. При назначении данной группы препаратов необходимо помнить о последующем снижении уровня ПСА на 50–60 % на фоне длительной терапии. Также в случае назначения 5-АРИ целесообразно оценить уровень ПСА и провести пальцевое ректальное исследование, при необходимости — выполнить МРТ до начала терапии, что позволит достоверно исключить наличие клинически значимого рака простаты. В исследовании «случай — контроль» Kjaergulff et al., включившем все случаи рака груди у мужчин из Скандинавского канцер-регистра, длительный прием финастерида не был связан с повышенным риском рака молочной железы у мужчин (относительный риск [ОР] = 1,09), а прием высоких доз финастерида оказался ассоциирован с наименьшим риском развития рака груди (ОР = 0,72).

Постфинастеридный синдром?

Постфинастеридный синдром связан с совокупностью сексуальных, соматических и психических симптомов, развивающихся во время или после прекращения приема финастерида и сохраняющихся после его отмены. Учитывая общность механизмов действия финастерида и дутастерида, сам термин является ошибочным и должен распространяться на всю группу 5-АРИ. Таким образом, более правильным было бы назвать данное явление постальфаредуктазным синдромом. В настоящий момент нет однозначного понимания причин и патофизиологических механизмов его развития. В теории, 5-АРИ могут оказывать влияние на концентрацию нейроактивных стероидов, обладающих анксиолитическим, антидепрессивным, нейропротективным действием. Также в формировании психических и депрессивных симптомов на фоне отмены препаратов предпологается возможное снижение чувствительности

А-подтипа рецепторов к ГАМК в головном мозге, дисрегуляция дофаминергической системы. Важно отметить, что доступные исследования носят ретроспективный характер и имеют очевидные методологические недостатки (отсутствие контроля приема назначенной терапии и изначального психического состояния пациентов, влияние на него тяжелых СНМП). В исследовании Dyson et al. (более 53 тысяч пациентов) терапия 5-АРИ не была связана с повышенным риском назначения антидепрессантов или развития депрессии. В метаанализе Deng et al. (шесть исследований, более 265 тысяч пациентов) отмечена связь между терапией 5-АРИ и развитием депрессии легкой степени (ОР = 1,89), а при анализе подгрупп с развитием депрессии достоверно был связан только прием дутастерида, но не финастерида. Безусловно, постальфаредуктазный синдром требует дальнейшего изучения и не является мифом, однако сведения о частоте его проявления и клинической значимости крайне противоречивы, и в настоящее время он однозначно не может быть весомым основанием для отказа от комбинированной терапии при наличии к ней показаний.

Тактика при развитии нежелательных побочных реакций

Важнейший аспект профилактики развития побочных эффектов — персонализированный подход к назначению терапии. Например, учитывая наибольшую вероятность развития ретроградной эякуляции, нецелесообразно назначать максимально селективный АБ силодозин в качестве первой линии терапии молодому сексуально активному пациенту.

Возможным вариантом устранения побочной реакции является замена препарата на другого представителя той же группы или поиск альтернативных комбинаций, пусть и обладающих меньшей доказательной базой и потенциальной эффективностью. Кроме того, необходимо обсуждать с пациентами степень ухудшения качества жизни, обусловленную побочным эффектом. В случаях, когда положительный эффект от лечения имеет больший вес, рационально продолжение проводимой терапии.

Вывод

Терапия α -адреноблокаторами и ингибиторами 5 α -редуктазы является безопасной комбинацией, а развивающиеся на ее фоне неблагоприятные побочные реакции в основном являются предсказуемыми и легкими по степени тяжести и редко требуют отмены лечения. При выборе терапии всегда необходимо учитывать индивидуальное соотношение пользы и риска у каждого конкретного пациента, а также обсуждать с ним возможные побочные эффекты до начала терапии. Информирование не только о преимуществах, но и рисках, а также стоимости терапии — основа комплаенса! 📌

Мощный и надежный инструмент в лечении эректильной дисфункции



С целью поддержки уровня информированности специалистов из разных регионов 26–27 мая 2023 года состоялось масштабное мероприятие — форум Российского общества урологов (РОУ) под названием «Научные аспекты урологической практики». Ведущими экспертами были освещены последние достижения в сфере хирургических технологий, а также изменения в действующих клинических рекомендациях. Особое внимание было уделено медикаментозной коррекции большого числа урологических заболеваний. В том числе не осталась в стороне и социально значимая проблема — эректильная дисфункция.

Доктор медицинских наук, профессор И.А. Корнеев представил доклад на тему «Эректильная дисфункция в сочетании с СНМП/ДГПЖ». В рамках доклада произошло знакомство с новым на сегодняшний день препаратом Вилдегра, являющимся усовершенствованным дженериком известного представителя ИФДЭ-5-типа силденафила. Данные об эффективности и безопасности применения данного препарата основывались на результатах тройного перекрестного рандомизированного открытого плацебо-контролируемого клинического исследования (Л.Г. Спивак, Г.Г. Кривобородов, Д.Ю. Пушкарь). Суть исследования заключалась в сравнении трех групп пациентов, принимавших Виагру в дозе 50 мг, Вилдегру в дозе 50 мг и плацебо.

Согласно результатам клинических испытаний, частота позитивного ответа на терапию препаратом Вилдегра составила 86,4 %, что в 50 раз выше, чем у плацебо, и полностью сопоставима с таковой в группе пациентов, получавших Виагру.

На 28-й день терапии 100 % пациентов, принимавших Вилдегру, были способны ввести пенис во влагалище партнерши, а у 96,6 % эрекция длилась достаточно долго, чтобы осуществить половой акт с эякуляцией. Данные результаты имели позитивный отклик у пациентов, существенно повысив качество их жизни.

Также, как справедливо отметил профессор, важно обратить внимание, что Вилдегра — единственный силденафил в форме пролонгированных таблеток (период полувыведения препарата составляет в среднем 13 часов против 4 часов у оригинального силденафила).

Интересно, что, в отличие от Виагры и плацебо, потребность в приеме Вилдегры у пациентов была выше, значительное количество (59 %) мужчин применяли его в среднем 4,25–7,00 раза в неделю. Несмотря на ежедневный прием данного препарата, грозных нежелательных явлений отмечено не было. Поэтому важно подчеркнуть еще

одно преимущество Вилдегры — ее высокий профиль безопасности.

В подтверждение приводятся данные, полученные при 28-дневном применении данного препарата. За период наблюдения не было зарегистрировано негативного влияния на лабораторные показатели крови и мочи, а также основные показатели сердечной деятельности и гемодинамики. Отмеченные нежелательные явления относились к легкой степени тяжести и не требовали отмены терапии. Кроме того, удивительно, что частота нежелательных реакций также оказалась существенно ниже, чем частота нежелательных явлений в группе пациентов,

получавших Виагру. Весомым критерием в пользу Вилдегры также является ее экономическая доступность, что позволяет рекомендовать препарат различным категориям мужского населения.

Таким образом, подчеркнул эксперт, у российского уролога появился в руках мощный и надежный инструмент в лечении социально значимого и широко распространенного заболевания — эректильной дисфункции. Препарат Вилдегра идеально сочетает в себе характеристики высокой эффективности и безопасности, удобен в применении и экономически доступен, за что высоко оценен пациентами.



Организаторы: При поддержке:

14-16 сентября 2023

XXIII КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ

◆ КАЗАНЬ ◆ «Казань Экспо»

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕМАТИКИ
«Новые дороги – новые шаги»

- Что необходимо делать и как для повышения качества амбулаторной и госпитальной урологической помощи в России?
- Новые возможности фармацевтики для урологической практики.
- Онкоурология – меньше или больше хирургии в перспективе, меньше или больше терапии в будущем?
- Инфекции в урологии: микробиота, микробиом, антибиотики, пробиотики, новые лабораторные возможности.
- Гиперплазия простаты – границы терапии и хирургии, текущая оценка эффективности реальной практики лечения.
- Новации в проблемах мочекаменной болезни – что следует развивать, а что должно уйти из практики?
- Андрология, мужское здоровье – оценки настоящего времени и что в будущем?
- Урология и фундаментальные исследования – фьюжн или разлука? Что сделано и что собирается сделать?
- Новые техники, технологии, стартапы, искусственный интеллект – инновации, которые удивляют.
- Реконструктивно-пластическая хирургия – новые методики, новые результаты.
- Импортзамещение – настоящее и что в будущем?
- Междисциплинарные взаимодействия – будущее развития урологии.
- Функциональная урология – всё ли материально?
- Лучевые методы диагностики и лечения – неотъемлемая часть урологии.

По вопросам участия:
Волосенкова Богдана
+7 (929) 674-74-97
E-mail: info@congress-rou.ru

congress-rou.ru/rou2023

Реклама

АБВ ПРЕСС НЕ ПРОСТО ИЗДАТЕЛЬСТВО –
СООБЩЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ | abvpress.ru | medvedomosti.media | netoncology.ru

ЖУРНАЛЫ

- ОНКОУРОЛОГИЯ
- Опухоли ГОЛОВЫ и ШЕИ
- АНДРОЛОГИЯ И ГЕНИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ
- ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ
- ОНКО ГЕМАТОЛОГИЯ
- УСПЕХИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ОНКОЛОГИИ
- Нервно-мышечные БОЛЕЗНИ
- ОПУХОЛИ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ
- НЕЙРОХИРУРГИЯ
- ОНКО ПИТОЛОГИЯ
- Тазовая хирургия и онкология
- Российский Биотерапевтический Журнал
- КЛИНИЦИСТ
- САРКОМЫ
- СА A Cancer Journal for Clinicians. Русское издание
- MD-ONCO

ГАЗЕТЫ

- Онкология Сегодня
- Урология сегодня
- СОВРЕМЕННАЯ КАРДИОЛОГИЯ
- ПЕДИАТРИЯ СЕГОДНЯ
- Акушерство и гинекология
- Московская Эндокринология СЕГОДНЯ
- ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ
- НЕВРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ

Реклама

Опухоли яичек: что важно знать урологу

Злокачественные опухоли яичек занимают особое место среди всех новообразований мужских половых органов. Они характеризуются высокой частотой радикального излечения и довольно низкой смертностью. Действительно, благодаря высокой чувствительности семинозных опухолей к цитотоксической терапии излечение возможно даже при наличии отдаленных метастазов. Тем не менее пик заболеваемости приходится на 20–40 лет — тот возраст, когда все три функции, выполняемые яичками, имеют особо важное значение. Речь идет о сперматогенезе, продукции андрогенов и эстетике наружных половых органов. Поэтому лечение опухолей яичка необходимо обсуждать в контексте не только прямых онкологических результатов, но и всех вышеобозначенных моментов.



Тарас
Валерьевич
ШАТЫЛКО

К.м.н., уролог-андролог, онкоуролог отделения андрологии и урологии ФГБУ «НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва

Классификация и факторы риска

Опухоли яичка могут произрастать как из герминальных клеток, так и обычных диплоидных клеток. Соответственно, с точки зрения морфологии, выделяют герминогенные опухоли яичка и опухоли стромы полового тяжа. Наиболее благоприятным вариантом герминогенных опухолей является типичная семинома, хорошо реагирующая на химио- и лучевую терапию. Сперматоцитарные опухоли названы так из-за схожести строения их клеток со вторичными сперматоцитами, однако пока не доказано, что это внешнее сходство обусловлено какими-либо патогенетическими механизмами. Они также имеют хороший прогноз и даже назывались раньше «сперматоцитарной семиномой», хотя сегодня применение этого термина не приветствуется. Остальные герминогенные опухоли (хориокарцинома, тератокарцинома, опухоли желточного мешка и т.д.) более агрессивны и хуже поддаются лечению, что дало повод объединить их в группу так называемых несеминных герминогенных опухолей. Что касается опухолей стромы полового тяжа, то у мужчин они чаще произрастают из клеток Лейдига (лейдигомы) или клеток Сертоли, а иногда объединяют в себе оба клеточных компонента. Они, как правило, доброкачественны, но могут быть гормонально активными и вызывать соответствующую симптоматику.

Единственным общепризнанным фактором риска для опухолей яичек является крипторхизм, в том числе в рамках синдрома тестикулярной дисгенезии. Взаимосвязь с тестикулярным микролитиазом неоднозначна. В отдельных исследованиях сообщается о таких факторах, как курение матери во время беременности, употребление пациентом картофельных чипсов и попкорна.

Биомаркеры опухолей яичка

Вопреки распространенному заблуждению, биохимические маркеры опухолей яичка не являются инструментом для ранней диагностики злокачественных новообразований (в отличие, например, от простат-специфического антигена и его изоформ). Их уровень значимо по-

вышается (если вообще повышается) исключительно при распространенном процессе. Их роль сводится к предварительной оценке опухолевой нагрузки и оценке эффективности лечения по динамике их сывороточной концентрации. Основной триадой маркеров для опухоли яичка являются хорионический гонадотропин, альфа-фетопротеин и лактатдегидрогеназа.

Хорионический гонадотропин человека (ХГЧ) — один из гормонов, вырабатываемых плацентой и участвующих в формировании пола плода во время беременности. Опухолевые клетки в яичках (чаще при несеминных опухолях) по неизвестной причине могут трансформироваться в синцитиотрофобласты, гомологичные многоядерным клеткам плаценты, и вырабатывать ХГЧ.

Альфа-фетопротеин — главный белок в организме плода, который можно сравнить по значимости с альбумином крови взрослого человека. В норме он вырабатывается клетками желточного мешка, представляющего собой фетальную «протопечень». Повышение его уровня у пациента с опухолью яичка говорит о наличии в ней таких гистологических компонентов, как тератома, эмбриональный рак и, разумеется, опухоль желточного мешка. Клетки «чистой» семиномы альфа-фетопротеин не вырабатывают. Соответственно обнаружение этого маркера уже говорит о менее благоприятном онкологическом прогнозе.

Лактатдегидрогеназу по понятным причинам нельзя считать специфичным маркером. Это практически вездесущий фермент, активность которого в крови повышается при цитолизе. Он рассматривается в контексте опухолей яичка из-за склонности их клеток к анеуплоидии и образованию изохромосомы 12p, состоящей из двух коротких плеч 12-й хромосомы. Ген, кодирующий ЛДГ, располагается именно на коротком плече 12-й хромосомы, поэтому за счет амплификации такие клетки экспрессируют больше ЛДГ, чем остальные. Повышение уровня ЛДГ характерно для распространенных герминогенных опухолей.

Сравнительно новый класс биологических маркеров опухолей яичка представляют микроРНК. МикроРНК — это малые

Органосохраняющие операции при опухолях яичка технически выполнимы. Они могут быть предложены пациентам с единственным яичком, двусторонними опухолями яичек и малыми опухолями яичек, занимающими менее 30 % объема органа

некодирующие цепочки нуклеиновых кислот, участвующих в выживании и пролиферации клеток. Молекула miR-371a-3p обладает высокой специфичностью по отношению к герминогенным опухолям яичек. С другой стороны, miR-375 экспрессируются клетками тератомы и опухоли желточного мешка, но не семиномы и эмбрионального рака. Таким образом, по профилю микроРНК можно прогнозировать гистологический тип опухоли и подобрать подходящую тактику.

Методы лечения

В большинстве случаев первым этапом лечения опухолей яичек является орхофуникулэктомия, после которой возможна полноценная морфологическая верификация диагноза и гистологическое стадирование. Это связано не только с тем, что упомянутые ранее гистологические варианты опухолей яичка не имеют патогномоничных ультрасонографических и радиологических признаков, но и со склонностью к формированию опухолей со смешанной гистологией. Лишь в редких случаях при наличии обширного метастатического поражения возможно выполнение химиотерапии по жизненным показаниям еще до гистологической верификации. Очевидно, что удаление яичка ухудшает репродуктивный прогноз мужчины. Конечно, при наличии одного здорового яичка показатели спермограммы могут быть нормальными, но влияние приводящих к бесплодию патологических состояний (варикоцеле, эпидидимит и т.д.) станет гораздо более выраженным. В случае серьезной травмы или появления метастатической опухоли в контралатеральном яичке встает вопрос о его удалении, что приводит уже к безусловной стерильности.

Органосохраняющие операции при опухолях яичка технически выполнимы, особенно при использовании микрохирургической техники. Однако вопрос онкологической безопасности резекции яичка при опухоли остается неоднозначным. Они могут быть предложены пациентам с единственным яичком, двусторонними опухолями яичек и малыми опухолями яичек, занимающими менее 30 % объема органа. Опухоли менее 2 см в диаметре нередко оказываются доброкачественными (лейдигомы), а радикальная орхофуникулэктомия — избыточно агрессивным методом лечения. В любом случае сегодня органосохраняющее лечение является не стандартом, а лишь альтернативой орхофуникулэктомии.

Забрюшинная лимфодиссекция показана при несеминных опухолях, хотя выполнение этой операции в отдельных сценариях при семиноме является предметом клинических исследований. Минимизировать травматичность лимфодиссекции позволяет открытый забрюшинный или лапа-

роскопический доступ. Однако в контексте репродукции наиболее критично пересечение симпатических нервных волокон, регулирующих эякуляторный рефлекс. В зависимости от степени повреждения нервов может развиваться довольно широкий спектр нарушений семяизвержения — от парциальной ретроградной эякуляции до тотальной анэякуляции. Помочь сохранить антеградную эякуляцию призваны такие технические модификации, как односторонняя забрюшинная лимфодиссекция и нервосберегающая лимфодиссекция, как вариант — робот-ассистированная.

Лучевая терапия проводится, как правило, на зоны предполагаемого или подтвержденного метастазирования уже после выполнения орхофуникулэктомии, гистологической верификации диагноза и стадирования. Ее негативное влияние на фертильность при экранировании зоны мошонки минимально, но все же полностью не исключается. Предложено также прямое облучение яичка при обнаружении в нем герминогенной неоплазии in situ, хотя эта тактика является весьма неоднозначной. Это может привести не только к бесплодию, но и к угнетению функции клеток Лейдига с развитием гипогонадизма.

Благодаря высокой эффективности химиотерапии даже метастатические опухоли яичка поддаются лечению. Однако именно этот метод лечения обладает наибольшей тестикулярной токсичностью. Цитотоксические агенты (препараты платины, блеомицин, этопозид) действуют на все быстро делящиеся клетки организма, в том числе на сперматогонию. Конечный эффект зависит от дозы препаратов и количества курсов химиотерапии. После однократного курса адьювантной терапии может наблюдаться частичное угнетение сперматогенеза, а полноценная химиотерапия с куративной целью приводит, как правило, к полной депопуляции сперматогенного эпителия с развитием необструктивной азооспермии. В такой ситуации даже микродиссекционная биопсия оставшегося яичка (microTESE) имеет относительно низкие шансы на успех, так как химиопрепараты равномерно воздействуют на все участки яичка и сохранение очагов сперматогенеза маловероятно.

Неблагоприятные последствия лечения

Таким образом, практически все существующие методы лечения опухолей яичек способны привести к бесплодию. Пациенты должны быть проинформированы о возможности криоконсервации сперматозоидов до инициации лечения. К сожалению, приходится сталкиваться со случаями, когда криоконсервация не была выполнена. Причины многообразны. Бывает, что пациент крайне эмоционально реагирует на диагноз, впадает в депрессию и на волне фаталистического восприятия действительности отказывается

от своих репродуктивных планов, вспоминая о них только после успешного излечения от заболевания. Иногда даже доктора, искренне желая добра пациенту, умалчивают о возможности сохранения фертильности, чтобы тот не затягивал и поскорее начинал лечение. Впрочем, есть и объективные причины, по которым криоконсервация не выполняется. К ним можно отнести ассоциированное с наличием опухоли яичка ухудшение качества спермы (вплоть до азооспермии) и психогенную анэякуляцию, нередко развивающуюся у тревожных пациентов. Возможным выходом из этой трудной ситуации является выполнение онкологической тестикулярной экстракции сперматозоидов (opcoTESE). Эта операция — гибридная стандартной орхофуникулэктомии и открытой биопсии яичка. После пересечения семенного канатика фрагменты визуально интактной паренхимы яичка передаются для микроскопического исследования эмбриологу, который находится в операционной, с целью поиска и криоконсервации тестикулярных сперматозоидов. Пациентам с азооспермией целесообразно проводить opcoTESE с использованием операционного микроскопа, позволяющего выполнить полноценную микродиссекционную биопсию яичка и обнаружить сохраненные семенные каналы вдали от опухоли. Если эмбриологу не удастся обнаружить пригодные гаметы в предоставленном материале, возможно выполнение microTESE из контралатерального яичка.

Механизмы угнетения сперматогенеза при опухолях яичка до конца не раскрыты. Около половины таких пациентов имеют олигозооспермию, которая более выражена при несеминомных герминогенных опухолях. Этот эффект объясняют изменением микро среды яичка и нарушением паракринной регуляции. Любопытно, что сперматогенез нарушается и при некоторых экстракстикулярных злокачественных заболеваниях, например при лимфоме Ходжкина. Есть гипотеза, что семиномы влияют на гипоталамо-гипофизарную ось (Morrish et al., 1990), но на практике мы не видим этому подтверждения, так как уровни тестостерона и гонадотропинов до лечения чаще всего находятся в пределах референсных значений. В исследовании Dias et al. с помощью протеомного анализа найдены белки с дифференциальной экспрессией у здоровых фертильных мужчин и пациентов с семиномой. К сожалению, это исследование практически ничего не дает в плане понимания специфики патогенеза бесплодия у таких пациентов, так как в нем нет группы пациентов со сперматогенной недостаточностью иной этиологии. Еще одна теория замыкается на тестикулярном микролитиазе, который может быть общим знаменателем для бесплодия и риска опухолей яичек при так называемом синдроме тестикулярной дисгенезии, связанном с токсическим воздействием на гонады во время внутриутробного развития. Кроме того, самостоятельным фактором риска как мужского бесплодия, так и опухолей яичек является крипторхизм. В то же время практика показывает, что по какой-то причине выраженные изменения в спермограмме наблюдаются даже после орхипексии (и даже при одностороннем крипторхизме), тогда как опухоли ассоциированы с длительной ретенцией яичка в брюшной полости или паховом канале. Некоторые авторы связывают бесплодие с нарушением гематотестикулярного барьера и появлением антиспермальных антител.

По данным Vomstein et al., лишь 5 % пациентов, выполнивших криоконсервацию сперматозоидов перед началом лечения

онкологического заболевания, использовали их для ВРТ в течение ближайших 10 лет. Это может быть связано с несколькими факторами, наиболее очевидными из которых являются смертность и отсутствие азооспермии у части пациентов даже после проведения лечения. Некоторые мужчины просто не приступают к реализации репродуктивных планов намеренно или вынужденно. В биологическом смысле это не влечет дополнительных рисков, так как срок хранения сперматозоидов в криобанке ничем не ограничен.

Еще одно неблагоприятное последствие лечения рака яичка — развитие гипогонадизма. Функциональный резерв клеток Лейдига достаточно велик и в меньшей степени зависит от сопутствующих заболеваний, чем фертильность. После односторонней орхофуникулэктомии уровень тестостерона в сыворотке крови у большинства мужчин остается нормальным, даже если наблюдаются изменения в спермограмме. Исключением являются случаи, когда контралатеральное яичко исходно гипотрофично или пострадало в результате проведенной полихимиотерапии. При клинически выраженном гипогонадизме возможно проведение тестостеронзаместительной терапии в любой форме с учетом обычных противопоказаний. Нет убедительных данных, что типичные разновидности опухолей яичек являются андроген-зависимыми. Известно, что препараты тестостерона угнетают сперматогенез и их нельзя назначать пациентам, стремящимся к реализации репродуктивной функции. Учитывая средний возраст пациентов с опухолями яичек, этот фактор является весьма существенным. К сожалению, мы ограничены в назначении альтернативных препаратов, повышающих уровень тестостерона и одновременно поддерживающих сперматогенез. Несмотря на отсутствие доказательной базы и даже каких-то четко сформулированных теоретических предпосылок, кломифен и хорионический гонадотропин, согласно аннотации к содержащим их препаратам, противопоказаны у обсуждаемой категории пациентов.

Утрата одного или обоих яичек в результате орхофуникулэктомии является причиной косметического дефекта, к которому пациенты относятся по-разному. Может показаться странным, но многие пациенты воспринимают отсутствие яичка в мошонке без каких-либо значимых психологических последствий. Другая часть пациентов страдают от нарушения восприятия собственного тела, кто-то переживает из-за того, как внешний вид гениталий будет воспринимать партнерша или другие мужчины (например, в раздевалке или бане). Проблемы у второй категории пациентов успешно решаются с помощью тестикулярных имплантов. Иногда целесообразно одномоментное выполнение орхэктомии и установки импланта в мошонку.

Заключение

Опухоли яичек встречаются нечасто, хорошо поддаются лечению, но могут негативно повлиять на качество жизни молодых мужчин. С большинством неблагоприятных последствий можно справиться, но бесплодие остается самым значимым исключением. Необходимо рекомендовать предварительную криоконсервацию сперматозоидов и индивидуально подходить к каждому случаю, когда она оказалась невозможна или неэффективна. ☺

Клиническая задача



34-летний мужчина с болезнью Крона предъявляет жалобы на боль в надлобковой области, учащенное и затрудненное мочеиспускание, а также тенезмы в течение 3 месяцев. При цистоскопии определяются локальная гиперемия слизистой и небольшие папиллярные изменения в зоне треугольника Льево справа.

ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА:

- a) установка уретрального катетера;
- b) парентеральное питание, голод и антибиотики;
- c) КТ органов брюшной полости и малого таза;
- d) колоноскопия;
- e) ТУР зоны измененной слизистой.



Ответ на клиническую задачу, опубликованную в УС № 1 (72) 2023

Примерно у 75 % пациентов с артериовенозными фистулами появляется синюшность кожи в поясничной области. Тактика лечения зависит от причины ее образования и клинических проявлений. При наличии почечно-клеточного рака показана нефрэктомия. Примерно в 70 % случаев фистулы, формирующиеся после чрескожной биопсии почки, закрываются самостоятельно в течение 18 месяцев, в связи с чем предпочтительным вариантом является наблюдение. Больному не показан варфарин, поскольку у него отсутствует тромбоз сосуда. Установка стента или эмболизация относятся к методам второй линии и рекомендуются в случае длительного сохранения фистулы или изменении клинической картины.

АБВ ПРЕСС
ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ

www.abvpress.ru

Мобильное приложение

Бесплатно — для смартфонов и планшетов iOS и Android.

- Газеты
- Клинические рекомендации
- Справочники для специалистов
- Удобный функционал: возможность чтения off-line.

СОВРЕМЕННЫЙ И УДОБНЫЙ СПОСОБ ЧТЕНИЯ — ИНФОРМАЦИЯ ВСЕГДА ПОД РУКОЙ!

БЫСТРОТА
В ФОКУСЕ!

ПЕНЕСТЕР®
Ингибитор 5-альфа редуктазы⁵

Обеспечивает симптоматическую пользу⁴
Уменьшает объем предстательной железы⁴
Снижает долгосрочный риск развития ОЗМ* и операции⁴

ФОКУСИН®
Альфа 1-адреноблокатор¹
Тамсулозин с высокой степенью уроселективности²

Купирует СНМП* за первые 4 дня терапии³
Предотвращает прогрессирование симптомов⁴

*СНМП — симптомы нижних мочевых путей;
**ОЗМ — острая задержка мочи.

Информация для специалистов здравоохранения.

ZENTIVA 000 «ЗЕНТИВА ФАРМА» 123112, г. Москва, Пресненская наб., д. 12, этаж 4/5, офис 2. Тел.: +7 (499) 350 13 48. E-mail: info.russia@zentiva.ru, www.zentiva.ru

Три картины из жизни П.И. Дьяконова



Каждые десять лет, как правило, к очередному юбилею в медицинских журналах публикуется статья о профессоре П.И. Дьяконове, том самом, с именем которого на устах в мире были сделаны сотни тысяч аппендэктомий. Скрепа российской хирургии, новатор в урологии, торакальной, пластической и детской хирургии, создатель собственной школы, спаситель и главный редактор профильного журнала. Однако из одной статьи в другую перетекает подробнейшим образом московский этап, тогда как работе в Орловской губернии, где он сложился как хирург, обычно уделены одна-две строчки, хотя именно в этот период и сформировался будущий ученый.

НЕБЛАГОНАДЕЖНЫЙ

История жизни Петра Ивановича Дьяконова, особенно его молодость, отразила практически все исторические коллизии, происходившие в России в конце XIX века. За сухим предложением «родился в г. Орле» встает панорама далеко не последнего губернского центра, подарившего России многих известных людей. Однако Орел, несмотря на свой региональный статус, по численности населения был сопоставим с микрорайоном современного мегаполиса — около 80 тысяч человек. На период взросления Дьяконова пришлось отмена крепостного права, устройство земств, прокладка железной дороги через город, устройство телеграфа. Орловская мужская гимназия выглядела центром знаний и стала местом притяжения интеллигенции, воспитав и писателя Николая Лескова, и премьер-министра Петра Столыпина, и известного невролога В.К. Рота. И у подрастающего в съемных апартаментах на Карачаевской улице мальчика не оставалось вариантов, кроме как по прошению своего отца, коллежского асессора, быть зачисленным в уважаемое учебное заведение, в котором будущий ученый вовсе не проявлял сверхспособностей, периодически получая двойки... по латинскому языку.

История дальнейшего обучения в Императорской медико-хирургической академии, связи с социалистами, отчисления и ссылки в Великий Устюг неоднократно описаны в биографии хирурга. Но участие П.И. Дьяконова в русско-турецкой войне периодически приукрашивалось: документально известно, что в боевых действиях не участвовал и уж тем более не покупал вину в штрафбатах, коих в 1877 году в Российской империи не имелось. Стоит полагать, что медицинские знания, полученные в университете, были применены и стали основой для успешной хирургической практики.

После завершения военной кампании П.И. Дьяконов получил разрешение доучиться в академии, по завершении которой ему было присвоено звание лекаря. Но как неблагонадежный он не получил разрешения жить ни в Москве, ни в Петербурге и был определен на должность болховского земского врача второго участка.

Пространство Дьяконова — анатомическая область между грудиной и сердечной сумкой, заполненная рыхлой клетчаткой и соединительной тканью

ЗЕМСКИЙ ВРАЧ

Орловская губерния в конце XIX века была аграрным регионом, из 2 миллионов проживавших городское население составляло только 13 % (сейчас две трети орловчан проживают в городах). Город Болхов с населением около 27 тысяч жителей, живописный, стоящий на высоком берегу реки Нугрь, называли младшим братом Суздаля. Из 30 храмов, наполнявших перезвоном окрестности в XIX веке, до нашего времени достояли десятки церквей. Немного в стороне за городом «приглядывает» монастырь, созвучный названием с Оптиной пустыней под Козельском, ибо, по легенде, был заложен тем же самым раскаявшимся разбойником. А в больнице 2-го участка Болховского уезда в 1879–80 годах работал П.И. Дьяконов.

Конец 70-х годов ознаменовался переходом земской медицины от разъездной к стационарно-участковой системе, успешно использовавшейся в дальнейшем в СССР. Стационары расширялись, а медики перестали тратить время на выезды за 40 верст, делали это только по серьезным причинам, например при вспышке дифтерии или оспы. К 80-м годам XIX века в Болховском уезде насчитывалось уже 84 койки, а поводов для обращения было предостаточно: от роже-ниц с излившимися водами до отрубленных на сельских работах частей тела. В обязанности земского врача входило лечение практически любого недуга, что очень сильно ограничивало хирургическую практику, к которой тяготел молодой доктор. Кроме того, вскоре после приезда в уезд состоялась женитьба на Лидии Федоровне, дочери надворного советника Теодора Генкена, потомки коего до сих пор живут в городе Орле. Обстоятельства способствовали переводу молодого врача в губернский центр, и 20 марта 1880 года Петр Иванович был уволен со службы по личному прошению, направленному в болховскую уездную земскую управу, в связи с намерением занять должность ординатора в орловской губернской больнице.

СВЕРХШТАТНЫЙ ОРДИНАТОР

Все познается в сравнении. Жители столиц часто не видят жизни за пределами

Доступ по Волковичу — Дьяконову — косою попеременный разрез в правой подвздошной области. Данная операция практически не имела альтернатив при остром аппендиците до внедрения лапароскопической аппендэктомии

своей окружной дороги. Но когда попадаешь в губернский центр с его мощными улицами и театром из уездного городка, то с непривычки может закружиться голова. Однако П.И. Дьяконова увлечь могла только хирургия, ради которой молодой врач трудился в орловской губернской больнице в прямом смысле бесплатно. Будучи зачисленным сверхштатным ординатором без жалования, он не чурался любой работы — от дежурств до выездов на окраины губернии для устранения вспышек заразных болезней. Радение Дьяконова в службе не могло остаться без внимания старшего врача больницы В.И. Радуловича, человека настолько авторитетного, что на собраниях губернской земской управы обсуждалось, одну из коек в больнице еще при его жизни назвать его именем, а в главном зале клиники повесить портрет, написанный маслом, что в то время считалось несомненным признанием заслуг.

Летом 1880 года в семье П.И. Дьяконова случилось прибавление: родилась дочка, крещеная по имени матери Лидией. Понятно, что молодой семье требовалось и материальное обеспечение. В.И. Радулович лично пошел в управу с предложением о поддержке молодого специалиста,

Операция Дьяконова — Старкова: существует как минимум два вмешательства, разработанных П.И. Дьяконовым со своим учеником Арсением Старковым — способ пластики при пупочной грыже и вариант резекции коленного сустава, что еще раз говорит о разносторонности хирургических интересов нашего героя.

что было одобрено с формулировкой «выделить 500 рублей в качестве поощрения в порядке исключения». Но бюрократия показала себя во всей красе, когда на заседании орловского губернского земского собрания финансовая комиссия отклонила предложение управы, аргументировав, что работа молодого врача в хирургическом отделении имела целью «усовершенствование своих познаний... а вовсе не получение наград». В дополнение председатель финансовой комиссии губернского земства А.А. Потулов высказал мысль, что «единовременная и случайная награда незаметно обратится в постоянное жалование, кото-

рое обременит и без того значительный бюджет богоугодных заведений». Компромисс был найден не менее бюрократическим способом: было предложено, что если уж господин Дьяконов такой бесценный специалист, то нужно его устроить на место какого-нибудь менее замечательного сотрудника. Только через год, осенью 1881 года, Петр Иванович занял должность штатного хирурга с жалованием 1000 рублей в год вместо уволенного земской управы ординатора. За три года в этой должности Петр Иванович провел не только сотни операций, но и начал активную научную деятельность. Именно в орловский период П.И. Дьяконов начал публиковать свои наблюдения в журнале «Врач». Первая его работа была посвящена инородному телу носа, которое представляло из себя металлический обломок от молотилки, пролежавший в носовом ходе более пяти лет и вызвавший деструкцию носового скелета. В дальнейшем последовали работы с обзором собственного опыта камнесечения у 49 больных и применения нафталина в качестве антисептика в хирургии. Всего с 1882 по 1883 год из-под пера молодого ученого вышло пять статей, в том числе одна на немецком языке.

А в 1884 году Петр Иванович Дьяконов наконец-то получил разрешение вернуться в Москву. История жизни ученого в столице, включая создание собственной научной школы, дружбу с А.П. Чеховым, благодаря которой в свет вышел журнал «Хирургия», хорошо изучены и неоднократно описаны в авторитетных изданиях. Однако мы выражаем уверенность, что именно орловский этап жизни хирурга стал полосой разбега, без которой не состоялось бы столь значимого и памятного для нас пути врача. ☺

*М.А. Сайфуллин, к.м.н., РНИМУ им. Н.И. Пирогова
И.А. Сосновская, к.и.н., Государственный архив
Орловской области*

Урология сегодня № 2 (73) 2023

УЧРЕДИТЕЛЬ
ООО «Издательский дом «АБВ-пресс»
Директор: Леонид Маркович Наумов

РЕДАКЦИОННАЯ ГРУППА
Главный редактор: Николай Александрович Григорьев
Шеф-редактор: д.м.н., проф. Г.Г. Кривобородов
Выпускающий редактор: О.Н. Кононова
Руководитель проекта: О.А. Строковская

Директор по рекламе: К.Ю. Петренко
petrenko@abvpress.ru

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ
К.м.н. Б.Ш. Камолов
Д.м.н., проф. А.З. Винаров
Д.м.н., проф. Н.А. Григорьев
Д.м.н. А.В. Говоров
Проф. Пьер Моно
К.м.н. А.С. Маркова

К.м.н. В.А. Рубанов
М.Ш. Булыгов
А.В. Ахлестина
В.Е. Бугаев
А.А. Киричек

ВЕРСТКА
Дизайнер-верстальщик:
С.С. Крашенинникова
Корректор: А.С. Савельев

ПЕЧАТЬ
Отпечатано в типографии
ООО «Юнион Принт».
Нижний Новгород, Окский съезд, 2, к. 1.
Заказ № 231674

АДРЕС РЕДАКЦИИ
115478, Москва, Каширское шоссе, 24,
стр. 15. Тел. +7 (499) 929-96-19
E-mail: abv@abvpress.ru

РАСПРОСТРАНЕНИЕ
По подписке. Бесплатно.
Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).
Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-36927 от 21.07.2009.
Категорически запрещается полная или частичная перепечатка материалов без официального согласия редакции. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Ответственность за достоверность рекламных объявлений несут рекламодатели.