www.urotoday.ru

Урология сегодня

специализированное издание для урологов

№ 6 (34) 2014
Издается с 2009 года

Юбилей газеты: нам пять лет стр. 6

Дискуссионный образовательный клуб – взгляд участника стр. 9

Экстракорпоральная резекция почки: ре-резекция спустя пять лет 12

Рецидив варикоцеле: современный взгляд стр. 19

От редактора

Баходур Камолов

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

kamolov@roou.ru

Уважаемые коллеги!

Поздравляю вас с Новым 2015 годом! В ушедшем году исполнилось 5 лет газете «Урология сегодня», и мне приятно поздравить вас с первым юбилеем издания. Я благодарю наших постоянных авторов за искреннее мнение и добрые пожелания газете (материал опубликован на стр. 6). Мы с радостью и гордостью отмечаем, что с нашей газетой сотрудничают ведущие специалисты мировой и отечественной урологии, которые принимают участие не только в научных дискуссиях на страницах издания, но и в обсуждении социально значимых проблем. Именно благодаря вам – читателям и авторам – газета продолжает развиваться и становится все более востребованной в профессиональном сообществе.

На страницах газеты нам интересно сравнивать мнения российских и зарубежных специалистов, и в наступившем году мы продолжим эту работу, акцентируя внимание на подходах, тактике и стратегии лечения урологических заболеваний. Наверняка вы заметили, что наши эксперты готовы не только делиться своим опытом, но и дискутировать по поводу, казалось бы, бесспорных и очевидных подходов в диагностике и лечении, которые давно прижились в нашей с вами практике. Но означает ли это, что привычные подходы эффективны и позволяют добиться наилучшего результата? В этом номере мы обращаемся именно к такой теме на примере распространённых в отечественной практике методов диагностики рака предстательной железы.

Каждый уролог сталкивается с пациентами с показателями ПСА в «серой зоне», т. е. 4–10нг/мл. Таких пациентов очень много, и возникает закономерный вопрос – кому из них проводить биопсию? В Европе на этот вопрос отвечают с помощью исследования Индекса здоровья простаты PHI (Prostate Health Index), который считается наиболее надежным и доступным показателем. И даже при отсутствии объективных изменений по PHI можно заподозрить РПЖ, один из таких примеров собственной практики в Теме номера приводит доцент кафедры урологии МГМСУ Говоров А.В.

Удивительно, что немногие российские урологи пользуются возможностью направить пациента на исследование PHI, несмотря на его доступность в лабораториях. Почему-то некоторые коллеги отдают предпочтение более травматичному для пациента методу диагностики, а именно – биопсии простаты, который в 30 % случаев оказывается неоправданным. В неформальном общении на всероссийских конференциях специалисты отмечали, что они не пользуются PHI и не знают о его доступности в своем регионе. Подтверждают это и данные лабораторий, которые отмечают недостаток спроса на исследование PHI.

Тем интереснее отечественный опыт и российские данные, которые мы здесь публикуем. Также в этом номере вы познакомитесь с беспрецедентным даже в мировом масштабе опытом Казахстана, где исследование по PHI введено в программу скрининга наравне с ПСА. Несмотря на высокую стоимость программы, коллеги из Казахского научно-исследовательского института онкологии и радиологии считают важным продолжать работу в этом направлении.

Тема номера

РПЖ: за гранью ПСА

Собачий нос – непревзойденный анализатор, определяющий рак простаты практически со 100 % точностью, сообщили в уходящем году Gianluigi Taverna et al. на ежегодном конгрессе AUA. Ни один прибор или маркер по чувствительности и специфичности не приблизился к собачьему носу, который распознавал РПЖ вне зависимости от значений индекса Глисона, клинической и патологической стадии, ПСА, % свПСА, PHI и других клинических параметров.

По мнению исследователей, «собачий скрининг» может стать экономически выгодным методом массового обследования, о чем УС рассказывает в рубрике «Новости».

Но пока это только исследования. С клинической точки зрения более значимы конкретные маркеры. Завершая год, УС рассказывает о PHI как наиболее точном на настоящий момент показателе, а также об уникальном скрининге по нему.

PHI: осмысление на практике

Александр Викторович Говоров

К.м.н., доцент кафедры урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова

alexgovorov@newmail.ru

В начале 2015 года будут опубликованы пилотные данные российского проспективного исследования по оценке клинической значимости [-2] про ПСА и Индекса здоровья простаты (PHI). В исследование, проводимое на базе клиники урологии МГМСУ на базе ГКБ № 50 г. Москвы, включены пациенты старше 50 лет с уровнем общего ПСА 2.0–10 нг/мл (калибровка Hybritech), отрицательными данными пальцевого ректального исследования (ПРИ) и отсутствием РПЖ в анамнезе.

О дополнительных анализах и современных маркерах, клинической целесообразности и доступности расширенного анализа УС рассказал доцент кафедры урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова А.В. Говоров.

Простатспецифический антиген (ПСА) – не абсолютно специфичный белок рака предстательной железы, ни даже самой простаты. При детекции РПЖ как самостоятельный маркер ПСА, скорее всего, исчерпал свои диагностические возможности: у трети пациентов с уровнем общего ПСА 4–10 нг/мл выявляется РПЖ, а у каждого четвертого-пятого имеет место ПСА – негативный РПЖ. «В 1991 году Catalona W.J. показал, что вероятность РПЖ у пациентов с уровнем оПСА в диапазоне 2–4 нг/мл составляет порядка 15 %, а в диапазоне 4–10 нг/мл – около 25 %, – рассказывает Александр Говоров. – С тех пор проводилось много подобных исследований, и вероятность обнаружения РПЖ в зоне низких значений общего ПСА колебалась, но оставалась неизменно высокой».

Коротко

Исследовать, обучать, лечить, помогать

В 2014 году старейшая европейская клиника «Charite» открыла двери российским коллегам.

Программа двухдневного курса включала лекции по клиническому менеджменту с осмотром главного корпуса и лекции по раку простаты. Перед российскими врачами выступали ведущие профессора «Charite» департамента урологии, радиологии и ядерной медицины.

Берлинская клиника «Charite» – это трехвековой опыт врачевания, обучения, исследовательской работы и масштабная медицинская площадка, включающая более ста клиник, которые объединены в специализированные центры.

Здесь обучались и работали немецкие лауреаты Нобелевской премии в области медицины и физиологии – Эмиль фон Беринг (Emilvon Behring), Роберт Кох (Robert Koch) и Пауль Эрлих (Paul Ehrlich).

– Успех поездки показал, что российские врачи заинтересованы в повышении квалификации, а их иностранные коллеги готовы делиться знаниями и опытом, – говорит Катерина Ярова, директор компании «Медицина сегодня», выступившей техническим организатором поездки. – Сейчас ведется набор группы по урологии и гинекологии на апрельские курсы в «Charite». А если у врачей есть пожелания относительно направления подготовки, то компания «Медицина сегодня» с удовольствием поможет реализовать их в Новом году!».

В сфере лечебного дела «Charite» работает по следующим направлениям:

- Акушерство
- Гастроэнтерология/Гепатология
- Гинекология
- Кардиология
- ЛОР
- Неврология
- Нейрохирургия
- Нефрология
- Онкология/Гематология
- Офтальмология
- Педиатрия
- Психиатрия
- Пульмонология/Инфекциология
- Ревматология
- Урология
- Хирургия
- Челюстно-лицевая хирургия
- Экстренная и восстановительная хирургия
- Эндокринология/Медицина обмена веществ

РПЖ: за гранью ПСА

«Вероятность выявления клинически значимого РПЖ достаточно высока у больных с любым уровнем ПСА», – отметили в Thompson IM и соавторы в Prevalence of prostate cancer among men with a prostate-specific antigen level < or =4.0 ng per milliliter. (N. Engl J. Med., 2004).

«Скрининг по ПСА стал жертвой собственного успеха, – считает доктор S. Loeb (Department of Urology, New York University), обозначая свое мнение на конгрессах EAU и в научных публикациях. – Распространенность метастатических стадий заболевания и канцер-специфичной смертности снизились, но появилась проблема чрезмерного лечения. Похоже, что каждая статья об РПЖ заканчивается пожеланием иметь в клинической практике более надежный маркер».

ПСА – не самостоятельный маркер

Наиболее перспективный на настоящий момент путь – не поиск новых маркеров, а рациональное использование существующих, говорят мировые лидеры. Многие врачи считают целесообразным применение Индекса здоровья простаты (PHI, Prostate Health Index) – параметра, который учитывает уровень ПСА, свободного ПСА и [-2] проПСА. Каждый отдельный компонент *индекса* осмыслен, и появление PHI соответствует отмеченной стратегии.

Определение PHI одобрено FDA для пациентов с показателями оПСА 4–10 нг/мл. Но есть данные о едва ли не большей пользе PHI при оПСА 2–10 нг/мл. «Опасность заключается в том, что диапазон оПСА 2–4 нг/мл вызывает наименьшую настороженность, и принять решение о назначении дальнейших процедур обследования, наверное, наиболее сложно, – говорит Александр Говоров. – Поэтому неудивительно, что в разных странах проводились работы по оценке PHI и в более низком диапазоне. В 2011 году Catalona W.J. опубликовал результаты большого мультицентрового исследования, где показал, что PHI в диапазоне оПСА 2–10 нг/мл (калибровка Hybritech) значительно превосходит оПСА и % свПСА как маркер для специфического выявления РПЖ. Наши итальянские коллеги, M. Lazzeri et al. показали, что использование [-2] проПСА и PHI в диапазоне оПСА 2–10 нг/мл значительно лучше предсказывает исход биопсии по сравнению с оПСА и % свПСА».

Более высокая специфичность PHI – это вполне обоснованный и даже предсказанный с биологической точки зрения факт. «По сути, PHI – это усовершенствованная модель хорошо известного показателя – % свПСА, но обладает большей специфичностью при выявлении РПЖ, в том числе его агрессивных форм, – поясняет Александр Говоров. – Если % свПСА – это процентное отношение свободного ПСА к общему ПСА, то в PHI учтены соотношение свободного и общего ПСА, и доля [-2] проПСА в свободной фракции ПСА».

$$PHI = -2проПСА/свПСА \times \sqrt{оПСА}$$

Почему в формулу введен показатель по [-2] проПСА? «Фракция [-2] проПСА концентрируется в периферической зоне предстательной железы, т.е. местах локализации рака, и практически не обнаруживается в переходной зоне с ДГПЖ, – поясняет Александр Говоров. – Известно, что при РПЖ доля свободного ПСА в общем ПСА снижается. При этом один из стабильных продуктов распада свободной фракции ПСА – это [-2] проПСА. Доля [-2] проПСА во фракции свободного ПСА при РПЖ, наоборот, увеличивается. На уровень общего ПСА этот процесс оказывает значительно меньшее воздействие».

Случай из практики

Мужчина 56 лет *сдал кровь на общий ПСА, свПСА и -2проПСА. Результаты оПСА и % свПСА не внушали опасений: оПСА – 2,2 нг/мл, % свПСА – 28 %.*

Однако PHI показал значение 39, что соответствует высокой степени риска: вероятность наличия РПЖ в группе пациентов с PHI в диапазоне 30–39 составляет 36 %, а свыше 40 – до 53 %. Пациенту была выполнена 12-точечная трансректальная биопсия простаты и выявлена аденокарцинома 7 (4+3) баллов по шкале Глисона в 5/12 кусочков на 45 % ткани всех биоптатов.

Таким образом PHI оказался более надежным маркером для принятия решения о проведении биопсии при диагностике РПЖ по сравнению с оПСА и % свПСА.

Т. е. в формуле PHI учтена вся биологическая картина опухолевого процесса с разнонаправленной динамикой фракций ПСА. «Использование PHI позволяет сократить количество необязательных биопсий и отнести «спорных» пациентов в группу динамического наблюдения, – говорит Александр Говоров. – Данный вывод справедлив как в отношении первичных, так и вторичных биопсий в случае, если сначала был получен отрицательный результат».

Имеются данные о том, что PHI предсказывает появление биохимического рецидива после радикальной простатэктомии (Lughezzani Gt. et al., 2013). Стоит отметить, что большой интерес связан с возможностью использовать PHI для выявления агрессивных форм РПЖ при низкой концентрации оПСА или в «серой зоне». «Опубликовано достаточно данных, демонстрирующих значительное превосходство PHI по сравнению с оПСА и % свПСА в выявлении РПЖ с индексом Глисона > 7, – рассказывает Александр Говоров. – В 2013 году Sanda et al. показали, что в группе из 628 пациентов с оПСА 4–10 нг/мл у четверти мужчин уровень PHI был ниже 27, и из них только у 1 пациента после проведения биопсии отмечена сумма баллов ≥ 4 + 3 по шкале Глисона».

PHI используется в США, Европе, Австралии, России, Белоруссии, Казахстане. Результаты опубликованных исследований легли в основу включения PHI в Рекомендации Американской общенациональной онкологической сети NCCN (National Comprehensive Cancer Network; NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, USA), которая рекомендует использовать его у мужчин с уровнем общего ПСА в диапазоне от 3 до 10 нг/мл и отрицательной первой биопсией для принятия решения о необходимости повторной биопсии, а также определять PHI через 6–12 мес в случае, если первичная биопсия не была выполнена. Индекс PHI может быть также использован при желании оценить вероятность наличия РПЖ до выполнения первичной биопсии. Согласно рекомендациям значения PHI выше 35 с высокой вероятностью указывают на наличие РПЖ.

PHI внесен в Российские клинические рекомендации (Урология. Российские клинические рекомендации под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря, 2015 г.), представленные на ежегодном Конгрессе Российского общества урологов (РОУ) в Саратове 10–12 сентября 2014 г.

Без конкуренции

В настоящее время описаны и активно обсуждаются несколько десятков маркеров, обнаруживаемых в самой предстательной железе, крови или моче больного. Самый распространенный и известный – процент свободного ПСА (% свПСА), помогает дифференцировать новообразования.

Возможно определение ПСА3 в качестве одного из параметров для решения о повторной биопсии – эффективность данного маркера выше, чем % свободного ПСА, и концентрация не зависит от объема железы, возраста, наличия простатита или применения ингибиторов 5-альфа-редуктазы.

Интересен простатический специфический мембранный антиген (ПСМА, PSMA – prostate-specific membrane antigen) – в клетках РПЖ экспрессия этого гликопротеина в сотни и тысячи раз больше, чем в нормальных тканях. Исследователи отмечают прямую корреляцию уровня ПСМА с индексом Глисона.

Антиген стволовых клеток предстательной железы (АСКП, PSCA – prostate stem cells antigen) специфичен для стволовых клеток ПЖ – редких, но функционально незаменимых в метастазировании РПЖ. Gu Z. с соавторами показали, что высокая экспрессия АСКП характерна для 94 % первичных опухолей и 100 % костных метастазов; повышенный уровень АСКП коррелирует с развитием КРРПЖ (Oncogene, 2000).

Имеются данные о гиперэкспрессии в РПЖ рецепторов гастрин-рилизинг пептида и гонадотропин-рилизинг-гормона, а также о связи экспрессии данных рецепторов с кастрационной рефрактероностью опухоли.

В научном сообществе обсуждаются и другие маркеры и панели, конкурирующие с PHI. Например, человеческий калликреин-2 (hK2 – human kallikrein 2) по структуре на 80 % идентичный ПСА, повышает точность диагностики в подгруппе мужчин с ПСА 2,5–4 нг/мл. Гиперэкспрессия hK2 ассоциирована с агрессивностью заболевания (отдаленное метастазирование) и чаще определяется у больных низкодифференцированными опухолями. По данным ERSPC, совместное использование с ПСА приводило к увеличению AUC с 63 до 78 % (Benchikh A., BMC Cancer, 2010).

Изучается и не валидизированная и не откалиброванная в настоящее время панель 4 калликреинов, так называемый 4К индекс, концептуально схожий с PHI и учитывающий общий ПСА, свободный ПСА, интактный ПСА и hK2. Для решения вопроса о биопсии и при активном наблюдении возможно применение ПСА3 и МРТ.

«Речь должна идти не о конкуренции, а о кооперации и о совместном использовании максимально интересных, специфичных маркеров, выявляющих РПЖ и дифференцирующих агрессивные формы, – считает Александр Говоров. – В 2012 Ferro M. с соавт. показали, что PHI по сравнению с ПСА3 обладает более высокой чувствительностью и специфичностью при предсказании исхода биопсии, что выражается в более высоком значении AUC. Аналогичные данные были приведены в опубликованной в этом же году работе Sokoll L.J. с соавторами». А в 2014 году S. Loeb с соавт. в своей статье сделали заключение, что в отличие от ПСА3 и TMPRSS2: ERG, PHI коррелируют с индексом Глисона и его прогрессией во время активного наблюдения.

Перспективным направлением является использование многофакторного подхода – номограмм, калькуляторов риска. «Хорошо известны калькуляторы риска, разработанные на основе результатов, полученных в ходе Европейского рандомизированного исследования ERSPC под руководством Schroder F., – продолжает Александр Говоров. – Его коллега Roobol M. с соавт. показали, что при добавлении к базовой модели калькулятора результатов исследования PHI значительно возрастает чувствительность и специфичность данного метода, что выражено в увеличении AUC».

Российские результаты

«Мы обследовали более 250 пациентов, однако в протокол включены 128 человек, у 48 из которых по результатам 12-точечной биопсии диагностирован РПЖ, – рассказывает Александр Говоров. – На сегодняшний день мы получили предварительные данные, для полноценной статистической обработки этого недостаточно, однако тренды, обозначенные в предварительном анализе, полностью коррелируют с данными европейских и американских исследований. Медианы групп пациентов с РПЖ и без РПЖ достоверно отличаются, показатель PHI увеличивается по мере возрастания степени злокачественности опухоли, т.е. увеличения индекса Глисона. При этом не выявлена зависимость между возрастанием уровня оПСА, % свПСА и увеличением индекса Глисона».

В течение жизни РПЖ выявляется у 15–20 % мужчин, однако риск наступления смерти от РПЖ составляет только около 3 %. И хотя большинство мужчин умирает с раком простаты, но не от него, проведение дополнительных исследований выглядит клинически обоснованным.

Пока экономическую целесообразность оценить достаточно трудно, уже есть пример включения PHI в систему скрининга, покрываемого из средств бюджета.

География PHI

Определение PHI доступно на всей территории России – исследование выполняется в крупнейших сетевых лабораториях, таких как НПФ «ЭфиС» (Москва), Независимая лаборатория «Инвитро», филиалы которой представлены по всей стране, лаборатории «Прогрессивные медицинские технологии» (Челябинск), НЦ «Хеликс» (Москва, Санкт-Петербург, Екатеринбург и филиалы), «СМ-Клиника» (Санкт-Петербург), «Адмиралтейские Верфи» (Санкт-Петербург) и многих других.

PHI не оценен по достоинству

Татьяна Алексеевна Осипова

К.б.н., зам. генерального директора по медико-биологическим вопросам ООО «Научный Центр «ЭФиС»

osipova@efis.ru

Александр Александрович Кошмелев

К.м.н., заведующий курсом урологии Читинской государственной медицинской академии, врач-уролог

koshmelev44@mail.ru

Найдено множество молекул, изменения концентрации или структуры которых связано с появлением злокачественной патологии предстательной железы. Но только индекс здоровья простаты (PHI) с наибольшей точностью позволяет выделить мужчин с высоким риском РПЖ, о чем свидетельствуют и собственные данные. Почему не так просто внедрить PHI в практику, УС рассказали российские специалисты, одними из первых начавшие исследование по PHI.

Индекс здоровья простаты PHI (Prostate Health Index) – расчетный показатель, получаемый при объединении ПСА, свободного ПСА и [-2] проПСА в единую формулу. Достоверно показано, что PHI позволяет сократить количество необоснованных биопсий предстательной железы и помогает выявить агрессивные формы РПЖ.

Клиническая ценность ПСА известна – это один из основных компонентов, необходимых для выявления РПЖ. Процент свободного ПСА позволяет дифференцировать новообразования простаты – чем выше % свПСА, тем меньше вероятность злокачественного новообразования. Изоформа [-2] проПСА секретируется в зоне наиболее частого расположения опухолей, концентрация этого маркера повышается при онкологической патологии.

PHI в России

Определение PHI одобрено FDA для пациентов с показателями оПСА 4–10 нг/мл и доступно на всей территории России. Однако эксперты считают целесообразным определение PHI и при оПСА 2–4 нг/мл.

«Нет значений общего ПСА, при которых мы можем исключить РПЖ, а концентрация 2–4 нг/мл – это «ахиллесова пята», – говорит Кошмелев Александр Александрович. – На сегодняшний день PHI – это «грин-карта», которой мы можем руководствоваться, принимая решение о дальнейшем обследовании и наблюдении пациента».

Определение PHI доступно в России с 2012 года, т.е. как только появились соответствующие реагенты к анализатору Access 2. «Это была не новаторская идея, а повседневная клиническая надобность, – говорит Кошмелев Александр Александрович. – Как только появилась информация о PHI и [-2] проПСА, родился и здоровый интерес, так как достаточно велика когорта пациентов, которым выполнена так называемая «необязательная» биопсия».

Несмотря на ободряющие данные клинических исследований и опыта применения PHI, внедрить его в практику оказалось не совсем просто. «За два года отмечено некое увеличение, но динамики, сравнимой с ведением исследования по общему ПСА или даже % свПСА, нет, – рассказывает Татьяна Осипова. – Ежемесячно не более 3 % пациентов определяют PHI. Объясняется это не ненадобностью или только большей ценой, но и малой информированностью врачей о значимости PHI».

Введение нового теста – всегда непростой процесс, единогласны эксперты. В свое время лаборатория НЦ «ЭФиС» одна из первых в стране начала выполнять исследование свободного ПСА и рассчитывать % свПСА, принимала участие в научных исследованиях и составлении методических рекомендаций. «Сейчас с PHI мы находимся в начале пути, как 15 лет назад с % свПСА», – говорит Татьяна Осипова.

Определение PHI – это максимально расширенный спектр показателей прогноза наличия рака простаты за одно взятие крови. При определении PHI, состоящего из трех маркеров (общий ПСА, свПСА и [-2]проПСА), врач и пациент одновременно получают 5 показателей:

- результат общего ПСА, который дает нам дополнительную информацию о динамике данного маркера, так как часто исследование выполняется не сразу после первичного исследования оПСА;
- % свПСА (свПСА/оПСА × 100 %);
- [-2] проПСА, который используется в протоколах активного наблюдения, величина его прироста говорит о возможной прогрессии РПЖ;
- индекс здоровья простаты ([-2]проПСА/свобПСА) *√общПСА);
- % п2ПСА ([-2]проПСА/свПСА × 100 %), исследуется наравне с PHI и дополняет его.

Вероятно, необходимы дополнительные инициативы – работа с врачами во время семинаров, лекций, курсов повышения квалификации – единогласны эксперты. Среди клиницистов большой интерес появляется при публикации данных отечественного опыта, считают участники обсуждения.

«Наше исследование проводится с 2012 года, и сейчас мы обрабатываем данные, – рассказывает Кошмелев Александр Александрович. – За весь период исследование по PHI прошли более 1200 пациентов. К середине 2015 года у нас будут первые утвержденные результаты, и мы постараемся поделиться ими с коллегами».

Усилия потребуются, чтобы «раскачать» и самих пациентов, большинство которых не склонно проводить дополнительные исследования, не убедившись в их обоснованности. Для них, вероятно, понадобится распространение информации в лабораториях и поликлиниках. «На самом деле, как объяснит врач, так пациент и будет обследоваться, поэтому основной акцент стоит делать все-таки на образовании урологов, которые сами должны осознавать преимущество дополнительных данных, – говорит Александр Кошмелев. – Анализ действительно дорогой и не покрывается ОМС, однако в нашей клинике мы нашли возможность предоставлять данную услугу по сниженной стоимости».

Бывают ситуации, когда соотношение свободного и общего ПСА неблагоприятное – меньше 15 %, а PHI показывает довольно низкую вероятность злокачественности.

«Бывают такие ситуации, когда соотношение свободного и общего ПСА неблагоприятное – меньше 15 %, а PHI показывает довольно низкую вероятность злокачественности», – соглашается Татьяна Осипова, обращаясь к собственному опыту.

Как отметили в компании Beckman Coulter, несмотря на непростые экономические условия, ведется работа по возможности снижения цены на данное исследование.

Исследование гормонального профиля увеличивает точность диагностики с помощью PHI.

Опыт и сложности

Результаты Читинской медицинской академии пока обрабатываются, однако некоторые предварительные данные доступны. «Мы пока не можем количественно говорить о снижении ненужных биопсий, однако тренд очевиден – это действительно так, – рассказывает Кошмелев Александр Александрович. – Более того, мы наблюдаем прямую корреляцию PHI и индекса Глисона; определение PHI нам видится целесообразным не только с клинической, но и с экономической точки зрения».

Обработать данные, получаемые в коммерческой лаборатории, практически невозможно. «Трудность в том, что мы не знаем о дальнейшем движении пациента, назначенных исследованиях и результатах той же биопсии, – сетует Татьяна Осипова. – У нас есть отдельные контракты и проекты, развиваемые совместно с крупными клиниками, но в целом не хватает взаимодействия и информированности специалистов, что позволило бы проводить более глубокий анализ и развивать совместные научные проекты».

Клинически значимым остается PHI, и в ближайшие 2–3 года ожидать появления более точных схем минимально инвазивной детекции РПЖ вряд ли возможно.

Ранее в УС эксперты обсуждали сложности диагностики и скрининга по ПСА, связанные с отсутствием единых стандартов. «Для определения ПСА существует много наборов, – рассказывает Татьяна Осипова. – Только в нашей лаборатории стоит пять закрытых полностью автоматизированных систем, на которых возможно определение общего ПСА. Соответственно, если это все не стандартизировано, можно представить, какой хаос в анализах может быть».

В отношении PHI таких проблем нет и никогда не было, говорят эксперты. «Определение PHI возможно только на одном приборе – анализаторе Access-2 с использованием оригинальных реагентов, – объясняет Татьяна Осипова. – Система закрытая и полностью автоматизированная, что исключает влияние человеческого фактора».

Совершенство без предела

Как отмечено ранее, многие работы посвящены возможностям диагностики РПЖ, основная цель которых – увеличить точность и снизить инвазивность. «Молекулярно-генетический тест ПСА3 может служить критерием для проведения биопсии у пациентов с повышенным уровнем ПСА, – рассказывает Татьяна Осипова. – Имеются интересные данные о простатическом специфическом мембранном антигене (ПСМА, PSMA), антигене стволовых клеток предстательной железы (АСКП, PSCA) и других потенциальных маркерах».

В зарубежной литературе есть сравнительные данные по применению PHI и панели 4 калликреинов (4К индекс), концептуально схожей с PHI и учитывающей общий ПСА, свободный ПСА, интактный ПСА и hK2. «Но клинически значимым остается PHI, и в ближайшие 2–3 года ожидать появления более точных схем минимально инвазивной детекции РПЖ вряд ли возможно», – считает Александр Кошмелев.

В контексте точности диагностики регулярно публикуются интересные данные об андрогенном статусе и РПЖ. «Считается, что андрогены могут стимулировать рост РПЖ, – продолжает Татьяна Осипова. – Но с другой стороны, сниженный уровень андрогенов – фактор риска РПЖ и его высокой агрессивности». Так, на ежегодной встрече AUA в 2014 году сообщалось, что низкий уровень общего тестостерона, определяемый дооперационно, связан с более высокой вероятностью наличия аденокарциномы 4-й градации по Глисону, выходом опухоли за пределы простаты и получением позитивных краев (Neuzillet Y. et al., PD14-04). «Определение уровня тестостерона дооперационно, проведенное дополнительно к стандартному комплексу диагностических манипуляций, позволит улучшить эффективность лечения локализованного РПЖ», – пишут авторы исследования. Тогда же были представлены данные, согласно которым исследование гормонального профиля увеличивает точность диагностики с помощью PHI (F. Frieddersdorff, MP63-05).

«Исследование андрогенного статуса совместно с PHI запланировано для включения в протокол нашего исследования, – рассказывает Александр Кошмелев. – После решения организационных вопросов мы будем исследовать и андрогенный статус».

Завершая обсуждение, эксперты обращают внимание на низкую осведомленность российских специалистов о преимуществах PHI при детекции РПЖ. «Этот тест в нашей стране не оценен по достоинству, – говорит Александр Кошмелев. – Пока у врача нет понимания, что дает новый показатель, он его игнорирует». Татьяна Осипова считает, что появление у российских урологов интереса к PHI затянулось. «Развитие должно быть более динамичным», – говорит она, приводя в пример Казахстан, где PHI введен в систему скрининга РПЖ.

Вложение в здоровье нации

Алма Жалеловна Жылкайдарова
К.м.н., руководитель специализированного консультативно-диагностического отдела, Казахский НИИ онкологии и радиологии, Алматы
alma_zh@inbox.ru

Нуржан Серикович Нургалиев
Руководитель центра онкоурологии, Казахский НИИ онкологии и радиологии, Алматы
nurgaliyev.ns@gmailcom

Скрининг с использованием PHI – самый дорогой, но мы считаем, что на здоровье надо потратиться. Так организаторы скрининговых программ в Казахстане резюмировали двухлетний опыт расширенного обследования мужчин. О результатах и развитии уникального проекта УС рассказали его непосредственные участники.

PHI – более специфичен в отношении РПЖ: он коррелирует с индексом Глисона (Sandra et al., 2013); более точен в сравнении не только с оПСА, но и % свПСА, ПСА3 и TMPRSS2: ERG (Scattoni et al., 2013; Ferro et al., 2013; Stephan et al., 2013). PHI позволяет дифференцировать РПЖ от ДГПЖ и простатита (Gadda G.M. et al., EAU poster, 2012).

Учитывая это, ученые предполагают и большую экономическую эффективность скрининга по PHI. Так, по данным математической модели Heijnsdijk EAM (EAU, 2012), при введении PHI затраты на скрининг увеличатся на треть, но произойдет снижение количества негативных биопсий и трат на диагностику на 29 и 21 % соответственно, эффективность затрат увеличится на 12 %. «Затея дорогая, но, похоже, не напрасная», – говорят лидеры EAU и AUA.

Чтобы соотнести расчетные и практические данные, потребуется некоторое время. Однако уже сейчас некоторые специалисты перешли от слов к делу – ввели исследование PHI в государственную программу скрининга РПЖ.

Скрининговая программа уже покрывает большую часть населения. Из 18 административных единиц в одиннадцати регионах проводится скрининг и работает 12 лабораторий.

Казахстанский пилот

В Восточном Казахстане в 2012 году стартовал пилотный проект – скрининг с применением PHI. «В этой области наиболее высокая заболеваемость и смертность от РПЖ, – рассказывает Жылкайдарова Алма Жалеловна, к. м. н., куратор скрининговых программ в Казахстане. – В 2011 г. 57,2 % больных РПЖ выявлено на III–IV стадиях. Восточно-Казахстанская область занимала первое место в Казахстане по смертности от РПЖ – 4,0 % в среднем за период 2006–2012 гг.».

Алма Жылкайдарова обращает внимание, что проведение скрининга стало возможным благодаря наличию в регионе достойной клинической базы – урологической клиники и онкодиспансера. Но так как не было четких рекомендаций, то для разработки программы пришлось обратиться к F. Shroder и M. Roobol – координаторам ERSPC (Европейского рандомизированного скринингового исследования рака простаты).

Всего за год заболеваемость возросла с 8,8 % (123 больных) до 12,4 % (170 больных), возрастной пик выявления снизился на десятилетие – с 70–74 лет (2011 г.) до 60–64 (2012 г.), сообщили исследователи на Съезде онкологов и радиологов СНГ, прошедшем в 2014 году в Казани.

«Есть определенный прогресс, но пока мы не можем однозначно подтвердить влияние PHI на результаты скрининга. Прошло слишком мало времени, и мы не можем в цифрах выразить экономическую целесообразность или снижение количества необоснованных биопсий, как это показано в математических моделях», – говорит Алма Жылкайдарова.

Тем не менее, запланировано расширение исследования. «Мы намерены определять PHI у пациентов с подтвержденным РПЖ, а также полностью отслеживать тех, кому было проведено исследование PHI по скрининговой программе», – продолжает Алма Жылкайдарова.

«Запланировано так же исследование, которое позволит соотнести данные оПСА, PHI и биопсии – определить, есть ли корреляция или нет», – добавляет Нуржан Серикович Нургалиев.

Лаборатории и самолеты

Основная сложность – это организация логистики: часто на преодоление расстояния между клиникой и лабораторией требуется час-полтора полета на самолете. «Понятно, что не всегда возможно доставить биологический материал в лабораторию в день забора, – говорит Алма Жылкайдарова. – Поэтому требуется заморозка».

Так как пациентов немного, то ожидание необходимо и для того, чтобы собралось достаточное количество образцов – чтобы аппарат работал не с одной пробиркой. «Заморозка сыворотки крови производится либо централизованно в лаборатории, в случае, если материал доставлен в течение суток, либо на местах – при заборе крови», – объясняет Нуржан Серикович Нургалиев.

«В Казахстане именно по раку простаты была самая низкая пятилетняя выживаемость. Мы считаем, что на здоровье надо потратиться, тем более, что государство нас поддерживает».

Скрининговая программа уже покрывает большую часть населения. «В Казахстане 18 административных единиц – 16 областей и два города республиканского значения Астана и Алматы, – поясняет Алма Жылкайдарова. – В 2013 году обследование по скрининговой программе прошло 78 008 мужчин из шести регионов, у 1,4 % из них (1090 пациентов с повышенным ПСА) определен уровень PHI. На этот год данные такие – в одиннадцати регионах проводится скрининг и работает 12 лабораторий, в следующем году планируется расширение».

Какие пациенты проходят расширенное исследование? «Мы выбрали целевую группу от 50 до 66 лет, интервал исследовании по ПСА 4 года, – объясняет УС Нуржан Серикович. – В определенный день мы приглашаем пациентов целевой группы (согласно регистра прикрепленного населения) для забора крови на ПСА.

По данным математической модели Heijnsdijk EAM (EAU, 2012), при введении PHI затраты на скрининг увеличатся на треть, но произойдет снижение количества негативных биопсий и трат на диагностику на 29 и 21 % соответственно, эффективность затрат увеличится на 12 %.

При повышенном уровне ПСА (3,1–8 нг/мл по калибровке ВОЗ или от 4 до 10 нг/мл по калибровке Hybritech) с использованием того же биологического материала определяется PHI».

Кто платит за такие исследования? «Все оплачивается из республиканского бюджета, и это целевые трансферты, т.е. деньги выделены специально, – поясняет Алма Жылкайдарова. – Так как у нас функционирует регистр прикрепленного населения, то мы заранее знаем, кому мы будем проводить исследование, а значит и рассчитываем необходимые траты».

По словам экспертов, это самый дорогой скрининг в Казахстане. «Помимо трат на сам анализ, требуются расходы на приобретение морозильного оборудования и транспортировку, – рассказывает Алма Жылкайдарова. Кроме того, при отсутствии иммуно-химических анализаторов в некоторых регионах были осуществлены их закупка и поставка, приобретены пистолеты для пункционных биопсий – все за счет республиканского бюджета».

Надежды

Для скрининга потребовалось провести огромную информационную работу – напечатать буклеты, запустить в общественных местах видеоролики, организовать работу врача и пациента; организовать централизованные выезды на предприятия, где работают преимущественно мужчины. «В некоторых местах мы встречаемся с сопротивлением и противостоянием как врачей, так и общей лечебной сети, – говорит Нуржан Серикович. – Где-то отмечаем нехватку кадров или наличие очереди на проведение анализа».

Тем не менее, общественное мнение поменялось, и в целом население отнеслось положительно к программе. Если изначально проект был встречен с неким скепсисом, то теперь появляется все больше желающих поддержать программу и принять в ней участие. «У нас именно по раку простаты была самая низкая пятилетняя выживаемость, поэтому проведение подобного скрининга более чем актуально, – завершают участники обсуждения. – Мы хотим изменить ситуацию и считаем, что на здоровье надо потратиться, тем более что государство нас поддерживает».

В наступающем году УС расскажет о новых данных скрининга по PHI и инициативах, способствующих развитию данного проекта. УС

РПЖ: запах рака

Экстраординарное обоняние собак – не новость, но могут ли животные унюхать рак: какими данными располагают ученые и войдет ли обученный пес в медицинские гайдлайны?

На 109-й ежегодной научной конференции AUA прозвучал доклад о том, что собаки смогли выявить рак простаты в образцах мочи с 98 % точностью (Gianluigi Taverna et al., PD19-01). «Использование собак для выявления опухоли – это то, что не было бы сочтено возможным десятилетие или два назад», – сказал Brian Stork (West Shore Urology, Muskegon, MI) на презентации данных.

Запах тела человека меняется при заболеваниях, что отмечали еще древние греки. Нюх собак намного чувствительнее человеческого: они способны улавливать летучие органические соединения VOCs пропорционально обнаружению одной капли крови, разбавленной в 20 бассейнах олимпийского размера, сказано на сайте In Situ Foundation. Сейчас собаки уже используются для медицинских целей. Например, в Medical Detection Dogs кинологи учат лабрадоров определять в составе продуктов орехи и сигнализировать об этом владельцам-аллергикам.

Вынюхать опухоль

О том, что собака может обнаружить рак, ученые впервые сообщили четверть века назад. Теперь, по данным различных экспериментов, пес может научиться отличать здорового человека от пациента с опухолью груди, легких, простаты, яичников, мочевого пузыря, кожи, раком толстой и прямой кишки.

В 2008 году Gordon и коллеги использовали собак для выявления РПЖ, однако желаемый результат не был получен. В 2011-м Jean-Nicolas Cornu и коллеги сообщили, что бельгийская овчарка после 2 месяцев тренинга обучилась распознавать в двойном слепом исследовании образцы мочи мужчин с РПЖ и здоровых людей. Однако были и ложные результаты для контрольных пациентов с повышенным ПСА, хотя позже у одного из таких пациентов действительно был выявлен РПЖ. В уходящем году Elliker и коллеги показали, что собаки обучались выявлять пробы во время тренинга. Однако на финальном испытании с новой линейкой образцов статистически значимых результатов не было.

Данные и выборка исследования, представленного на AUA, внушают доверие. Образцы мочи были получены от 902 участников: 362 мужчин с РПЖ разной агрессивности (вплоть до метастатического рака) и 540 контрольных участников – здоровых или с неопухолевыми заболеваниями. В эксперименте две немецкие овчарки обнаружили РПЖ с чувствительностью и специфичностью более чем 98,6 и 96,4 % соответственно. Способность собак распознавать опухолевые VOCs не зависела от индекса Глисона, клинической и патологической стадии, уровня ПСА, % свПСА, PHI, объема предстательной железы и опухоли, возраста пациента и топографии новообразования. Анализы пациентов с андрогенной депривацией овчарки всегда указывали как положительные. Суммарно зарегистрировано 20 ложноположительных и 4 ложноотрицательных «диагнозов».

Поскольку собаки не выделяли пациентов с другими неоплазмами, они, видимо, ориентировались на конкретные специфичные компоненты РПЖ.

Трудности и перспективы

Сделать общие выводы достаточно сложно. Cornu и коллеги ставили под вопрос воспроизводимость своего опыта на других собаках; имелись ложноположительные результаты. Elliker и коллеги говорят, что допускается множество ошибок: не учитывается возраст пациентов, отсутствует независимый наблюдатель, собака заучивает конкретные пробы и при столкновении с новыми образцами теряется.

Более того, животное и его обонятельный аппарат изменяются. Например, пес может подхватить инфекцию или аллергию, могут мешать дополнительные молекулы – сигналы воспаления и некроза, рациона питания, лекарственных препаратов. Поскольку обоняние собак хорошо развито, они, возможно, регистрируют настолько много запахов, что различить их становится трудно. Вероятно, отдельные собаки обобщают пробы разных доноров и выделяют «запах рака». Не исключено, что они могут распознавать что-то, еще не известное людям.

В целом отработанной методики научения нет, однако, по данным исследований, после тренинга собаки все-таки способны отличить анализ онкопациента.

Может ли собака использоваться в клинической практике? В 2010 году Anders S. Bjartell считал, что использование собак в обнаружении РПЖ может оказаться слишком сложным по сравнению с масс-спектрометрией или другими видами лабораторных анализов, что делает «природный нос» несколько менее вероятной технологией в будущем. Однако сейчас Elliker пишет, что это может стать экономически выгодным неинвазивным методом массового скрининга. УС

Система клинического фенотипирования UPOINT

Синдром хронической тазовой боли не ограничивается урологическими симптомами, оказывая влияние на центральную нервную систему и психологическое состояние пациента. Чтобы добиться хороших результатов в лечении, требуется комплексный подход к болезни. Новая классификация UPOINT позволяет осуществить это.

14–15 ноября 2014 г. в Москве состоялась 5-я конференция Manage Pain («управляй болью»), координатором которой являлся профессор кафедры нервных болезней ФППОВ ПМГМУ им. И.М. Сеченова Алексей Борисович Данилов. В мероприятии принимали участие врачи-неврологи, терапевты, анестезиологи, реаниматологи, психиатры, урологи и другие специалисты, которым в своей практике приходится сталкиваться с пациентами, испытывающими болевой синдром. Участниками были затронуты вопросы хронической и нейропатической боли, диагностики, лечения, обезболивания. В рамках конференции Андрей Владимирович Зайцев рассказал о хронической тазовой боли и классификации UPOINT, которая позволяет осуществлять персонализированный подход к лечению и купированию спазмов у больных, страдающих синдромом хронической тазовой боли.

Андрей Владимирович Зайцев

Профессор кафедры урологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова

zaitcevandrew@mail.ru

«Болевой синдром, который испытывает пациент, должен быть тщательным образом оценен перед назначением лечения. Не так давно появилась система клинической классификации UPOINT, в основе которой лежит фенотипирование больного. Классификация содержит шесть доменов: мочевой, психосоциальный, органоспецифический, инфекционный, неврологический, а также болевой. UPOINT можно изобразить в виде снежинки, где отдельный луч соответствует одному из доменов. В лечении пациента принимает участие группа врачей различных специальностей. Каждый из них оценивает свою область и отмечает, насколько в процентах выражен симптом. В результате мы получаем полную картину состояния пациента. Благодаря гибкости этой классификации лечащий врач может подобрать индивидуальное лечение для больного, учитывая выраженность того или иного симптома.

Для СХТБ характерны постоянные или периодические приступы боли, воспринимаемые больным в области таза. Зачастую болезненные ощущения ассоциированы с симптомами нижних мочевыводящих путей, сексуальной, кишечной, гинекологической дисфункцией или нарушением функции тазового дна. Человек с хронической тазовой болью обычно обращается к урологу. В ходе диагностики врач исключает заболевания, имеющие схожую клиническую картину: различные виды злокачественных образований, гиперплазию предстательной железы, камни мочевого пузыря и нижней трети мочеточника, вирус герпеса, эндометриоз, вагинальный кандидоз, хронический бактериальный и абактериальный простатит, дивертикул уретры, урогенитальный пролапс, нейрогенный мочевой пузырь, гиперактивный мочевой пузырь, ущемление срамного нерва, заболевания, вызванные бактериальными инфекциями. При стандартном подходе к СХТБ на этом обследование заканчивается, и уролог назначает лечение. Однако у человека, страдающего хронической тазовой болью, скорее всего, будут присутствовать не только мочевые симптомы. Центральная нервная система также оказывается вовлечена в процесс формирования синдрома. В результате продолжительной периферической стимуляции ЦНС становится повышенно возбудимой, нарушается механизм обработки сенсорных импульсов в мозге, происходит дисрегуляция механизмов нисходящего подавления боли. У пациента могут возникать острые болевые спазмы мускулатуры тазового дна, которые необходимо купировать.

Существует вероятность, что у человека с СХТБ будут присутствовать и неврологические заболевания: радикулит, остеохондроз, рассеянный склероз. Длительное расстройство мочеиспускания способно спровоцировать психологические симптомы: посттравматический синдром, депрессию. Специалист-уролог не способен оценить эти аспекты состояния больного – ему потребуется помощь неврологов, физиотерапевтов, психотерапевтов или психиатров. Взгляд врача-невролога на СХТБ и классификацию UPOINT в своем выступлении представил Михаил Николаевич Шаров, профессор кафедры нервных болезней МГМСУ им. А.И. Евдокимова.

UPOINT позволяет охватить все симптомы болезни и комплексно подойти к лечению. Данная классификационная система – удачное дополнение к уже используемым российскими урологами шкалам, тем более, введение ее в практику не сопряжено с финансовыми затратами. Система развивается, и в дальнейшем каждый из шести доменов может быть разделен на подкатегории в случае появления новых механизмов и биомаркеров, что позволит еще больше повысить эффективность лечения. УС

«Пишите, публикуйтесь, делитесь опытом!»

2014 год был юбилейным для газеты «Урология сегодня», изданию исполнилось пять лет. В завершающем номере мы предложили нашим постоянным экспертам ответить на несколько вопросов.

1. **Когда Вы впервые узнали о нашей газете? Какое впечатление она на Вас произвела? Как изменилось Ваше мнение за то время, что Вы её читаете?**
2. **На Ваш взгляд, зачем нужны профессиональные газеты?**
3. **Какие публикации Вам запомнились?**
4. **Какая статья в нашей газете помогла изменить урологию в нашей стране, скорректировать взгляд на какую-то проблему?**
5. **Чего Вы ожидаете от газеты в наступившем году? Какое направление в публикациях хотели бы увидеть?**
6. **Что Вы хотите пожелать газете?**

И вот какие ответы, пожелания и замечания мы получили:

Михаил Иосифович Коган

Д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии РГМУ, вице-президент Российского общества урологов

dept_kogan@mail.ru

1. О газете узнал с выходом первого номера, и был удивлён, насколько хорошо она подготовлена. Я увидел в ней то, что до этого читал в газетах, издаваемых американской и европейской ассоциациями урологов. И был страшно горд, что и у нас появилось такое издание, высокий класс которого все последующие годы только подтверждался.

2. Я вижу, редакционная коллегия работает эффективно, расширяет круг проблем и интервьюируемых экспертов. Газета раздвинула границы общения специалистов всей страны. Также мне интересны дискуссии и анализ результатов конгрессов, проходящих в США, Европе, России – это некий срез научной информации, который ты не успел услышать в силу невозможности посетить все параллельные сессии.

4. Особенно интересными и острыми были дискуссии в 2012 году о том, каким должно быть общество урологов в нашей стране. Они всколыхнули урологическую общественность. В дискуссии приняли участие отдельные специалисты, учёные, заведующие кафедрами, что дало очень много пищи для размышлений. Конечно, не всё, что было сказано, осуществилось, но два года спустя можно определённо сказать, что после того необычного 2012 года мы продолжаем следовать выбранному курсу.

5. Газета должна носить научный характер, так как это издание для профессионалов. С другой стороны, любой научный вопрос нужно излагать языком, понятным для любого практикующего врача. И что особенно важно, необходимо привлекать к сотрудничеству научных работников в области морфологии, микробиологии, генетики, протеомики. Хочу добавить к пожеланиям видеть публикации о социологических исследованиях, эпидемиологических – о распространении урологических заболеваний.

6. Желаю газете столь же интенсивного развития. Коллектив издания стал профессиональным, сформировалось ядро урологов, сотрудничающих с газетой. Особенно я хочу поблагодарить главного редактора Баходура Камолова за то, как он пишет редакторские колонки. Он делает это не только высокопрофессиональным, но и красивым современным русским языком. Мне очень приятно, что он занимает активную позицию в отношении того, что важно сегодня публиковать в газете.

Олег Борисович Карякин

Д.м.н., проф., зав. отделением лучевого и хирургического лечения урологических заболеваний МРНЦ РАМН, г. Обнинск

karyakin@mrrc.obninsk.ru

1. Я знаком с газетой с началом публикации, так как обсуждение её целесообразности проводилось ранее и вызывало многочисленные дебаты. Если говорить откровенно, я испытывал определенный скептицизм – получится ли новое издание нужным и интересным для читателя.

В последующем моё мнение изменилось – от номера к номеру газета прогрессировала, становилась разноплановее, чем и стала привлекать больший интерес.

2. Профессиональные газеты крайне необходимы, так как этот формат привлекателен для специалистов, в том числе и смежных областей. Своё мнение высказывают зарубежные эксперты, особенно интересен формат дискуссии. Отражаются не только узкопрофессиональные вопросы, но обсуждаются социальные, экономические и юридические аспекты нашей жизни.

3. Интересны статьи по дискуссионным направлениям, на чем я и акцентирую внимание. Свои публикации, конечно, помню, они касаются проблем, над которыми я работаю в МРНЦ.

4. Поскольку это научно-популярное издание, то привлекает специалистов различных областей урологии и вокруг неё. Она формирует интересы и взгляды на новые подходы в лечении и диагностике урологических заболеваний. Прочитав газету, отмечаю для себя новое, полезное и откладываю номер с тем, чтобы в последующем вернуться.

5. Вероятно, больше внимания можно уделить тем аспектам, которые нам менее знакомы: это выдержки из новых законов в области здравоохранения, может быть, стоит ввести страничку юриста.

6. В первую очередь я хотел бы поблагодарить редактора Баходура Шарифовича Камолова за инициативу, за объективную редакторскую колонку и коллектив, который он смог привлечь к работе. От этого зависит дальнейшее развитие и успех газеты. А в наступившем году желаю вам расширения круга читателей и еще большей популярности.

Александр Константинович Носов

К.м.н., заведующий хирургическим онкоурологическим отделением НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, г. Санкт-Петербург

nakuro@yandex.ru

1. В 2009 году газета стала приходить в библиотеку НИИ онкологии Н.Н. Петрова, где я впервые её и увидел. Не скажу, что газета понравилась сразу, но её быстрый прогресс не мог не привлечь внимание, она стремительно завоевала своё место среди урологических периодических изданий и в моём сердце. Газета стала не только интересна для чтения, но появилось желание печататься самому.

2. Без оперативной информации успеть за всеми изменениями не просто, для этого и нужна такая газета. Газетный формат позволяет свободнее освещать проблемы, динамично отражать различные, порой противоположные мнения разных специалистов, что делает это издание чрезвычайно интересным.

3. С гордостью могу сказать, что не раз радовался своей фотографии на страницах издания, и, конечно, каждую свою публикацию хорошо помню. Мы не ожидали, что наш материал о плоскоклеточной метаплазии уротелия вызовет интерес редактора. Но статья была не просто опубликована, но и украшена интервью с профессором кафедры урологии МГСМУ им. А.И. Евдокимова А.В. Зайцевым, что, безусловно, сделало материал много привлекательнее.

4. Недавно на ASCO были представлены результаты исследования Christopher Sweeney из Dana-Farber Cancer Institute (Abstract LBA2), а в третьем номере газеты за 2014 год уже есть статья, посвященная этой работе. Это очень оперативно!

5. Газета должна быть разнообразной и чутко реагировать на всё новое, поэтому определять какое-либо направление в публикациях, думаю, нецелесообразно. Статьи должны оставаться столь же научными, как и раньше, это всё-таки издание для профессионалов. Сохранение на страницах газеты принципов доказательной медицины является важным воспитательным моментом, особенно для молодых специалистов.

6. В новом году жду столь же интересных публикаций и активного сотрудничества, мы уже готовим несколько статей. Хочется пожелать долголетия и удачи во всем!

Евгений Анатольевич Усынин

К.м.н., руководитель онкоурологической группы отделения общей онкологии ГУ НИИ Онкологии ТНЦ СО РАМН, г. Томск

gusi70@list.ru

1. Знаком с газетой с момента выхода её первого номера – как с одним из самых популярных изданий, имеющим непосредственное отношение к Российскому обществу онкоурологов. За пятилетний период она стала печатным органом, объединяющим усилия врачей разных специальностей, занимающихся не только научной, а, что не менее важно, практической деятельностью.

3. Интересные публикации выбирать очень сложно, поскольку, откровенно говоря, не помню ни одного слабого номера. А наш практический опыт по лечению туберозного склероза почек (НИИ онкологии г. Томск) опубликован в пятом номере за 2014 год.

5. Актуальность и необходимость дальнейшего издания газеты не вызывает сомнений, поскольку даёт возможность обмениваться опытом и является стартовой площадкой для публикационной деятельности молодых учёных, считается одним из передовых СМИ в онкоурологии.

6. Хочу пожелать здоровья, творческой активности. Пишите, публикуйтесь, делитесь опытом! Это не только украсит наше достойное издание, но и сделает его более популярным и интересным!

Александр Викторович Говоров

К.м.н., доцент кафедры урологии МГМСУ, г. Москва

alexgovorov@newmail.ru

1. Я познакомился с газетой около 5 лет назад, читал подавляющее большинство номеров газеты и продолжаю её читать с удовольствием. Впечатление от газеты было и остаётся самым благоприятным, поскольку, на мой взгляд, издания аналогичного «Урологии сегодня» нет.

2. Профессиональные издания очень нужны, поскольку вопросов для обсуждения много, а формат большинства журналов не подразумевает их обсуждения.

3. Мне запомнились многие аспекты, затронутые в колонке главного редактора на первой странице. Вопросов для не только научной, но ежедневной злободневной дискуссии много – и газета является идеальной площадкой для их обсуждения. И, конечно же, я помню все свои публикации.

4. Значимым был сам факт появления газеты, и выхода её на регулярной основе.

5. На мой взгляд, позитивным моментом было бы введение «Страницы для злободневной дискуссии», и в рамках этой рубрики лично мне бы хотелось видеть некоторые темы. Может быть, многим острота дискуссии не понравится, но газета на то и газета, чтобы быстро реагировать на запросы врачебного и научного сообществ, быть на шаг впереди в предложении актуальных тем для обсуждения. Очень надеюсь, что я не одинок в своих пожеланиях увидеть такую форму диалога на страницах вашего издания, и уже в ближайших выпусках коллектив "Урологии сегодня" предложит читателям темы для обсуждения.

6. Так держать! Несмотря ни на что и вопреки всему! УС

Материал подготовила **О. Симановская**

Ожидания пациентов и эффективные дозы

Николай Сергеевич Ефремов

К.м.н., врач-уролог, старший научный сотрудник кафедры урологии лечебного факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

nefr@ya.ru

Григорий Георгиевич Кривобородов

Д.м.н., профессор кафедры урологии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Dr.krivoborodov @hotbox.ru

Крупнейшие специалисты в области функциональной урологии обсудили подходы к диагностике и лечению пациентов с симптомами нижних мочевыводящих путей и гиперактивным мочевым пузырем. Вторая категория пациентов часто получает неэффективные дозы препаратов и поэтому слабо привержена лечению.

Персонификация и комплексный подход

Традиционно мероприятия, проводимые компанией «Астеллас», вызывают живой интерес. Не стал исключением и сателлитный симпозиум компании в рамках программы XIV Конгресса урологов. Его успех во многом был предопределён заранее, так как докладчиками были признанные авторитеты в области функциональной урологии: Андрей Зиновьевич Винаров, Григорий Георгиевич Кривобородов, Геворг Рудикович Касян. Председателем симпозиума был член-корреспондент РАН Олег Борисович Лоран. В своем вступительном слове он отметил, что вопросы диагностики и лечения больных с симптомами нижних мочевыводящих путей обсуждаются довольно часто, но актуальность подобных дискуссий не снижается в связи с тем, что постоянно разрабатываются новые подходы к тактике ведения таких пациентов и появляются новые формы препаратов.

В докладе профессора Кривобородова были подробно освещены вопросы диагностики симптомов нижних мочевыводящих путей (СНМП) у мужчин и женщин и стратегии ведения пациентов. В частности, докладчик подчеркнул необходимость дифференцированного подхода к пациентам с СНМП. Обсуждался вопрос использования шкалы IPSS у мужчин с доброкачественной гиперплазией простаты. Профессор отметил, что схожий спектр симптомов у пациента может быть вызван различными заболеваниями. Поэтому необходима их тщательная оценка, а также персонифицированный подход к каждому пациенту. Г.Г. Кривобородов обратил внимание присутствующих на важность изолированной оценки симптомов наполнения (ирритативных) и опорожнения (обструктивных) и, соответственно, раздельного их влияния на качество жизни больных. Основываясь на таком подходе, можно определить преобладающие симптомы нижних мочевыводящих путей, что позволит врачу адекватно использовать в своей практике алгоритмы консервативного лечения такой категории пациентов, разработанные урологическими ассоциациями.

Тему лечения симптомов нижних мочевыводящих путей развил профессор Андрей Зиновьевич Винаров. Особенно он подчеркнул важность комплексного подхода к терапии. В арсенале врача-уролога имеется широкий выбор лекарственных средств для лечения больных с СНМП. При этом большая часть препаратов обладает эффективностью, подтвержденной результатами клинических испытаний. Докладчик привёл данные различных плацебо-контролируемых исследований, включающих применение альфа-блокаторов, ингибиторов 5-альфа-редуктазы, ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа, холинолитиков, растительных препаратов, а также стратегий комбинированного применения перечисленных лекарственных средств у мужчин с СНМП на фоне доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Профессор Винаров подчеркнул актуальность медикаментозной терапии этой категории больных при отсутствии строгих показаний к выполнению оперативного лечения.

Приверженность терапии холинолитиками

Выступление к.м.н. Геворга Рудиковича Касяна по проблеме медикаментозной терапии гиперактивного мочевого пузыря (ГМП) вызвало интересную дискуссию. Он указал на тот факт, что холинолитики являются препаратами выбора в лечении как женщин, так и мужчин с симптомами ГМП.

Одной из центральных проблем доклада была приверженность пациентов терапии холинолитиками. Было отмечено, что 44 % таких больных по непонятным причинам получают стандартные дозы препаратов, рекомендованные врачом при первичном обращении. Это обстоятельство может являться одной из причин прекращения лечения холинолитиками. В частности, докладчик привёл данные одного из исследований, по данным которого 49 % больных, принимавших толтеродин в стандартной дозе, прекращали его приём в течение первых 6 мес после назначения. По мнению международных экспертов и участников симпозиума, причиной такой ситуации являются неоправданно высокие ожидания пациента в отношении улучшения симптомов ГМП. Это обстоятельство в последующем служит причиной разочарования больных и отказа от продолжения приёма препарата. В связи с этим оптимальной является тактика активного наблюдения за больными с ГМП, которая предполагает при отсутствии должного результата увеличение дозы холинолитиков с оценкой риска развития дополнительных побочных эффектов. В большинстве случаев увеличения дозы холинолитика требуют пациенты с исходно выраженными симптомами ургентности и учащенного мочеиспускания, а также больные с детрузорной гиперактивностью.

Учитывая, что максимальные ожидания пациент испытывает в период начала приёма препарата, ключом к успеху может быть назначение при первичном обращении пациента наиболее эффективной дозы препарата. В частности, отмечено, что эффективность и безопасность дозы солифенацина 10 мг по сравнению с 5 мг подтверждены рядом клинических исследований. Докладчик подчеркнул и привёл данные, которые показывают, что увеличение дозы солифенацина до 10 мг в сутки улучшает результаты лечения при сохранении благоприятного профиля безопасности.

Исследования солифенацина

Эффективность и безопасность солифенацина в дозах 5 и 10 мг изучена в нескольких двойных слепых, рандомизированных, контролируемых клинических исследованиях у мужчин и женщин с синдромом ГМП.

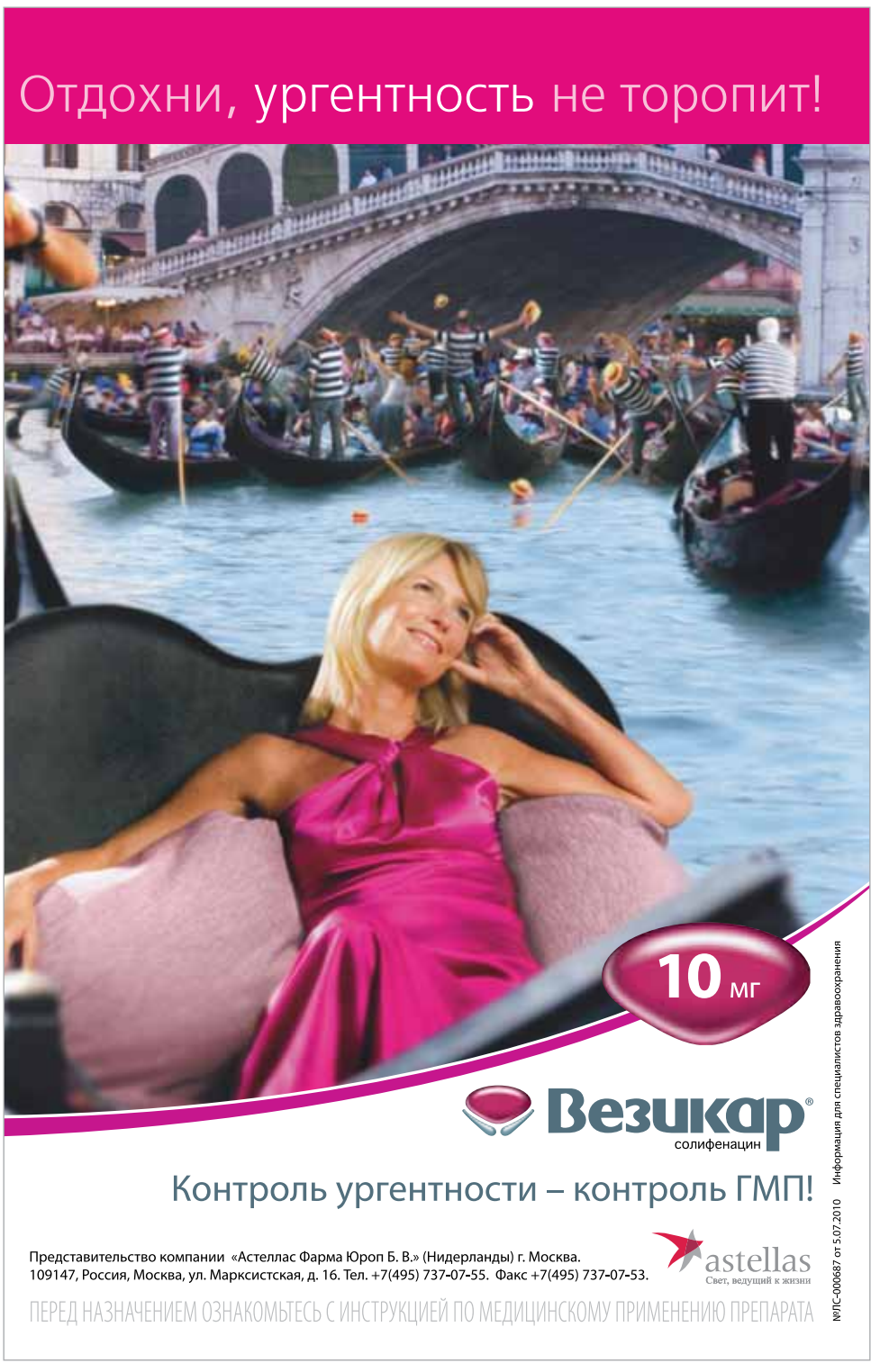
В одном из исследований оценивали эффективность и переносимость солифенацина 5 и 10 мг по сравнению с плацебо у 1633 больных на протяжении 12 мес лечения. По результатам исследования отметили безопасность и хорошую переносимость обеих доз препарата. Только 4,7 % пациентов прекратили лечение вследствие побочных эффектов. Улучшение основных симптомов ГМП было отмечено у всех пациентов в течение 52 нед терапии. Удовлетворенность переносимостью и эффективностью солифенацина составила 74 и 85 % больных соответственно [Haab F. et al., 2005].

В другом мультицентровом плацебо-контролируемом исследовании, включавшем 634 пациента с ГМП, изучали эффективность и безопасность 10 мг солифенацина. 50 % больных, получавших солифенацин, указали на исчезновение эпизодов ургентного недержания мочи, и 40 % после проведенной терапии имели число мочеиспусканий не более 8 раз в сутки. При этом частота возникновения побочных эффектов, таких как сухость во рту и нарушение опорожнения кишечника, была сравнима с группой плацебо [Govier F.E. et al., 2010].

Заслуживающими внимания являются данные ещё одного исследования, касающегося увеличения дозы солифенацина до 10 мг в сутки. На первом этапе 591 больному ГМП назначали 5 мг солифенацина. 275 больных, что составило 46,5 %, указали на отсутствие достаточного положительного результата. Они были разделены на две группы: 135 больных продолжали получать солифенацин в дозе 5 мг, а 140 пациентам назначили 10 мг препарата. Улучшение симптомов ГМП отметили все пациенты, принимавшие 10 мг солифенацина. В этой группе больных отмечено статистически достоверное снижение ургентности, частоты ургентного недержания мочи и числа мочеиспусканий. Кроме того, получены хорошие результаты в отношении профиля безопасности [Cardozo L. et al., 2013].

В ходе дискуссии не раз упоминался тот факт, что при положительном результате назначения холинолитиков большинству больных потребуется длительное их применение, возможно, на протяжении всей жизни.

Участники симпозиума сошлись во мнении, что выход на российский рынок солифенацина в дозе 10 мг позволит улучшить результаты лечения больных ГМП. УС



Урологический «АСПЕКТ»

Многие методы консервативного лечения зачастую недостаточно применяются специалистами просто из-за недостатка доказанных данных об их эффективности. Для того, чтобы восполнять этот пробел и обсуждать в формате свободной дискуссии волнующие урологов проблемы, создана Ассоциация специалистов консервативной терапии в урологии (АСПЕКТ)

Недавно эта организация провела свою первую конференцию. Своими впечатлениями о дискуссионном образовательном клубе, задачами ассоциации и ее дальнейшими планами поделился президент «АСПЕКТа» Андрей Зиновьевич Винаров.

Андрей Зиновьевич Винаров
Д.м.н., профессор, заместитель директора НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М. Сеченова
avinarov@mail.ru

Подтвержденные знания

– Существует немало организаций, объединяющих врачей, в том числе и урологов. Какие задачи ставит перед собой «АСПЕКТ»?

– Мы поставили перед собой три основные цели. В первую очередь, это популяризация знаний, полученных методами доказательной медицины. Мы хотим, чтобы российские урологи разбирались в вопросах консервативных методов лечения, исходя из достоверных фактов.

Еще одна важная задача, которая стоит перед участниками «АСПЕКТа» – поддержка молодых исследователей. Инициативным специалистам, живущим в небольших городах, порой непросто реализовывать свои идеи. «АСПЕКТ» намерена помогать этим врачам в составлении протоколов научных исследований, в получении грантов от заинтересованных компаний, или выделять средства из собственного бюджета.

Мы планируем заняться переизданием давно напечатанных монографий и изданием трудов наших урологов. В ближайших планах – создание «Амбулаторной урологии». Думаю, что эта книга, составленная с учетом современных данных, будет полезна нашим врачам. Также рассматриваем идею написания рекомендаций для специалистов при содействии Российского общества урологов.

– Как возникла мысль создать ассоциацию специалистов консервативной терапии?

– Идея создания ассоциации специалистов по консервативной терапии в урологии принадлежит профессору Петру Витальевичу Глыбочко, ректору Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, директору НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека. Долгое время считалось, что урология – это, в первую очередь, хирургическая специальность.

Консервативная терапия в урологии подразумевает под собой не только медикаментозное лечение, но также бальнеотерапию, грязелечение, применение минеральных вод – эффективные методики, которые, к сожалению, слабо изучены. Достойны внимания и физиотерапевтические методы. К сожалению, современному урологу часто не хватает знаний об их эффективности, почерпнутых из надежных медицинских источников.

Действительно, без мастерства хирурга невозможно вылечить человека от доброкачественной гиперплазии предстательной железы, камня в мочевом пузыре или злокачественной опухоли.

Но постепенно фокус смещается в сторону консервативного лечения. Специалисты лечат воспалительные процессы в мочевом пузыре и мочеиспускательном канале, эректильную дисфункцию, в основном, с помощью консервативных методов. После проведения операции больным, как правило, также назначается консервативная терапия. Тема неинвазивного лечения будет интересна как амбулаторным урологам, которые не проводят оперативных вмешательств, так и урологам-хирургам, которые после операций дают пациентам рекомендации по поводу дальнейшего лечения.

На первоначальном этапе мы рассматривали идею создания общества, специализирующегося на медицинской терапии или фармакотерапии. Но в этом случае не удалось бы охватить весь круг тем, которые нам интересны. Консервативная терапия в урологии подразумевает под собой не только медикаментозное лечение, но также бальнеотерапию, грязелечение, применение минеральных вод – эффективные методики, которые, к сожалению, слабо изучены. Достойны внимания и физиотерапевтические методы. К сожалению, современному урологу часто не хватает знаний об их эффективности, почерпнутых из надежных медицинских источников.

Кроме того, постоянно появляются новые консервативные методы лечения. К примеру, интересной кажется клеточная терапия, применяющаяся для восстановления поврежденных структур у пациентов со стрессовым недержанием мочи после операции, рубцовыми изменениями в мочевых путях или эректильной дисфункцией. Это перспективный метод, пока еще не нашедший широкого клинического применения. Чем выше будет осведомленность врачей, тем больше у него шансов в ближайшем будущем появиться в России.

– Вы назвали встречу дискуссионным образовательным клубом – чем ее формат отличался от обычного?

– Раздумывая над концепцией встречи, мы решили отказаться от слова «конференция». Назвав наше заседание дискуссионным образовательным клубом, мы постарались сделать упор на то, что участники не просто будут знакомить собравшихся со своими докладами, но и обсуждать их – высказывать свое мнение, задавать друг другу вопросы.

У специалистов могут быть разные точки зрения на проблему. Хотелось бы, чтобы они могли обменяться мнениями, озвучив свои аргументы. Мы составили расписание заседания, выделив по 10 минут на обсуждение каждого доклада. Участники охотно вступали в дискуссию, так что в дальнейшем мы планируем увеличить отведенное на обсуждение время.

Активность в регионах

– Как вам удалось привлечь к участию столь значимых специалистов?

– В первую очередь, нам хотелось видеть в рядах «АСПЕКТа» состоявшихся специалистов, которые активно стремятся к дальнейшему развитию. Многие члены нашей ассоциации – молодые люди, но при этом доктора наук. Я обратился во многие центры с просьбой порекомендовать мне их врачей, и руководители шли навстречу. Участники «АСПЕКТа» активно занимаются самообразованием и стремятся делиться своими знаниями с другими. Членом ассоциации может стать любой желающий – для этого достаточно зарегистрироваться на нашем сайте.

– Какие задачи стоят перед ассоциацией теперь, после проведения первого заседания?

– В урологии много актуальных проблем. Возможно, мы затронем вопросы инфекций мочевых путей, нарушения фертильности или сексуальной дисфункции. Также в перспективе мы планируем проводить дискуссионно-образовательные клубы в регионах. В столице проходит немало урологических конференций, а вот в небольших российских городах зачастую наблюдается информационный голод. Региональные урологи поддержали идею – у нас уже есть предложения из Калининграда, Омска, Московской области. Думаю, в дальнейшем мы попросим руководителей российских региональных урологических обществ озвучить волнующие их темы, и тогда будем организовывать каждое заседание, исходя из того, что интересно самим урологам.

С недавнего времени у ассоциации «АСПЕКТ» есть свой сайт. Сейчас на нем мало информации, однако в будущем мы планируем наполнить его содержанием, которое будет полезно нашим специалистам. В свободном доступе будут размещены материалы прошедшего 12 декабря заседания дискуссионного образовательного клуба, а также с последующих конференций. Будут выложены публикации членов «АСПЕКТа», информация о членах правления клуба, важнейшие новости мира медицины. Надеемся, что наш сайт окажется полезен для практикующих урологов. УС

Подготовила **Надежда Маркевич**

Чем обоснован золотой стандарт?

Данные нового систематического обзора показали, что сравнительные преимущества чрезкожной нефролитотомии и ретроградной внутрипочечной хирургии не столь хорошо подтверждены, как казалось ранее. Эти методы являются золотым стандартом лечения мочекаменной болезни.

Группа ученых из Шотландии проанализировала результаты семи рандомизированных клинических испытаний, включавших почти 700 пациентов с конкрементами нижнего полюса почки размерами более 20 мм (Donaldson et al., 2014). Анализ частоты рецидивов в первые три месяца после вмешательства показал, что чрезкожная нефролитотомия эффективнее ретроградной внутрипочечной операции (отношение рисков = 2,04). Выявлено, что для удаления крупных (более 10 мм) конкрементов чрезкожная нефролитотомия предпочтительнее ударно-волновой.

Однако исследователи отметили малое количество правильно построенных сравнительных проспективных исследований. Руководитель исследования, доктор медицины Джеймс Дональдсон (James Donaldson), говорит: «Результаты выполненного нами систематического обзора показывают, что для удаления крупных конкрементов нижнего полюса методом выбора является чрезкожная нефролитотомия, а не ударно-волновая нефролитотомия. Практически отсутствуют данные о предпочтениях пациентов, качестве жизни после операции и стоимости вмешательств. Для того, чтобы рекомендовать чрезкожную нефролитотомию в качестве метода выбора необходимы дальнейшие исследования».

Эми Крамбэк, доктор медицины из клиники Мейо в Рочестере, отмечает: «Результаты систематического обзора заставляют задуматься. Из 2741 документа в качестве доказательств уровня 1а можно использовать только 12 статей, цитирующих 7 исследований. Хирург рекомендует пациенту конкретный метод оперативного вмешательства, опираясь на личный опыт, а не на данные исследований. Для улучшения результатов лечения следует проводить рандомизированные клинические испытания».

Результаты исследования опубликованы в октябрьском номере European Urology. УС

Подготовил **Иван Блохин**

Дискуссионный образовательный клуб – взгляд участника

Урология остается хирургической специальностью, однако сегодня все больше внимания уделяется консервативным методам лечения, улучшающим результаты оперативных вмешательств, а иногда и полностью заменяющим их. Консервативной терапии было посвящено прошедшее 12 декабря 2014 года первое заседание дискуссионного образовательного клуба «Расстройства мочеиспускания у мужчин. Профессионально и без коммерции», организованное ассоциацией «АСПЕКТ».

Заседание клуба открыл председатель РОУ профессор Юрий Геннадьевич Аляев. Онотметил, что урология – одна из немногих областей в клинической медицине, где консервативное лечение не уступает в эффективности хирургическому. Юрий Геннадьевич напомнил о необходимости оценки преимуществ, недостатков и сравнительных характеристик всех методов лечения.

В приветственном слове главного уролога Минздрава России и Москвы Дмитрия Юрьевича Пушкаря особое внимание было уделено инновационному для российской урологии клубному формату работы ассоциации «АСПЕКТ». Заседание специалистов, которые понимают, о чем идет речь, и хотят участвовать в дискуссии, важнее полных залов на обычных конференциях.

Гены энуреза

Открывший сессию «Расстройства мочеиспускания: от мальчика к мужчине», профессор Сергей Николаевич Зоркин выдвинул гипотезу: «Наследуется не само заболевание энурез, а предрасположенность к нему», так как, несмотря на идентификацию гена энуреза и данные о роли нарушений в структуре 8-й, 12-й и 22-й хромосом, 15 % случаев развития заболевания наблюдается на фоне полного здоровья родителей.

Касаясь дизурических явлений на фоне инфекции нижних мочевых путей, Сергей Николаевич отметил отсутствие как российских, так и международных данных о частоте циститов и уретритов у мальчиков. По сведениям, приведенным профессором Зоркиным, каждый пятый ребенок страдает от заболевания, которое в свое время профессор Е.Л. Вишневский сравнивал с инфарктом мочевого пузыря – гиперактивного мочевого пузыря. В заключение профессор Зоркин призвал выработать строгие показания к применению БОС-терапии и придерживаться в своей практике рекомендаций ICCS.

Он также подчеркнул, что самая важная проблема в детской урологии – необеспеченность медучреждений цистоскопами для новорожденных.

Развернувшаяся дискуссия затронула тему антибактериального лечения инфекции нижних мочевыводящих путей у мальчиков: участники заседания выразили сомнение в целесообразности назначения Нитроксолина, учитывая риск развития в будущем резистентности к фторхинолонам как к препаратам выбора у взрослых пациентов.

Специфика уретритов

Широкое распространение в современной медицине получил новый термин НГНХУ – негонококковые нехламидийные уретриты. Представленные профессоромМихаилом Алексеевичем Гомбергом сравнительные характеристики пациентов с этим заболеваниеми с гонококковыми и хламидийными уретритами вызвали широкий интерес участников заседания. Была озвучена гипотеза, что устойчивость *Neisseri agonorrhoeae* к антибиотикам может спровоцировать в будущем эпидемию гонореи. В доказательство Михаил Александрович привел сведения о развитии устойчивости N. gonorrhoeae к фторхинолонам (так, в Южной Корее резистентность увеличилась с 1 % в 1999 г. до 49,8 % в 2002 г.) и цефалоспоринам.

В отношении негонококковых уретритов профессор Гомберг призвал проводить эрадикационную терапию при выявлении любого патогенного микроорганизма, даже в случае бессимптомного течения инфекции, учитывая такие грозные осложнения как эпидимит и мужское бесплодие. Являясь ведущим методом диагностики урогенитального хламидиоза, методы амплификации нуклеиновых кислот подразумевают возможность использования в качестве предпочтительного материала первой порции мочи, что позволяет отказаться от рутинных исследований мазков из уретры или исследования спермы. Своевременная диагностика вирусных уретритов, ассоциированных с ВПГ 1-го и 2-го типа, позволяет эффективно лечить рецидивы заболевания.

Д.Ю. Пушкарь отметил важность свободной дискуссии для профессионального сообщества

Как российские так и международные данные о частоте циститов и уретритов у мальчиков отсутствуют. По сведениям, приведенным профессором Зоркиным, каждый пятый ребенок страдает от заболевания, которое в свое время профессор Е.Л. Вишневский сравнивал с инфарктом мочевого пузыря – гиперактивного мочевого пузыря. Он также подчеркнул, что самая важная проблема в детской урологии – необеспеченность медучреждений цистоскопами для новорожденных.

Диагноз – простатит

Профессор Константин Леонидович Локшин рассмотрел этиопатогенез хронического простатита. Он подтвердил концепцию интрапростатического рефлюкса мочи как ключевого фактора патогенеза сведениями об особенностях состава конкрементов предстательной железы, который качественно и количественно отличается от состава простатического секрета. Отвечая на практический вопрос о возможности применения хирургических методов лечения простатита по типу инцизии или ТУР шейки мочевого пузыря, профессор Локшин подчеркнул гетерогенный характер хронического простатита и отсутствие в настоящее время инструментов, которые позволили бы правильно выделить категорию пациентов, которым данное лечения может быть показано.

Логическим продолжением этого доклада стало выступление профессора Бориса Александровича Неймарка, признавшего, что при лечении простатита специалисты уделяют недостаточно внимания вопросам репродуктивного здоровья. В связи с этим он продемонстрировал результаты исследования, согласно которым показал свою эффективность курс пелоидотерапии, проведенный дополнительно к базисной медикаментозной терапии.

Такое лечение привело к улучшению качества эякулята у больных хроническим абактериальным простатитом IIIB с нарушением показателей эякулята за счет комплексного воздействия на предстательную железу, что сопровождалось увеличением количества зачатий. Также профессор Неймарк огласил данные о значительном удлинении безрецидивного периода при условии безусловного контроля показателей.

Участники клуба согласились, что многие вопросы консервативной терапии в урологии еще требуют обсуждения

Расстройства эякуляции

Доказательства наличия статистической взаимосвязи и общих патофизиологических механизмов между СНМП, эректильной дисфункцией и эякуляторными расстройствами представил в своем докладе профессор Ника Джумберович Ахвледиани. Он привел данные последних исследований, доказывающие отрицательное воздействие современных суперселективных альфа-1-адреноблокаторов на процесс эякуляции. Частота развития эякуляторных нарушений на фоне такой терапии может составлять от 10 до 28 %.

Исключительно важную роль в правильной консервативной терапии играет грамотно проведенное информирование пациентов, которое должно, с одной стороны, предупредить развитие ноцебо-эффекта (термин «ноцебо» (в переводе с латыни «нанесу вред») введен в 1961 г. американским ученым Уолтером П. Кеннеди, чтобы обозначить явления, противоположные эффекту плацебо. – **Ред.**), и в то же время уведомить о таких серьезных побочных явлениях, как ретроградная эякуляция. В своем выступлении Ника Джумберович уделил отдельное внимание роли дополнительных половых артерий в патогенезе органической эректильной дисфункции у больных хроническим простатитом, а также развеял известный миф о связи колликулита и преждевременной эякуляции.

Осложнения после аденомэктомии

Интересное выступление было посвящено расстройствам мочеиспускания после хирургического лечения гиперплазии простаты. Приведенные профессором Халидом Сулеймановичем Ибишевым данные культуральных методов диагностики подтверждают наличие послеоперационной бактериурии в 29 % случаев. СНМП после хирургического лечения коррелируют с тяжестью воспалительного процесса в простате по данным гистологических исследований. Антибактериальная терапия в послеоперационном периоде должна проводиться только с учетом всех микроорганизмов, обнаруженных при культуральных исследованиях мочи пациента. УС

Подготовил **Андрей Киричек**

Урология сегодня
специализированное издание для урологов

КАЛЕНДАРЬ МЕРОПРИЯТИЙ–2015

	ДАТА	МЕРОПРИЯТИЕ	МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ		ИНФОРМАЦИЯ
ЯНВАРЬ	16 – 18	12-й Съезд сессии EAU по онкоурологии	ГЕРМАНИЯ	Мюнхен	ESOU http://esou2015.uroweb.org/
	23 – 26	1-й международный курс по урогенитальной реконструктивной хирургии	СЕРБИЯ	Белград	http://www.savaperovicfoundation.com/
	27	Пре-курс по роботизированной хирургии во время 17-го симпозиума по эндоскопической хирургии в урологии	ДАНИЯ	Копенгаген	http://www.seus2015.com/
	28 – 30	17 симпозиум по эндоскопической хирургии в урологии	ДАНИЯ	Копенгаген	http://www.seus2015.com/
	29	РОУ, VII Всероссийская урологическая видеоконференция	РОССИЯ	Москва	Кафедра урологии Российского университета дружбы народов http://www.webmed.ru/
	31	Научно-практическая конференция «Междисциплинарные вопросы Урологии и Гинекологии»	РОССИЯ	Новосибирск	http://uro.ru/
ФЕВРАЛЬ	01 – 06	Практическая программа обучения навыкам лапароскопии в эндоскопической урологии	ИСПАНИЯ	Касерес	ESU http://www.uroweb.org/
	05 – 07	3-й Всемирный конгресс по раку предстательной железы	ИТАЛИЯ	Рим	http://www.prosca.org/
	05 – 07	17-й съезд Европейского общества по сексуальной медицине (ESSM)	ДАНИЯ	Копенгаген	ESSM http://www.essm-congress.org/
	07 – 10	Европейский урологический форум «Задачи экспертов-2015»	ШВЕЙЦАРИЯ	Давос	ESU http://esudavos.uroweb.org/
	11 – 13	Конференция «Малоинвазивные технологии в урологии»	УКРАИНА	Яремче	Львовский национальный медицинский университет http://uro.ru/
	12 – 13	IX Всероссийская научно-практическая конференция «Рациональная фармакотерапия в урологии-2015»	РОССИЯ	Москва	http://uro.ru/ Министерство здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ «Научно-исследовательский институт урологии» МЗ РФ, РОУ
	12 – 14	Международный курс по мочекаменной болезни AUA под руководством dr.Segura	КАТАР	Доха	UA http://auasegura.hamad.qa/en/
	19 – 20	Минимально инвазивная чрескожная пункционная нефростомия - клинический обучающий курс	АВСТРИЯ	Халль-ин-Тироль	http://www.uroweb.org/
МАРТ	04 – 08	Европейский конгресс радиологов	АВСТРИЯ	Вена	ESR http://www.myesr.org/
	20 – 24	30-й юбилейный конгресс EAU	ИСПАНИЯ	Мадрид	EAU http://www.uroweb.org/
	21 – 23	16-я международая встреча EAUN	ИСПАНИЯ	Мадрид	EAUN http://www.eaumadrid2015.org/eaun
АПРЕЛЬ	02 – 03	IV Всероссийская школа по детской урологии-андрологии	РОССИЯ	Москва	http://uro.ru/
	11 – 14	68-е ежегодное научное собрание ассоциации урологов Австралии и Новой Зеландии	АВСТРАЛИЯ	Аделаида	USANZ http://www.usanz2015.com/
	17	Конференция РООУ в Уральском федеральном округе	РОССИЯ	Тюмень	РООУ http://www.roou.ru/
	17	Конференция «Достижения хирургического и лекарственного лечения рака почки»	РОССИЯ	Ростов-на -Дону	RUSSKO www.rosoncoweb.ru
	18 – 21	103-я ежегодная встреча Японской ассоциации урологов	ЯПОНИЯ	Канадзава	http://www.urol.or.jp/en/meeting.html
	21 – 25	39-я ежегодная встреча CMU	МЕКСИКА	Акапулько	http://www.uroweb.org/
	23 – 24	IV Конгресс Урологов Сибири	РОССИЯ	Омск	
	23 – 26	11-й Национальный турецкий конгресс по эндоурологии	ТУРЦИЯ	Анталия	http://www.endouroloji2015.org/
	27 – 28	Клинический семинар по минимально инвазивной чрескожной стоун-терапии	АВСТРИЯ	Халль-ин-Тироль	http://www.uroweb.org/
МАЙ	15 – 20	Ежегодная встреча AUA-2015	США	Новый Орлеан	AUA http://www.auanet.org/
	24 – 30	II летняя школа по гормонотерапии	ХОРВАТИЯ	Пула	ISSAM, Кафедра Эндокринологии ФПК МР РУДН http://mb-solutions.ru/
	27 – 31	10-й юбилейный уро-андрологический конгресс ПААР	РОССИЯ	Дагомыс	ПААР http://www.andronet.ru/
	29 – 30	2-я балтийская встреча EAU	ЛАТВИЯ	Рига	EAU http://www.uroweb.org/
	29 – 02.06	Ежегодная встеча ASCO-2015	США	Чикаго	ASCO http://www.asco.org/

ЯНВАРЬ							ФЕВРАЛЬ							МАРТ							АПРЕЛЬ						
пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
			1	2	3	4							1							1			1	2	3	4	5
5	6	7	8	9	0	11	2	3	4	5	6	7	8	2	3	4	5	6	7	8	6	7	8	9	10	11	12
12	13	14	15	16	17	18	9	10	11	12	13	14	15	9	10	11	12	13	14	15	13	14	15	16	17	18	19
19	20	21	22	23	24	25	16	17	18	19	20	21	22	16	17	18	19	20	21	22	20	21	22	23	24	25	26
26	27	28	29	30	31		23	24	25	26	27	28		23	24	25	26	27	28	29	27	28	29	30			
														30	31												

МАЙ							ИЮНЬ							ИЮЛЬ							АВГУСТ						
пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
				1	2	3	1	2	3	4	5	6	7			1	2	3	4	5						1	2
4	5	6	7	8	9	10	8	9	10	11	12	13	14	6	7	8	9	10	11	12	3	4	5	6	7	8	9
11	12	13	14	15	16	17	15	16	17	18	19	20	21	13	14	15	16	17	18	19	10	11	12	13	14	15	16
18	19	20	21	22	23	24	22	23	24	25	26	27	28	20	21	22	23	24	25	26	17	18	19	20	21	22	23
25	26	27	28	29	30	31	29	30						27	28	29	30	31			24	25	26	27	28	29	30
																					31						

НОВАЯ БОЛЬШАЯ УПАКОВКА
Максимальный эффект по стоимости дженерика[1,2,3,4]

ВИАГРА® VRUUVIA0014178
(силденафила цитрат) таблетки

Pfizer
ООО «Пфайзер»: 123317, г. Москва, Пресненская наб., 10.
Тел.: (495)287-50-00, Факс: (495) 287-53-00

[1]C1.Mulhall J.P., Levine L.A., Jünemann K.P. Erection hardness: a unifying factor for defining response in the treatment of erectile dysfunction. Urology 2006;68(3 Suppl):17–25.

[2]Kadioglu A., Grohmann W., Depko A., Levinson I.P., Sun F., Collins S. Quality of erections in men treated with flexible-dose sildenafil for erectile dysfunction: multicenter trial with a double-blind, randomized, placebo-controlled phase and an open-label phase. J Sex Med 2008;5(3):726–34.

[3]Mulhall J., Althof S.E., Brock G.B., Goldstein I., Jünemann K.P., Kirby M. Erectile dysfunction: monitoring response to treatment in clinical practice – recommendations of an international study panel. J Sex Med 2007;4(2):448–64.

[4] Average price. IMS data H1 2014.

Более подробную информацию см. в инструкции (Инструкция по медицинскому применению препарата Виагра одобрена Росздравнадзором от 12.08.09 с изменениями от 11.02.10, 30.06.11, 17.01.14 и 12.11.2014)

ДАТА		МЕРОПРИЯТИЕ	МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ		ИНФОРМАЦИЯ
ИЮНЬ	15 – 18	Ежегодная встреча Британской ассоциации хирургов-урологов	АНГЛИЯ	Манчестер	BAUS http://www.baus.org.uk/
	18 – 20	Съезд ассоциации урологов Украины	УКРАИНА	Киев	http://www.uroweb.org/
	19	Курс ESU по раку предстательной железы во время национального съезда ассоциации урологов Украины	УКРАИНА	Киев	ESU http://www.uroweb.org/
	24 – 26	Дисфункция нижних мочевых путей	ИТАЛИЯ	Рим	http://lutd.org/
	28 – 30	70-я ежегодная встреча канадской ассоциации урологов	КАНАДА	Оттава	http://www.cua.org/
	29 – 03.07	Конгресс Международной урогинекологической ассоциации (IUGA) и Международного общества континенции (ICS) – 2015	ФРАНЦИЯ	Лион	http://www.ics.org/
ИЮЛЬ	05 – 11	Мастер-класс по общей урологии от ESU и Weill Cornell	АВСТРИЯ	Зальцбург	ESU http://www.uroweb.org/
АВГУСТ	27 – 29	4-я международная встреча по нейроурологии	ШВЕЙЦАРИЯ	Цюрих	http://www.swisscontinencefoundation.ch/
СЕНТЯБРЬ	03 – 06	Встреча азиатской ассоциации урологов	КИТАЙ	Шанхай	http://uaanet.org/
	10 – 12	3-я встреча секции мочекаменной болезни EAU (EULIS)	ИСПАНИЯ	Аликанте	http://eulis2015.uroweb.org/
	11	50 лет академии урологии в Неймегене: от персонализированной помощи к излечению	НИДЕРЛАНДЫ	Неймеген	http://radboudumc-urology.com/
	16 – 18	12-я встреча секции роботизированой урологии EAU (ERUS)	ИСПАНИЯ	Бильбао	http://erus2015.uroweb.org/
	18 – 20	Конгресс Российского общества урологов	РОССИЯ	Санкт-Петербург	http://ooorou.ru
	23 – 26	67-й съезд немецкой ассоциации урологов (DGU)	ГЕРМАНИЯ	Гамбург	DGU http://www.dgu.de/
	25 – 29	Конгресс европейского общества мендицинской онкологии (ESMO)	АВСТРИЯ	Вена	ESMO http://www.esmo.org/
ОКТЯБРЬ	01 – 03	X Конгресс РООУ	РОССИЯ	Москва	РООУ http://www.roou.ru/
	01 – 10	33-й Всемирный конгресс по эндоурологии и SWL (WCE 2015)	АНГЛИЯ	Лондон	WCE http://www.endourology.org/
	05 – 09	Ежегодная встреча международного общества по недержанию мочи (ICS)	КАНАДА	Монреаль	ICS http://www.ics.org/2015
	11 – 13	IX Международный конгресс ISSAM	ЧЕХИЯ	Прага	ISSAM www.issam.pro
	15 – 18	35-й съезд международного общества урологов (SIU)	АВСТРАЛИЯ	Мельбурн	SIU http://www.siu-urology.org/
	22 – 23	Национальный съезд молдавского общества урологов	МОЛДОВА	Кишинев	http://www.uroweb.org/
НОЯБРЬ	2	Курс ESU во время национального съезда научного общества урологов Узбекистана	УЗБЕКИСТАН	Ташкент	http://eurep.uroweb.org/
	04 –07	II зимняя школа по гормонотерапии	РОССИЯ	Московская обл., отель LES Art Resort	ISSAM, Кафедра Эндокринологии ФПК МР РУДН http://mb-solutions.ru/
	17 – 19	XIX Российский онкологический конгресс	РОССИЯ	Москва	RUSSCO http://www.rosoncoweb.ru/
ДЕКАБРЬ	4	Конференция РООУ в Северо-Западном федеральном округе	РОССИЯ	Санкт-Петербург	РООУ http://www.roou.ru/

СЕНТЯБРЬ

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

ОКТЯБРЬ

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

НОЯБРЬ

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

ДЕКАБРЬ

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

ПРОУРО
www.проуро.рф

ПРОФЕССИОНАЛЬНО ОБ УРОЛОГИИ
УЗНАЙТЕ БОЛЬШЕ ОБ УРОЛОГИИ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ВРАЧЕБНОМ РЕСУРСЕ

Рак почки: ре-резекция спустя пять лет

После экстракорпоральной резекции почки сохраняется риск появления рецидивных опухолей, однако ее выполнение позволяет добиться высокого качества жизни пациента благодаря сохранению почечной функции.

Огульшат Ремезановна Назарова

Аспирант урологического отделения РОНЦ им. Н.Н. Блохина

ogulshat@bk.ru

Методика

Методика экстракорпоральной резекции почки (ЭКРП) с последующей аутотрансплантацией разработана для сохранения почечной функции у пациентов, имеющих облигатные показания к органосохраняющему лечению. Она выполняется при множественных очагах, опухолях больших размеров, труднодоступных для резекции локализаций. Впервые экстракорпоральная резекция почки была предложена английским хирургом трансплантологом R.Y. Calne в 1971 г. для удаления больших опухолей из области ворот почки. В 1975 г. американские специалисты R.F. Gittes и D.L. McCullough повторили опыт английского хирурга, выполнив успешную резекцию почки с аутотрансплантацией. Эти авторы ввели новый термин «benchsurgery» – хирургия на лабораторном столике. Достоинством такого подхода были значительное удобство для хирурга, наличие бескровного операционного поля, возможность более точной резекции с максимальным сохранением паренхимы почки, а также более аккуратной реконструкции почки. Соблюдение всех принципов резекции почки (контроль за сосудами, минимальное время ишемии, тщательный гемостаз и ушивание собирательной системы) позволяет добиться хороших функциональных результатов. Тем не менее, частота осложнений данной методики значительно выше, чем при резекции *in situ*, что резко ограничивает широкое применение данной методики. Тщательный отбор пациентов так же, как выполнение оперативного вмешательства в специализированных центрах, является залогом успеха в лечении данной категории больных.

В нашей лечебной практике встречаются случаи рецидивов почечно-клеточного рака в ранее подвергнутой экстракорпоральной резекции почки, дальнейшая тактика лечения данной категории больных вызывает большой интерес и не описана в литературе.

В составлении приведённого ниже клинического описания также участвовали аспиранты урологического отделения РОНЦ им. Н.Н. Блохина Игорь Якубович Скворцов, Алексей Вячеславович Климов, Сослан Валерьянович Алборов.

Клиническое описание

***Пациент С.**, 25 лет. В сентябре 2003 г. на профилактическом осмотре по месту жительства по результатам УЗИ выявлено опухолевое образование левой почки до 8 см в диаметре. В ноябре 2003 г. выполнена радикальная нефрэктомия слева, гистологическое заключение: светлоклеточный рак I степени анаплазии. Больной по месту жительства не наблюдался. В 2009 г. на профилактическом обследовании по данным УЗИ диагностированы множественные опухолевые поражения единственной правой почки, пациент направлен в РОНЦ им. Н.Н. Блохина для хирургического лечения. По результатам компьютерной томографии, в правой почке определяются множественные округлые образования диаметром от 0,7 мм до 4,0 см. Отдаленные метастазы не выявлены. Функция почки по данным радиоизотопной ренографии удовлетворительная, клиренс креатинина в пределах нормы.*

26.06.09 выполнено хирургическое вмешательство в объеме экстракорпоральной резекции правой почки с аутотрансплантацией в контралатеральную подвздошную ямку. Интраоперационно: определяются множественные мелкие образования в количестве 16 узлов. Под контролем УЗИ произведена резекция всех визуализированных опухолевых образований, наибольший диаметр узла составлял 4,0 см. При этом перевязаны и пересечены мелкие артериальные и венозные ветви, кровоснабжающие опухолевые узлы. Сегментарные артерии и вены сохранены. Резецированная почка помещена в левую подвздошную ямку, сформирован анастомоз почечной артерии с культей левой внутренней подвздошной артерии «конец в конец», почечная вена анастомозирована с левой наружной подвздошной веной «конец в бок». По данным гистологического заключения, все опухолевые узлы соответствуют почечно-клеточному светлоклеточному раку II степени анаплазии, без признаков инфильтрации капсулы и жировой ткани. По краю резекции сегмента почки опухолевые клетки не обнаружены. Послеоперационный период протекал без серьезных осложнений с незначительным повышением уровня сывороточного креатина и сохранным диурезом. На 25 сутки пациент выписан в удовлетворительном состоянии с дальнейшими рекомендациями контрольного осмотра через 3 мес.

МРТ-картина многоузлового опухолевого поражения аутотрансплантированной правой почки в левой подвздошной ямке-1

В течение 5 лет пациент ежегодно наблюдался в поликлинике РОНЦ, без признаков рецидива заболевания и отдаленных метастазов.

В 2014 г. на контрольном обследовании, по результатам УЗИ, в правой почке выявлены множественные кисты от 1,0 до 1,6 см. По задней поверхности визуализируется узел 4,0х5,0 см в диаметре. Дилатации ЧЛС не выявлено.

11.11.14 выполнена ре-резекция аутотрансплантированной правой почки. Интраоперационно: из рубцовых тканей почку с техническими трудностями удалось мобилизовать. Под контролем интраоперационного УЗИ диагностировано в паренхиме почки 3 опухолевых узла по передней поверхности почки размерами 3,5 см, 1,5 см и 1,0 см, образования между собой не связаны. При дальнейшей ревизии выявлено еще одно образование по задней поверхности почки до 2,0 см в диаметре. Между узлами при УЗИ выявлен подозрительный кистозный участок до 1,0 см. Вышеописанные узловые образования и кистозный участок резецированы с пережатием левой подвздошной артерии (время пережатия 17 минут).

Гистологическое заключение: маркировка «кистозный узел» соответствует простой кортикальной кисте. Остальные узлы в количестве 4 имеют однотипное строение, соответствующее светлоклеточному варианту почечно-клеточного рака.

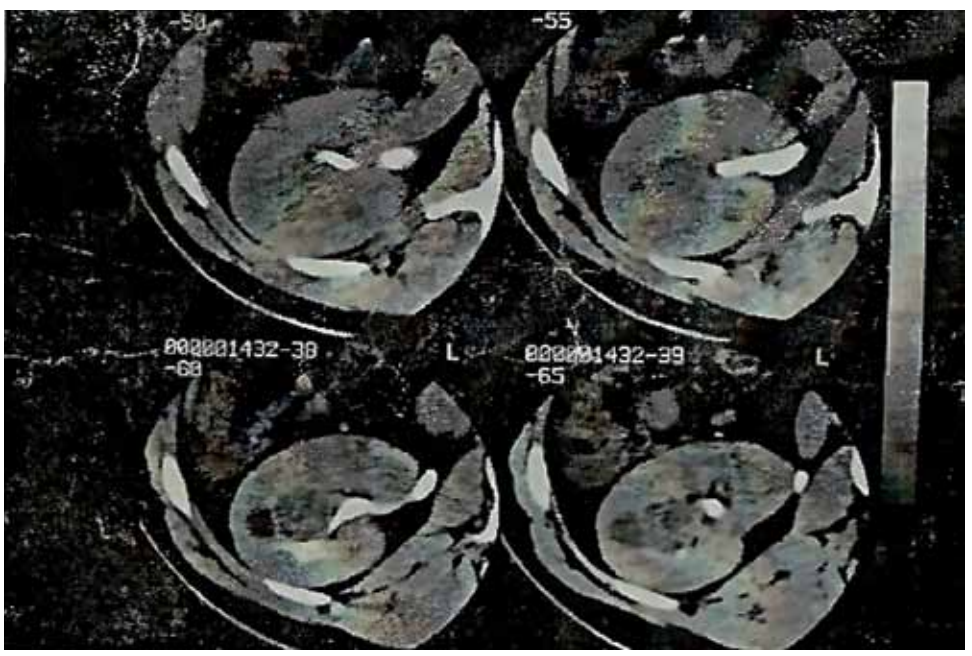
МРТ-картина многоузлового опухолевого поражения аутотрансплантированной правой почки в левой подвздошной ямке-2

Интраоперационное УЗИ, рецидивный опухолевый узел

В послеоперационном периоде сохранялись явления почечной недостаточности: средние показатели мочевины в пределах нормы и креатинина 174 ммоль/л. На 10-е стуки после операции пациент в удовлетворительном состоянии выписан из стационара.

Заключение

Данный клинический случай подтверждает возможность выполнения ре-резекций единственной почки методом "excorpora" с максимальным сохранением функционирующей паренхимы и возможным последующим осуществлением резекции методом "*in situ*" с одномоментным пережатием анастомозированной ранее артерии. Несмотря на сохраняющийся риск появления рецидивных опухолей в будущем, подобные операции позволяют добиться длительных ремиссий при удовлетворительной функции резецированной почки. В вышеописанном случае длительность безрецидивного периода составила 66 мес, при этом пациенту удалось избежать тяжелых послеоперационных осложнений и проведения программного гемодиализа, что, соответственно, позволило сохранить высокое качество жизни. Особенно это актуально для пациентов, проживающих вне крупных населенных пунктах, где оказание медицинской помощи затруднено, а проведение гемодиализа сопряжено с большими сложностями. УС



КТ-картина многоузлового опухолевого поражения правой почки в забрюшинном пространстве

Макропрепарат, резецированные рецидивные узлы

РПЖ: идет набор по уникальному исследованию

sotio
125040 Россия, Москва,
Ул. Правды 8, кор. 1 (8-й этаж).
Тел. +7 916 025 45 65

Первый американский пациент включен в глобальное исследование по использованию иммунной терапии при РПЖ – исследование предполагает комбинацию доцетаксела и иммунотерапевтической клеточной вакцины. Разработчики надеются, что в ближайшем будущем россияне тоже смогут получать персональную клеточную иммунотерапию – если не в VIABLE, то в рамках других исследований КИ.

SOTIO, биотехнологическая компания, входящая в Группу PPF, включила первого американского пациента в глобальное клиническое исследование III фазы по лечению пациентов с мКРРПЖ – VIABLE. Всего в исследовании должны принять участие около 1 170 пациентов по всему миру, первый пациент включен в VIABLE в Венгрии в мае 2014-го.

VIABLE – это рандомизированное, двойное слепое мультицентровое плацебо-контролируемое исследование фазы III в параллельных группах. Цель – оценка эффективности и безопасности клеточной вакцины в сравнении с плацебо при лечении пациентов, которым показана химиотерапия первой линии (**www.viablestudy.com**).

Исследование предполагает использование индивидуального (!) препарата активной клеточной иммунотерапии РПЖ – DCVAC/PCa. Для изготовления DCVAC/PCa используются дендритные клетки пациента, которые вызывают иммунный ответ против широкого спектра опухолевых антигенов. В клинических исследованиях I и II фазы, включивших сотни пациентов с РПЖ, препарат продемонстрировал многообещающие результаты и дал предпосылку для дальнейшего развития препаратов DCVAC.

В настоящем исследовании пациенты одной группы будут получать доцетаксел и преднизон в комбинации с DCVAC/PCa, второй – химиотерапию и плацебо. Применение DCVAC/PCa или плацебо будет начато со второго цикла химиотерапии и продолжено после ее завершения – пока врач не определит необходимость назначения последующего лечения.

«Мы верим, чтобы стать успешными в лечении поздних стадий рака предстательной железы, мы должны понимать необходимость и возможность совмещения иммунотерапии с существующими методами, такими как химиотерапия, – пояснил профессор Радек Шпишек, директор по научно-исследовательской деятельности компании SOTIO. – В соответствии с данной стратегией мы разработали исследование, позволяющее изучить сочетание стандартного химиотерапевтического лечения с новой иммунотерапией, основанной на дендритных клетках – DCVAC/PCa».

В настоящее время биотехнологическая компания SOTIO проводит и другие исследования: 5 КИ фазы II для пациентов с РПЖ и 3 КИ фазы II для пациентов с раком яичников. В ближайшем будущем стартует исследование I–II фазы препарата DCVAC/LuCa для пациентов с раком легких.

В VIABLE и других исследованиях предполагается включение российских пациентов, что в настоящее время невозможно из-за отсутствия в Российской Федерации надлежащей регуляторной среды. В настоящее время намечено внесение в Федеральное Собрание РФ проекта Федерального закона «Об обращении биомедицинских клеточных продуктов» после принятия которого SOTIO планирует незамедлительно начать клинические исследования в России.

О компании SOTIO

SOTIO – международная биотехнологическая компания, которая исследует и производит новые препараты для лечения онкологических и аутоиммунных заболеваний. С целью усовершенствовать лечение и сделать его более доступным, компания работает с собственной платформой активной клеточной иммунотерапии на базе дендритных клеток. В лабораториях SOTIO в Праге лучшие специалисты изучают роль дендритных клеток в активации иммунного ответа, проверяют их эффективность в клинических исследованиях. Компания SOTIO работает на территории европейских стран, в США, Китае и России. Дополнительная информация о компании доступна на сайте **www.sotio.com.** УС

Комплексная терапия ДГПЖ и хронического простатита

Сразу несколько исследований показали, что включение цитомединов в комплексное лечение приводит к сокращению объёма предстательной железы и уменьшению суммарного показателя по шкале IPSS.

В истории медицины применение свежедобытых и высушенных тканей животных, а также всевозможных вытяжек из них с целью омоложения, улучшения и продления сексуальной активности уходит в глубокую древность. Позже в специальных экспериментах было установлено, что воздействие коротких пептидов, выделенных из различных органов и тканей, приводит к тканеспецифической стимуляции синтеза белка в клетках тех органов, из которых эти пептиды были выделены. Примером таких пептидов служат цитомедины. Они контролируют экспрессию генов и синтез белка, а нарушение цитомединовой регуляции снижает резистентность клеток и тканей организма к разнообразным дестабилизирующим факторам.

Представителем широкой группы цитомединов, применяемых при лечении заболеваний предстательной железы, является препарат «Витапрост® форте».Он представляет собой комплекс биологически активных пептидов, выделенных из простаты молодых половозрелых бычков.

Эффективность применения препарата «Витапрост® форте» в лечении ДГПЖ, хронического простатита была изучена в наблюдениях, проведенных группами исследователей: Камалов А.А., Ефремов Е.А. с соавт., 2006; Ткачук В.Н., Ткачук И.Н., 2008; Миллер А.М., Ярошенко В.П. с соавт., 2008; Гомберг В.Г., Надь Ю.Т., 2010; Камалов А.А. с соавт., 2005; Неймарк А.И. с соавт., 2012.

Во всех исследованиях возраст пациентов составлял 53,8–63,5 г., а период наблюдения – 60–120 суток. При обследовании использовали анкетирование по шкале IPSS и QoL, УЗИ, ТРУЗИ, урофлоуметрию, анализы крови и мочи, ПСА.

Среднее значение суммарного показателя по шкале IPSS на фоне лечения снизилось с 15,6 баллов до 12,4, а достигнутый результат сохранялся в отдаленном периоде и составлял 11 баллов. В группе «Витапрост® форте» достигнуто статистически достоверное увеличение среднего значения максимальной объёмной скорости мочеиспускания с 9,94 мл/сек на визите 0 до 13,09 мл/сек на визите 4-м. На фоне приёма препарата было достигнуто статистически достоверное снижение среднего значения объёма предстательной железы с 51 см^3 до 48,9 см^3, а также уменьшение количества остаточной мочи с 27 мл до 10,5 мл.

Оценивая эффективность лечения данным препаратом, удовлетворительный эффект лечения отметили 33,3 % пациентов, хороший – 53,3 % и выраженный – 6,6 % больных.

Включение «Витапроста® форте» в комплексное лечение позволяет достигать длительной ремиссии у 86 % пациентов. В настоящее время терапия ДГПЖ и хронического простатита цитомединами возможна в таблетированной форме и форме ректальных суппозиториев. Благодаря доказанной эффективности «Витапрост® форте»включен в клинические рекомендации РОУ по лечению ДГПЖ. УС

Подготовила
София Меньшикова

Антибиотики: выбор с учётом возбудителя

Любовь Александровна Синякова

Д.м.н., профессор кафедры урологии и хирургической андрологии ГБОУ ДПО РМАПО, врач-уролог высшей квалификационной категории

l.a.sinyakova@mail.ru

В 2015 году планируется пересмотр национальных рекомендаций «Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов». Об ожидаемых изменениях, новых данных и том, чем должны руководствоваться урологи, УС рассказала проф. Л.А. Синякова.

– Какими данными должны пользоваться урологи, сталкиваясь с инфекциями мочевыводящих путей (ИМП)?

– Новых российских данных о распространенности резистентных штаммов не существует, все современные отечественные рекомендации основаны на результатах последнего российского исследования – «ДАРМИС», 2010–2011.

Согласно «ДАРМИС», E. coli присутствует в 63,5 % наблюдений, и резистентность к ампициллину составляет 41 %, а к ко-тримоксазолу 23 **%**. В странах Европы, Азии, Африки и Северной Америки резистентность всех уропатогенов к ципрофлоксацину, ко-тримоксазолу, ампициллину составляет в среднем 50 %, к цефалоспоринам – 30–40 %; резистентность к карбапенемам остается на уровне примерно 10 %. Среди пероральных препаратов наибольшей активностью в отношении *E. coli* обладает фосфомицина трометамол (98,4 %), фуразидин калия (95,7 %), нитрофурантоин (94,1 %) и цефалоспорины III поколения (цефтибутен и цефиксим).

Данные региональных и зарубежных исследований подтверждают нарастающую резиситентность *E. coli* и других грам-отрицательных уропатогенов к ампициллину триметоприму, фторхинолонам и цефалоспоринам, что должно быть учтено при лечении неосложненных ИМП.

Национальные рекомендации *Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, переизданные в 2014 году,* будут ежегодно пересматриваться. И в 2015 году мы планируем переиздать рекомендации с учетом новых данных по резистентности возбудителей, в том числе о распространенности продуцентов бета-лактамаз расширенного спектра.

– Есть ли какая-то интрига или особые ожидания в отношении обновленных рекомендаций?

– Никакой интриги не существует, экстраординарных данных нет. Единственное, что могу сказать, – нарастает резистентность к фторхинолонам, поэтому мы подтвердим, что применение этих препаратов должно быть ограничено, особенно у женщин с острыми циститами. Будет также подчеркнуто, что для больных рецидивирующими циститами, чтобы не усугублять проблему с резистентностью, необходимо делать выбор с учётом выделенного возбудителя; также должно быть ограничено использование препаратов, способствующих распространению резистентных штаммов, в первую очередь – цефалоспоринов третьей генерации.

– Как часто урологи не знают, с каким возбудителем связано заболевание, насколько актуальна эта проблема для отечественных клиницистов?

– Такая проблема существует не только в России. У больных рецидивирующими инфекциями возбудители выделяются примерно в 50 % случаев, что вовсе не означает отсутствие инфекции. Во-первых, возбудитель может не расти на обычных питательных средах. Во-вторых, под маской циститов могут протекать абсолютно другие заболевания.

Хочу обратить внимание, что только в половине случаев при наличии одних и тех же симптомов, в т. ч. учащенного болезненного мочеиспускания, действительно выявляется цистит – у остальных же пациентов эти жалобы могут быть связаны с наличием других заболеваний, например, гиперактивного мочевого пузыря или интерстициального цистита. Симптоматика, схожая с циститом, может быть связана с воспалительными гинекологическими заболеваниями, дисбиозом влагалища, ИППП, в том числе вирусными.

Также необходимо помнить, что рецидивирующие ИМП предполагают наличие двух обострений в течение 6 мес или трех в течение года. Если у женщины больше обострений, это означает, что есть иная проблема, решить которую с помощью антибактериальной терапии невозможно. В таком случае пациентка нуждается в тщательном обследовании для выявления истинной причины – стоит обратить внимание на гормональный фон и необходимость проведения заместительной терапии, количество остаточной мочи, вероятность наличия пролапса и так далее.

Я считаю, что проблема рецидивирующих циститов – это не столько вопрос выбора препарата, сколько адекватной диагностики.

– Позволяет ли хорошая диагностика излечить рецидивирующие циститы?

– Нет, и это вторая сторона вопроса: задача уролога **при рецидивирующих ИМП** – увеличить безрецидивный период. Чаще всего мы назначаем антибиотики, что способствует росту резистентности возбудителей, провоцирует дисбактериоз и дисбиоз влагалища. Поэтому стоит вопрос о том, чтобы во время одного из эпизодов цистита применять не антибиотики, а препараты с другими механизмами действия. Но такая тактика справедлива только при рецидивирующей инфекции, при остром же цистите нам необходимо избавить пациентку от симптомов болезни, устранив возбудителя – т. е. никаких других вариантов, кроме адекватной антибактериальной терапии, применяться не должно.

– Какие препараты могут быть альтернативой антибиотикам во время одного из эпизодов рецидивирующего цистита?

– В 2010 году проведено исследование по изучению эффективности ципрофлоксацина в сравнении с нестероидным противовоспалительным препаратом – ибупрофеном. Оказалось, что на четвертый и седьмой день у женщин с обострением рецидивирующего цистита клиническая эффективность была аналогичной или даже несколько выше при применении нестероидного противовоспалительного препарата, то же было и на седьмой день. Поэтому во время одного из обострений мы можем использовать и этот препарат.

Международное сообщество считает, что мы имеем право начать лечение одного из обострений рецидивирующего цистита растительным препаратом Канефрон. Если в течение двух дней выраженность симптомов не уменьшается, то необходимо обсуждать вопрос о применении антибактериальной терапии.

ИМП у беременных: выбор эмпирической терапии в каждом триместре

В 2014 году опубликованы данные ретроспективного исследования по бактериальному профилю и противомикробной терапии среди беременных женщин (Unlu B.S. et al., Ginecol Pol.) В исследование было включено более 700 пациенток, которым в каждом из триместров потребовалась госпитализация в связи с ИМП.

E. coli оказалась наиболее распространенной бактерией, выделенной всего в 82,2 % случаев госпитализации. Следующим по распространенности оказались Klebsiella spp., выделенные в 11,2 % случаев. При анализе по подгруппам E. coli оказалась возбудителем ИМП в 86 %, 82,2 % и 79,5 % случаев госпитализации в каждом из триместров соответственно. Для *Klebsiella* spp. распространенность по триместрам составила 9, 11,6 и 12,2 соответственно.

Enterococcus spp. были изолированы как третий микробный агент, выделяемый в каждом триместре – всего в 5,7 % случаев госпитализации.

Основные возбудители ИМП оказались чувствительными к фосфомицину трометамолу: активность препарата в отношении *E. coli* составила 98–99 %, в отношении *Klebsiella* spp. 88–89 %. Наиболее эффективным антибактериальным препаратом в отношении Enterococcus spp. оказался нитрофурантоин – чувствительность патогена в каждом триместре составила 93–100 %.

«Мы продемонстрировали высокую распространенность *E. coli* и *Klebsiella* spp. среди беременных женщин с ИМП в каждом триместре, – подводят итог исследования авторы статьи Urinary tract infection in pregnant population, which empirical antimicrobial agent should be specified in each of the three trimesters? – Мы рассматриваем фосфомицина трометамол в качестве наиболее адекватной терапии первой линии благодаря его высокой активности к уропатогенам, простоте и безопасности применения».

– С какими биологическими особенностями возбудителя связана сложность лечения рецидивирующих ИМП?

– Уропатогенные штаммы E. coli очень часто образуют сообщество – биоплёнки, биофильмы. Ранее считалось, что биоплёнки формируются только на инородных телах – камнях в мочевых путях, катетерах, дренажах и т. д. Теперь мы знаем, что эти ассоциации могут формироваться и на слизистых мочевых путей, особенно на фоне урогенитальных инфекций, когда нарушен защитный слой мочевого пузыря.

Часто мы не имеем эффекта от антибактериальной терапии именно из-за биопленок. Дело в том, что часть препаратов, применяемых для лечения рецидивирующих ИМП, действует только на планктонные формы бактерий, не проникая внутрь биоплёнок. Это способствует рецидиву инфекций, так как периодически возбудитель выходит из этих сообществ, вызывая очередное обострение. Учитывая эти биологические особенности, предпочтение следует отдавать препаратам, обладающим проникающими способностями внутрь биоплёнок.

В настоящее время у нас есть информация о двух группах препаратов, способных воздействовать на возбудителя в сообществе, – это фторхинолоны и фосфомицина трометамол. Однако, как было отмечено выше, из-за высокой резистентности *E. coli* к фторхинолонам мы вынуждены ограничить их применение.

– Каковы первичные причины рецидивов?

– Одна из основных – это предшествующая неадекватная антибактериальная терапия: примерно в 40 % случаев пациенты не обращаются за помощью к врачам. В этой группе больных наиболее часто появляются рецидивы, так как они либо применяют неэффективную антибактериальную терапию, либо избавляются от симптомов заболевания, используя общие процедуры, в результате чего на фоне «излечения» возбудитель остается сохранным.

– Какие приемы профилактики рецидивирующих инфекций рекомендованы научным сообществом и наиболее целесообразны?

– В составе комплексной терапии возможно применение эстрогенов, которые у определенной группы пациенток, в постменопаузе или при приеме гормональных контрацептивов, создают благоприятный фон для более эффективных методов лечения.

Возможно применение препаратов клюквы. В отношении этого подхода проведено достаточно много исследований и имеется адекватная доказательная база. Однако эффективны препараты, содержащие необходимое количество активного вещества – проантоцианидина А (ПАЦ). Согласно рекомендациям EAU, для повседневной практики достаточно принимать препарат, содержащий 36 мг ПАЦ. Поэтому для комплексного лечения и профилактики ИМП можно принимать препарат Монурель (Замбон), в отношении которого доказано достоверное снижение адгезии возбудителей ИМП к эпителию мочевых путей.

Доказательную базу имеют иммунологически активные препараты, в отечественной практике – Уро-Ваксом. Он повышает защитные свойства слизистых оболочек

мочевых путей и хорошо переносится, примерно у половины пациентов снижает лейкоцитурию и бактериурию, являясь препаратом выбора для профилактики рецидивирующих циститов.

Другой подход, активно позиционируемый в Европе – это использование длительной низкодозной антибактериальной терапии, в отношении которой нет консенсуса. Длительное применение низкодозной антибактериальной терапии приводит к росту резистентности возбудителей, аллергическим реакциям, дисбактериозу и дисбиозу влагалища, и, что самое главное, после окончания указанной терапии примерно у половины больных в течение 3–4 мес возникают рецидивы заболевания.

– Каковы возможности применения фосфомицина трометамола как препарата с наибольшей активностью по отношению к E. coli?

– Использование фосфомицина трометамола, как и других препаратов при рецидивирующих инфекциях, рекомендовано полными курсовыми дозами – одна упаковка препарата (3 г) один раз в десять дней на протяжении трех мес. Эта рекомендация должна быть выполнена, если установлен диагноз рецидивирующий цистит, обострение; исключены ИППП и вирусные инфекции, как причина развития уретрита. После завершения трехмесячного курса мы должны начать противорецидивное лечение, в том числе патогенетическое лечение – внутрипузырные инстилляции для восстановления гликозаминогликанового слоя мочевого пузыря.

– Есть ли какие-то разногласия в отношении фосфомицина трометамола?

– Нет, по этому вопросу консенсус достигнут – доказательная база достаточная и рекомендация абсолютно обоснованна. В 2014 году опубликован ряд работ, в которых подтверждена высокая эффективность фосфомицина в отношении наиболее распространенных уропатогенов и продуцентов бета-лактамаз расширенного спектра.

– Обострение рецидивирующего цистита наиболее вероятно при беременности. Какими должны быть действия врача?

– Действительно, каждая 10-я беременная страдает той или иной ИМП, в 20–40 % случаев развивается острый пиелонефрит во втором и третьем триместре. Эта проблема наиболее распространена среди женщин, столкнувшихся с ИМП до беременности и должным образом не подготовленных к ней.

При появлении клинических признаков ИМП у беременной женщины требуется антибактериальная терапия, так как нарушения уродинамики опасны не только для здоровья, но и для жизни матери и будущего ребёнка.

У беременных могут быть использованы препараты, которые по классификации FDA относятся к группе «В», т.е. пенициллинов, цефалоспоринов, некоторых макролидов. Фосфомицина трометамол исследовался в том числе и у беременных женщин и включен в список «В». Нитрофурантоин – единственный препарат из группы нитрофуранов для лечения неосложненных ИНМП во втором триместре беременности.

Перечисленные препараты безопасны, разрешены и могут применяться по показаниям, начиная со второго триместра беременности.

– Каковы ваши ожидания в наступающем году?

– У нас запланировано и проводится ряд научных работ и исследований, результаты которых, в том числе по проблеме лечения ИМП, подготовлены к публикации. Надеюсь, что благодаря активной научной и просветительской работе, со временем часть проблем, связанных с диагностикой и лечением ИМП, будет решена. УС

Подготовила **Алла Солодова**

монурал®
ФОСФОМИЦИНА ТРОМЕТАМОЛ

Рекомендован как препарат первой линии
для лечения цистита Российскими национальными рекомендациями, GL EAU, GL IDSA

- Пиковая концентрация Монурала в моче в 440 раз выше уровня МПК для *E. Coli*
- Самая высокая чувствительность к *E Coli* в России, США и странах ЕС (ARESC, ДАРМИС)
- Одобрен FDA для применения у детей и беременных
- 1 доза 3 г на курс лечения при терапии острого цистита
- 1 доза 3 г каждые 10 дней, курс 3 месяца – при терапии рецидивирующего цистита

ООО «Замбон Фарма»
119002, Москва, Глазовский пер., д. 7, офис 17
Тел. (495) 933-38-30 (32), факс 933-38-31

Реклама РУ №ФСЗ 2008/02844

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

Zambon 1906

Новые и забытые методы в онкоурологии

Виталий Александрович Черняев

К.м.н., научный сотрудник урологического отделения ФГБНУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина»

chercrc@gmail.com

2 декабря 2014 г. прошло XXVII заседание Московского регионального отделения Российского общества онкоурологов «Рак предстательной железы, рак мочевого пузыря». На конференции специалисты в области онкоурологии обсуждали как новые возможности лечения больных раком мочевого пузыря и раком предстательной железы, так и хорошо известные, но редко используемые методы, широкое внедрение которых существенно улучшило бы результаты лечения.

– На прошедшем заседании поднимались сугубо научные темы или были доклады, обладающие практическим значением для клиницистов?

– Основная часть докладов была посвящена двум основным нозологиям: немышечно-инвазивному раку мочевого пузыря и раку предстательной железы. Говоря о проблеме рака мочевого пузыря, Борис Яковлевич Алексеев, заместитель директора по науке МНИОИ им. П.А. Герцена, в очередной раз поднял тему БЦЖ-терапии. Профессор Алексеев отметил, что вакцина БЦЖ применяется редко, хотя в ходе клинических исследований была доказана ее эффективность, ее рекомендует использовать и РООУ, и европейские и американские гайдлайны. Борис Яковлевич попросил присутствующих в зале врачей, использующих БЦЖ-терапию, поднять руки. Из сотни онкоурологов отозвались лишь около десятка, хотя, разумеется, все присутствующие регулярно сталкиваются с раком мочевого пузыря. В лучшем случае специалисты передают своих пациентов для прохождения курса БЦЖ-вакцинации в другие больницы, где не боятся применять данный метод. Профессор Алексеев связывает такое положение дел с неосведомленностью врачей.

Раньше применение сухой вакцины БЦЖ сопровождалось рядом трудностей: для проведения терапии было необходимо оборудованное помещение и подготовленные специалисты, которые разводили препарат. Особые требования выдвигались к утилизации отходов. Сейчас в России уже три года зарегистрирована БЦЖ в закрытом контуре, предназначенная для внутрипузырной терапии. Использование вакцины в этой форме не представляет угрозы, и к ее применению не выдвигают специальных требований. В нашей практике мы уже давно используем БЦЖ-вакцину, и на собственном опыте могу сказать – это безопасно, серьезные осложнения встречаются довольно редко.

– Помимо известных, но редко используемых способов лечения, были ли освещены новые методики?

– На конференции говорили не только об испытанных методах, но и о тех, что только начинают свой путь к применению в клинической практике. Максим Петрович Головащенко, младший научный сотрудник отделения онкоурологии МНИОИ им. П.А. Герцена представил доклад об использовании низкоинтенсивного лазерного излучения у больных раком мочевого пузыря. Это первая в России работа об использовании лазера. Низкочастотное лазерное излучение повышает эффективность внутрипузырной терапии. Установка лазера не требует существенных вложений или длительной подготовки специалистов и может быть доступна любой клинике. Для лечения используется то же оборудование, что и для цистоскопии, а применение лазера лишь удлиняет процедуру на 10–12 минут.

– Какие перспективные разработки еще были освещены?

– Еще одна новая, но актуальная тема была поднята на конференции Дмитрием Владимировичем Перепечиным, онкологом из ФГУ НИИ Урологии – технология NBI в диагностике рецидивов рака уротелия. Это новейший метод визуализации. При NBI изображение воспроизводится в узком спектре света, что существенно улучшает диагностику минимальных изменений слизистой. Кровеносные сосуды стенок мочевого пузыря и контуры опухоли становятся отчетливо различимы специалисту. В некоторых случаях заметны и дополнительные опухолевые отсевы, расположенные рядом с основной опухолью, чего можно не увидеть, применяя стандартную цистоскопию. Полагаю, что данная технология, улучшающая качество диагностики и повышающая эффективность работы хирурга, вскоре станет широко использоваться нашими онкоурологами. УС

Замороженная фертильность

Александр Александрович Обыденнов

Генеральный директор многопрофильной медицинской клиники «Кармента»

obsa@mail.ru

Среди клиентов криобанков немалую долю составляют урологические и онкоурологические больные и, разумеется, пациенты андрологических клиник. И для каждой из этих групп характерны свои нюансы в сочетании лечения и заморозки половых клеток.

– Как возникла идея создать банк долгосрочного хранения спермы и яйцеклеток?

– Я занимаюсь этой проблемой не первый год. В практике встречаются пациенты, которым проводилась химиотерапия, лучевая терапия или лечение вирусных гепатитов, после чего была утрачена фертильность. В связи с этим пациентам приходилось использовать донорские клетки. К криоконсервации половых клеток и/или эмбрионов в клиниках репродукции прибегают обычно для их последующего хранения в течении 2-3-х мес. Мы решили создать новый для нашей страны тип криобанка, позволяющий хранить образцы спермы длительное время. Ведь к криоконсервации в клиниках репродукции обычно прибегали для оперативного хранения половых клеток, т.е. криоконсервировали сперму, яйцеклетки, эмбрионы, зная, что через месяц-два-три их будут использовать.

– Что же изменилось в вашем подходе?

– Оборудование в обычных клиниках ЭКО рассчитано нанедлительное хранение. Часто в России в клинику репродуктивных технологий пациент не обращается из-за высокой стоимости. Обращаются только те, кто стоит перед выбором – либо хранение спермы, либо использование в будущем донорского материала. Наша идея заключалась в покупке крупных хранилищ, в которых материалы будут закладываться на год, три, пять, даже 10 лет. Тем самым мы сможем минимизировать стоимость хранения, свести его до уровня цен, которые сможет себе позволить любой человек, даже молодой парень лет 20.

– Получается, что современные технологии способны обеспечить действительно долгое хранение?

– Совершенно верно. В настоящее время рожден ребенок у супружеской пары, чья сперма хранилась 28 лет. Также длительное хранение половых клеток выгодно девушкам. Они сейчас привыкли сначала делать карьеру, а после этого уже выходить замуж и ставить вопрос рождения детей. При этом мало кто задумывается над тем, что с каждым годом частота наступления беременности снижается, в том числе в программах ЭКО.

– То есть консервация позволяет избежать происходящего в течение жизни повышения риска возникновения мутаций?

– Да. Поэтому и появилась идея создать криобанк, ориентированный на долгосрочное хранение. К примеру, компании “Apple” и “Facebook” выплачивают до 20 тыс. долл. своим сотрудницам для того, чтобы они сохранили свой генетический материал, пока молоды и здоровы. В России в настоящее время таких программ нет, но это вопрос времени. Это первое направление. Оно, я думаю, будет развиваться очень медленно и долго, потому что пока люди об этом не задумываются.

Второе направление – это работа с онкологическими пациентами, причем необязательно молодыми. Здесь, прежде всего, вопрос будет касаться мужчин, а не женщин, поскольку получение яйцеклеток требует применения препаратов, которые нельзя применять у пациентов с онкологическими заболеваниями. А сперму мы можем брать в любом возрасте, в том числе и у пациентов с раком предстательной железы, и с раком мочевого пузыря, и с раком почки.

Третье направление – пациенты после урологических операций. Иногда наблюдается снижение фертильности вплоть до азооспермии, когда единственным способом получения сперматозоидов является биопсия яичка.

Четвёртое направление – пациенты с вирусным гепатитом. Для них у нас отдельное хранилище. Надо отметить, что после лечения гепатита в течение минимум 1 года нельзя беременеть в связи с высокой частотой мутаций. И после лечения качество спермы также может ухудшаться. Плюс в большинстве случаев лечение гепатита не приводит к полному излечению и повышению фертильности.

Отдельная группа – не очень большая, но очень тяжелых пациентов – это пациенты с диализом. У них тоже значительно ухудшается качество спермы, кроме того они входят в группу риска по инфекциям.

До и после операции

– Расскажите про пациентов с онкологическими заболеваниями. Сдают ли они сперму на хранение?

– Да, сдают, причем принимать решение им нужно бытро, а нам приходится работать в довольно сжатые сроки – в воскресенье, иногда ночью; звонят в субботу, а на понедельник уже назначена химиотерапия. Перенести ее мы не можем, не имеем права, так что мы замораживаем буквально в последний момент. Чтобы они имели хотя бы небольшой резерв.

– Т. е. пациенты с онкологическими заболеваниямисдают сперму до начала химиотерапии. А какие есть требования для сдачи?

– Есть небольшие требования, такие же, как и при спермограмме – несколько дней полового воздержания. Онкологический больной может сдавать сперму несколько раз, если есть у него второй день, пусть лучше еще раз сдаст. Всегда чем меньше воздержание, тем лучше качество, но меньше количество, так что пусть лучше она будет в меньшей концентрации, качественная сперма, чем в большом количестве и не выдерживающая заморозки.

– Относительно хранения – еще один вопрос. Допустим, семейная пара, в которой мужчина сдал свою сперму перед лечением рака яичка, как и кому он может делегировать право ей распоряжаться в случае своей смерти?

– В документе об информированном согласии предусмотрено, кто может распоряжаться его спермой, кто может иметь к ней доступ, есть отдельный пункт о правах в случае смерти пациента. Сперма может быть уничтожена, либо собственником является какой-то человек – пациент сам это определяет.

Еще одно направление хранения – это банк донорской спермы. У нас есть свой банк хранения спермы. По российским меркам он уже немаленький. Наращивается, конечно, медленнее, чем банк яйцеклеток, поскольку яйцеклетки не находятся на карантине. Донорскую сперму же нельзя использовать в течение 6 мес до получения повторных анализов.

– Планируется ли введение хранения спермы онкобольных в ОМС?

– Я об этом ничего не слышал. Мне кажется, в ОМС это вряд ли войдет.

– Правильно ли я понял, что хранение спермы не имеет никаких ограничений по заболеваниям?

– Мы замораживаем не только сперму здорового человека; те же пациенты с гепатитом – у многих из них сперма далеко не идеальна. Или, например, пациенты с серьезной патологией спермы – мы замораживаем их сперму еще до начала любого лечения, направленного на улучшение ее качества, поскольку неизвестно, какой результат будет получен. Ведь речь о пациентах со сниженным резервом репродуктивной системы, и мы понимаем, что и дальше будет тенденция к ухудшению параметров спермы. Поэтому мы еще ни одному пациенту не отказывали, просто предупреждаем, что качество спермы может пострадать при заморозке.

Мы не производим криоконсервацию спермы только ВИЧ-инфицированным пациентам. Для пациентов-носителей гепатита у нас есть отдельное хранилище.

– Какова частота использования спермы среди таких больных?

– Точные цифры я не могу сказать, но она достаточно высокая, особенно, когда пациенты акцентируют на это внимание и серьезно задумываются. Такие пациенты стараются очень быстро решить репродуктивный вопрос. УС

Подготовил **Иван Блохин**

Из истории

- В 1866 г. итальянский исследователь Montegazza основал криобанки спермы; они были предназначены для молодых семей, в которых мужчины могут не вернуться с войны.
- В 1949 г. британский биолог Джон Эрнест Кристофер Полдж случайно обнаружил криопротективные свойства глицерина и доказал, что сперма крупного рогатого скота сохраняет свои свойства в течение 1 года криохранения.
- В 1953 г. первая успешная беременность после оплодотворения женщины замороженной спермой.
- В 70-х годах XX века появились первые коммерческие банки спермы.
- В 2004 г. родился ребенок в результате оплодотворения спермой, хранившейся в замороженном виде 28 лет.

Расстройства мочеиспускания и ЭД: расширенные возможности комбинированной терапии

Две эти патологии нередко сочетаются у одного пациента. О специфике лечения таких больных с расстройствами мочеиспускания и эректильнойдисфункции (ЭД) рассказывает наш эксперт.

Борис Евгеньевич Осмоловский

К.м.н., врач-уролог
ГБУЗ ГКБ № 31
г. Москвы

borisosm@mail.ru

– Борис Евгеньевич, насколько часто ЭД встречается у больных с нарушениями мочеиспускания?

– По данным научной литературы от 56 до 82 % пациентов с дизурией страдают от ЭД, при этом расстройства эякуляции выявляются в среднем от 38 до 63 %. Одна из теорий, объясняющих нарушения мочеиспускания с сопутствующей ЭД у пожилых людей, рассматривает это сочетание как результат атеросклеротического поражения сосудов мочеполовой системы. Хроническая ишемия, эндотелиальная дисфункция и оксидативный стресс приводят к фиброзированию стромального компонента простаты, атрофии шейки мочевого пузыря и снижению сократительной способности гладкомышечного аппарата нижних мочевыводящих путей и, как следствие, к развитию ЭД и расстройствам мочеиспускания. Важно отметить, что с возрастом эти нарушения прогрессируют, присоединяются осложнения, в значительной степени ухудшающие качество жизни пациентов. Поскольку наиболее частой причиной возникновения расстройств мочеиспускания является аденома предстательной железы (АПЖ), необходимость ее раннего выявления и назначения адекватного лечения не вызывает сомнений.

– Какие варианты терапии существуют в мировой практике для лечения пациентов с сочетанием нарушений связанных с расстройствами мочеиспускания и ЭД?

– В настоящее время для лечения таких заболеваний, применяются α1-адреноблокаторы (α1-АБ), ингибиторы 5α-редуктазы, М-холиноблокаторы и их комбинации. Препаратами первой линии в лечении ЭД являются ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5): силденафил, варденафил, тадалафил, уденафил, что связано с их высокой эффективностью и безопасностью. Правомочно предположить, что если между расстройствами мочеиспускания и ЭД существует тесная взаимосвязь, то лечение одного заболевания может оказывать положительное влияние на другое. На сегодняшний день, по результатам 4 крупных рандомизированных плацебо-контролируемых исследований, доказана эффективность ингибиторов ФДЭ-5 в отношении расстройств мочеиспускания. С другой стороны, до настоящего времени остаются недостаточно освещенными вопросы взаимного влияния комбинации ингибиторов ФДЭ-5 и α1-АБ при лечении пациентов с расстройствами мочеиспускания и ЭД.

– Проводились ли в России исследования, позволяющие оценить возможность взаимного влияния комбинаций ингибиторов этих препаратов?

– Да, учитывая высокую распространенность расстройств мочеиспускания и ЭД у пациентов с АПЖ, для всесторонней оценки эффективности и безопасности комбинации α-АБ и ингибитора ФДЭ-5 на базе ГКБ № 31 г. Москвы было проведено такое исследование. Целью исследования была сравнительная оценка эффективности монотерапии и комбинированной терапии у больных с расстройствами мочеиспускания и ЭД. Для этого 60 мужчин, имеющих симптомы АПЖ и ЭД в течение 3 или более мес, в возрасте от 50 до 80 лет включительно, были рандомизированы на три группы. Пациенты 1-й группы ежедневно принимали 25 мг силденафила (Динамико), 2-й группы – 0,4 мг тамсулозина, 3-й группы – 25 мг силденафила и 0,4 мг тамсулозина. Эффективность оценивалась каждые 10 дней от начала терапии, во время визитов к врачу: 2, 3, 4-й (финальный) визиты. Для оценки эффективности проводили сравнение динамики среднего балла и оценки качества жизни по опроснику IPSS с исходным уровнем, динамикиэректильной составляющей по результатам анкетирования с использованием опросника МИЭФ-15, сравнение динамики изменений показателей урофлоуметрии и размеров простаты при ультразвуковом сканировании.

– Почему в качестве ингибитора ФДЭ-5вы выбрали Динамико?

– Обычно пациентов очень волнуют побочные эффекты, связанные с приемом подобной терапии, поэтому при выборе препарата мы учитывали его профиль безопасности. Минимальное количество побочных эффектов у Динамико позволило нам рассчитывать на более высокую оценку удовлетворенности у пациентов. В течение исследования не было зафиксировано осложнений и существенной динамики показателей АД и ЧСС на фоне проводимой терапии.

– Борис Евгеньевич, каковы были основные результаты проведенного исследования?

– Пациенты, получавшие силденафил, отметили значительное улучшение сексуальной функции: отмечена положительная динамика эректильной функции, удовлетворенности половым актом и общей оценки половой жизни. Наиболее выраженное уменьшение суммарного балла по шкале IPSS было отмечено в группе, получавшей комбинацию силденафила и тамсулозина, при этом было зарегистрировано значительное уменьшение выраженности как ирритативной, так и обструктивной симптоматики, повышение максимальной и средней скорости потока мочи в течение всего периода наблюдения, а также достоверное уменьшение количества остаточной мочи, более выраженное по сравнению с группами монотерапии. По данным анкеты МИЭФ-15, динамика улучшения сексуальной функции была сопоставима в группе, получавшей монотерапию ингибитором ФДЭ-5, с группой, получавшей комбинированную терапию (36,3 и 37,6 % соответственно). Наиболее значимые изменения количества остаточной мочи были выявлены в группе комбинированной терапии, в то время как в группе, получавшей ингибитор ФДЭ-5 без α1-АБ, этот показатель практически не претерпел изменений. Хотя полученные результаты являются пилотными, они свидетельствуют в пользу возможного синергического действия ингибиторов ФДЭ-5 и α1-АБ. Это позволяет нам рассматривать такую комбинацию в качестве перспективного направления медикаментозной терапии у больных АПЖ в сочетании с ЭД. УС

**Камалов АА, Осмоловский БЕ. и соавт. Комбинированное лечение больных эректильной дисфункцией, страдающих расстройствами мочеиспускания. Урология, 2013, №3: 29-33*

Материал подготовлен при информационной поддержке ООО «Тева».
FIRE-DYN-ART-261214-MEDIA-1106-251215
ООО «Тева», Россия, г. Москва, ул. Шаболовка, д. 10, стр. 2, тел. +7(495)644-22-34

ТАБЛЕТКА СИЛДЕНАФИЛА с модифицированным* составом:

- Дает качественную эрекцию[1]
- Обеспечивает минимум побочных эффектов[2]
- Не вызывает привыкания[3]

Силденафил
ДИНАМИКО

УДОВОЛЬСТВИЕ ДЛЯ МУЖЧИНЫ
И СЧАСТЬЕ ДЛЯ ЖЕНЩИНЫ. БЕЗ ПРИВЫКАНИЯ

*По сравнению с таблеткой оригинального силденафила. Более подробная информация содержится в медицинской инструкции препарата.

Наименование активного вещества: силденафила цитрат (в пересчете на силденафил – 25 мг, или 50 мг, или 100 мг в таблетке). Показание к применению: лечение эректильной дисфункции, характеризующейся неспособностью к достижению или сохранению эрекции полового члена, достаточной для удовлетворительного полового акта. Способ применения и дозы: внутрь, примерно за 1 час до сексуальной активности. По 50 мг 1 раз в сутки. С учетом эффективности и переносимости доза может быть увеличена до 100 мг или снижена до 25 мг.

Сведения о показаниях к применению препарата, способах его применения, режиме дозирования, противопоказаниях, мерах предосторожности и возможных побочных действиях содержатся в инструкции по медицинскому применению.

1. Более подробная информация содержится в инструкции по медицинскому применению препарата Динамико; 2. В целом сопоставимо с другими препаратами из группы ингибиторов ФДЭ-5; 3. Отсутствуют данные, подтверждающие возникновение привыкания к препарату.

Информация предназначена для медицинских работников.
ООО «Тева»: Россия, 119049, Москва, ул. Шаболовка, д. 10, корп. 2. Тел.: +7 (495) 644-22-34, факс: +7 (495) 644-22-35; www.teva.ru

TEVA

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА

Реклама
FIRE-DYN-ADV-270814-xEL-599-260815

Косметический дефект или сигнал бедствия?

Остроконечные кондиломы возникают в результате поражения клеток кожи или слизистых оболочек вирусом папилломы человека (ВПЧ). При этом сам вирус имеет множество разновидностей. Часть из них вызывает появление обычных бородавок на коже человека, а некоторые разновидности ВПЧ передаются преимущественно половым путем и вызывают появление остроконечных кондилом. Как вести пациента с остроконечными кондиломами, правильно выбрать тактику лечения, дать рекомендации в повседневной жизни и каков прогноз в подобных случаях, мы спросили у нашего эксперта.

В отличие от многих инфекций, передаваемых половым путем, при инфицировании ВПЧ часто не возникает вообще никаких клинических симптомов заболевания. В большинстве случаев собственная иммунная система элиминирует возбудителя. В одном из исследований было показано, что только у 24 % женщин, инфицированных ВПЧ 6-го или 11-го типа, развиваются ОК (Mao C. et al., 2003). A Sherman M.E. et al. (2003) в течение 10 лет наблюдали более 20 тыс. женщин и выяснили, что внутриэпидермальная неоплазия или РШМ развивается примерно у 7 % женщин с положительными анализами ВПЧ.

Целый ряд факторов ассоциируют с повышенным риском инфицирования ВПЧ и/или развития клинических проявлений, таких как остроконечные, внутриэпидермальная неоплазия или инвазивный рак. Считается, что большую роль играет общая слабость иммунной системы, однако механизмы этого совсем неизвестны. John T. Schiller, глава отделения неопластических процессов молекулярной лаборатории Онкологического исследовательского центра Национального института онкологии, считает, что особенности ответа иммунной системы на ВПЧ генетически обусловлены. У курящих и женщин, принимающих оральные контрацептивы, например, рак развивается чаще (Castellsagure X., 2003). Jack Cuzick, директор Вольфсоновского института профилактической медицины, объясняет это тем, что курение приводит к персистенции вируса, поскольку оно подавляет активность клеток Лангерганса. Но в конечном итоге лишь у немногих пациентов с ВПЧ развиваются серьезные клинические осложнения.

Андрей Евгеньевич Шульженко

Профессор, д. м. н., заведующий отделением «Аллергологии и иммунотерапии» ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России

shulzhenko_ae@mail.ru

Причина или нет

– В 2008 году учёный из Германии Харальд цур Хаузен стал обладателем Нобелевской премии в области медицины за открытие ВПЧ – вируса, который вызывает рак шейки матки (РШМ). ВПЧ – это семейство ДНК-вирусов, насчитывающее около 120 типов, более 30 из них способны инфицировать генитальный тракт. Большая часть этих ВПЧ-ассоциированных инфекций не вызывает никаких симптомов и элиминируется из организма в течение нескольких месяцев. Потенциальную опасность для человека представляют онкогенные 16-й и 18-й типы, с ними ассоциированы более 70 % всех случаев РШМ. Однако трудно назвать ВПЧ 16-го и 18-го типов прямым этиологическим фактором РШМ, ведь известно, что среди женщин, которые носят этот вирус, менее 1 % способны заболеть раком. ВПЧ-инфекция «низкого риска» (6-й, 11-й типы) может провоцировать развитие ОК и ювенильного рецидивирующего респираторного папилломатоза у детей.

– Могут ли ОК быть спровоцированы какой-то другой проблемой, помимо ВПЧ?

– Других причин, как правило, нет. ОК вызываются 6-м и 11-м типами или всеми низкоонкогенными вирусами. Эти типы всегда присутствовали в материале, который мы исследовали.

Главное – предупредить

– Какой может быть профилактика остроконечных кондилом?

– Самая надежная профилактика ОК – упорядоченная половая жизнь. Чем меньше половых партнёров, тем меньше вероятность заражения ВПЧ.

Универсальным инструментом для профилактики ВПЧ могла бы быть мультивалентная вакцина от всех типов ВПЧ, но это практически нереализуемая задача. На сегодняшний день хорошо известны действенные вакцины от ВПЧ 6-го, 11-го, 16-го и 18-го типов, которые можно использовать для профилактики. Прежде чем выпустить ребенка во взрослую жизнь, его необходимо вакцинировать. В нашей стране необходимо вводить плановую профилактическую вакцинацию.

– Есть страны, где это уже практикуют?

– Австралия и Канада на первом месте по вакцинации от ВПЧ и профилактике заболеваний, вызываемых этими вирусами. Среди жителей этих стран заболеваемость остроконечными кондиломами и РШМ за последнее десятилетие снизилась на 40 %. Показаниями для вакцинации являются пубертатный возраст и женщины, ранее не встречавшиеся с этими типами вирусов. Вопрос о лечебной эффективности разработанных вакцин остается дискутабельным до настоящего времени.

– Существуют ли отдалённые побочные эффекты вакцинации против ВПЧ?

– Вакцина состоит из определённого количества не только активного антигена, но и субстратов, на которые могут быть какие-то побочные эффекты, реакции и т. п. Но о каких-то экстраординарных случаях я не слышал. Хотя, по всей видимости, они могут быть, а значит нужно тщательней собирать анамнез перед тем, как проводить вакцинацию.

Особенности лечения и последствия ошибок

– Существует ли срочная необходимость удаления остроконечных кондилом?

– Если они имеют тенденцию к росту – да. Если они избыточны, если их много – да. Если кондиломы убрать некачественно, сохраняется ростковый слой, начинается их интенсивный рост. Их необходимо удалять в пределах здоровых тканей, причём достаточно глубоко. Тогда данный способ эффективен. Если говорить о местных препаратах, то среди них есть препараты с так называемым «прожигающим» эффектом. Эффективность их низкая, они проникают недостаточно глубоко и убирают, главным образом, поверхностные проявления, не затрагивая внутреннюю структуру.

– Будет ли различаться тактика лечения у мужчин и у женщин?

– По сути, нет. Если имеется тенденция остроконечных кондилом к росту, то необходимо хирургическое удаление. И там, и там – деструкция, местная терапия, профилактика.

– Кожа и слизистые: отличаются ли методики лечения на разных участках?

– По большому счету разницы нет. В местах, где появились кондиломы, мы всегда убираем их полностью.

– Что составляет основу консервативного лечения остроконечных кондилом?

– Очень важно учитывать иммунный ответ. У кого-то наблюдается интенсивный рост ОК, а у кого-то их мало, а у кого-то может и не быть вовсе. Надо помнить, что с возрастом у всех людей, в большей или меньшей степени, появляются папилломы на ногах, в области подмышек, «воротничка», в местах естественного трения и т. д. Иными словами, вирус попадает в организм, но лишь у некоторых пациентов это приводит к образованию избыточного количества ОК. Иммунная система отвечает за борьбу с вирусом и может быстро его элиминировать, не давать ему возможность проявить свои патогенные свойства и тем самым привести к образованию кондилом.

– Насколько эффективно лечение иммуномодулирующими препаратами?

– К сожалению, сейчас есть огромное количество иммунных препаратов, которые имеют очень слабую доказательную базу своей эффективности, не прошедшие клинические испытания в полном соответствии с требованиями Good Clinical Practice, с которыми не проводилось двойного слепого плацебо-контролируемого исследования. Поэтому все они, с точки зрения доказательной медицины, не выдерживают критики. Одни препараты дают положительный эффект, другие – нет, но рекомендовать их для обязательного лечения нельзя.

Очень хороший эффект даёт местная терапия иммунными препаратами. Существуют местные аппликационные препараты, которые оказывают замечательное действие, но фармакологический эффект главным образом профилактический. Мы удаляем ОК, а затем обрабатываем места их предполагаемого роста препаратами, содержащими индукторы интерферона или собственно интерфероны. Получается очень хороший эффект ремиссии. Вводить ли их парентерально? Вопрос не простой, опять же из-за отсутствия доказательной базы.

Чего ждать

– Остроконечные кондиломы часто рецидивируют. Это последствия только неправильного лечения?

– Никто не скажет вам причину того, почему у одного пациента две-три убранные ОК приводят к длительной ремиссии заболевания, а у другого образуются обширные высыпания. Это как с большинством латентных инфекций. Иммунная система не способна оперативно реагировать на внезапную начинающуюся репликацию вируса. Мы называем это эффектом «ускользания» антигенов вируса от иммунного ответа. Этот эффект обусловлен довольно совершенным аппаратом иммуносупрессии вируса. У многих вирусов, провоцирующих развитие латентной инфекции, очень сложный рецепторный аппарат. Проникнув в клетку, такой вирус блокирует все механизмы, которые должны дать сигнал другим клеткам о том, что она инфицирована. В результате окружающие здоровые клетки не подозревают о том, что произошло инфицирование. Многие люди являются носителями латентных инфекций, даже не подозревая об этом.

– Каков прогноз у пациентов с остроконечными кондиломами?

– Если нет интенсивного роста, то, как правило, он благоприятный. Если есть интенсивный рост, то мы должны исключать поражение иммунной системы, обусловленное или хроническим вирусным гепатитом С, ВИЧ, а также исключать инфекции, которые могут приводить к супрессии иммунного ответа, нарушению межклеточных коопераций.

– Насколько опасно механическое повреждение кондилом?

– У нас были случаи, когда пациенты сами себе пытались удалить кондиломы. В результате начинался их интенсивный рост. Поэтому ни в коем случае нельзя самостоятельно это делать. Всё делается только под контролем врача.

– Как может осложняться течение заболевания, если не лечить кондиломы?

– Осложняться они, по большому счету, не могут. Они малигнизируют в очень-очень малом проценте случаев. Осложнениями мы считаем интенсивный рост кондилом, когда процесс распространяется на бедра, малые и большие половые губы, перианальную область, анус. Это действительно приводит к большим проблемам.

– Что поможет избежать рецидивов кондилом половым партнерам, если ВПЧ персистирует у обоих?

– Если говорить о барьерной контрацепции, то тут вопрос спорный. Ведь презерватив надевается только до основания полового члена, что не исключает передачу вируса на другие зоны. Однозначно не рекомендую делать механическую эпиляцию пациентам с интенсивным ростом ОК. Ведь волосяной покров в интимных областях, подмышечных складках и т. д. существует не просто так. Это места, в которых происходит трение и волосы защищают кожный покров от избыточной травматизации. Есть места, которые хотелось бы привести в более эстетичный и гигиеничный вид, но лобковую зону все-таки стоит защищать естественным покровом. УС

Подготовили
Ольга Сучкова, София Меньшикова

Рецидив варикоцеле: современный взгляд

Ренат Иватуллаевич Гуспанов

К.м.н., ГКБ им. С.П. Боткина

doctorren@mail.ru

Выбор хирургической тактики при рецидиве варикоцеле остается открытым и зачастую зависит от технической оснащенности лечебного учреждения, предпочтений хирурга и его опыта. Однако алгоритм действий во многом зависит от типа вмешательства, после которого случился рецидив.

Анализ отечественной и зарубежной литературы показывает, что в настоящее время не существует методики лечения варикоцеле, полностью исключающей возможность рецидива заболевания. Сейчас в мировой практике существуют несколько типов вмешательств с разной частотой и тяжестью осложнений. Рецидивы реже всего происходят после операции с микрохирургическим доступом.

Причина бесплодия

Варикоцеле является не только медицинской, но и социально-демографической проблемой. По данным ряда авторов, этой патологией страдают до 30,7 % мужчин (Chinegwundohf, 2009). Именно из-за своей социальной значимости проблема варикоцеле входит в число программ, разрабатываемых Всемирной организацией здравоохранения. Многие специалисты считают варикоцеле причиной мужского бесплодия. Впервые на связь между бесплодием и варикоцеле указал в конце XIX в. британский хирург Barwell. Большое эпидемиологическое исследование, проведенное под контролем ВОЗ, показало, что частота варикоцеле составила 11,7 % во всей популяции мужчин и достигла 25,4 % в группе мужчин с бесплодием (Lenzi A. et al., 1998). Большой мета-анализ рандомизированных исследований и клинических наблюдений продемонстрировал, что варикоцелэктомия приводит к улучшению параметров эякулята. В то же время обзор литературы по базе данных Кохрейновской библиотеки показал, что отсутствуют доказательства наличия преимущества лечения варикоцеле перед наблюдением по частоте наступления беременности (Evers J.L., Collinsa J.A., 2004). Однако этот научный труд подвергался критике из-за использования работ с низкой достоверностью. Во многих рандомизированных исследованиях не доказано преимущество оперативного лечения у бесплодных мужчин с нормальными параметрами эякулята (Nilsson S. et al., 1979; Breznik R. et al., 1993).

Вопрос о показаниях к оперативному лечению варикоцеле дискутируется, но, согласно рекомендациям Европейской урологической ассоциации, это бесплодие, боли – от слабо выраженных до сильных, потеря 20 % и более паренхиматозной массы левого яичка по сравнению с правым.

Варианты лечения

Ежегодно выполняется большое количество операций по поводу варикоцеле.

История лечения варикоцеле насчитывает более 100 методик операций. Такое большое количество операций обусловлено неудовлетворенностью хирургов результатами лечения.

Наиболее популярными способами лечения больных варикоцеле являются операции направленные на прерывание ретроградного кровотока по внутренней яичковой вене.

Среди оперативных вмешательств выделяют паховый доступ, подпаховый, надпаховый и лапароскопический.

Наиболее широкое применение нашло оперативное вмешательство, предложенное Оскаром Иваниссевичем в 1918 году. В отношении этой операции произошла путаница, если брать англоязычные источники, то под этим оперативным вмешательством подразумевается операция перевязки яичковой вены в паховом канале. Однако сам О. Иваниссевич описывал свою методику как перевязку яичковой вены надпаховым доступом, объясняя это тем обстоятельством, что яичковая вена на этом уровне чаще всего представлена одним стволом. В 1960 году представил свои результаты прооперированных более 4 тыс. пациентов. Фактически операцию паховым доступом пропагандировал Бернарди, его ученик, О. Иваниссевич в своей работе резко критиковал этот доступ, хотя не исключал, что он более удобен для малоопытных урологов. В 1949 году А. Паломо описал лигирование и артерии и вены забрюшинным доступом будучи испаноговорящим врачом маловероятно, что он не был знаком с работами Иваниссевича. Многие авторы ошибочно называют забрюшинную перевязку яичковой вены с сохранением артерии модификацией Паломо, когда в действительности это и есть операция Иваниссевича. Возможная причина этого недоразумения кроется в том, что не так легко найти оригинальные статьи.

О. Иваниссевич, прооперировав 4470 пациентов, не отметил ни одного осложнения. Несмотря на то, что автор писал об отсутствии рецидивов, по данным других авторов, рецидивы варикоцеле при использовании данной методики возникали более чем в 10 % случаев.

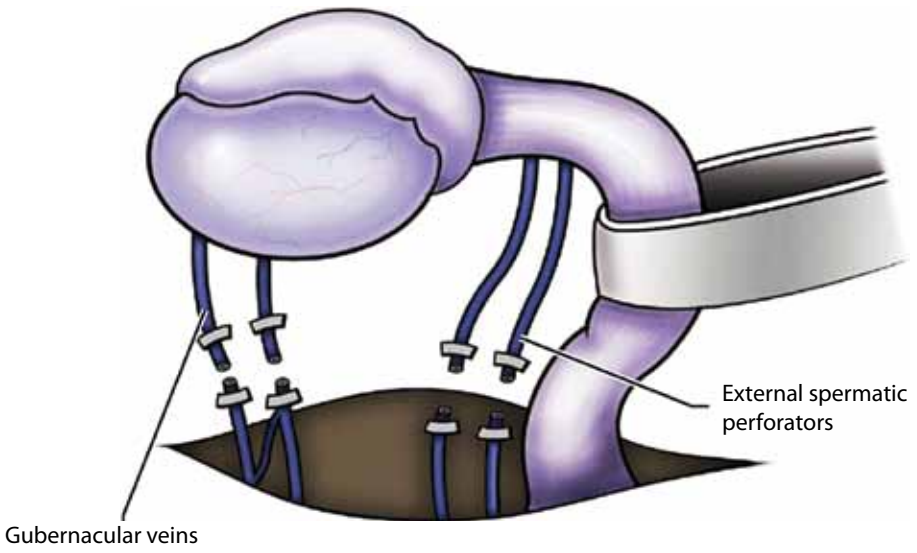


Рис. 2. *Пересечение вен Gubernaculum testis Campbell-Walsh Urology 10th Edition*

Эндоваскулярные методы лечения варикоцеле, мнения об их эффективности неоднозначны. Сторонники метода сообщают о высоких цифрах положительных результатов, противники же метода указывают на неудачи в виде рецидива до 20 %. И, по мнению ряда авторов, рецидив развивается в среднем через 2–5 лет путем реканализации склерозированной вены, потому что в отличие от операции не производится лигирование и пересечение последней. Немаловажным является длительность процедуры от 1 до 3 часов. Кроме этого существует ряд специфических осложнений: тромбофлебит вен гроздевидного сплетения, геморрагический инфаркт яичка, микроэмболии легочных артерий. И это не учитывая того обстоятельства, что из-за анатомических особенностей доступ к яичковой вене может быть невозможен до 10 % случаев вследствие анатомических особенностей.

Лапароскопический доступ для устранения варикоцеле сопровождается развитием рецидивов до 8 % (Feneley M.R. et al., 1997).

При этом имеет недостатки, присущие лапароскопическим операциям и карбоксиперитонеуму: нарушение артериального кровотока в брюшной полости, сдавление диафрагмы, газовая эмболия, повреждения органов брюшной полости и т.д.

В конце 80-х годов появились работы J.L. Marmar о применении микрохирургической техники с использованием луп с 3,5-кратным увеличением или операционного микроскопа. Эффективность данной методики не вызывает сомнений, частота рецидива не превышает 1 %. В то же время исследование, проведенное Hopps C.V., показало, что анатомия подпаховой части семенного канатика более сложна, чем в паховой части. Автор доказал, что очень важно выполнять перевязку всех внутренних и внешних семенных вен для предотвращения рецидива. В подпаховой зоне в 3 раза чаще, чем на уровне пахового канала, обнаруживаются внутренние семенные артерии, окруженные плотным скоплением вен, что требует высокой квалификации хирурга для диссекции их, повышается риск повреждения артерии. Неадекватное выделение мелких вен, окружающих яичковую артерию, еще одна причина рецидивов при микрохирургическом доступе.

Рис. 1. *Варианты хирургических доступов*

Типы рефлюксов

Множество причин могут влиять на частоту варикоцеле: технические погрешности при выполнении операции, анатомические особенности пациента. Большинство авторов считают, что причиной рецидива варикоцеле является рефлюкс крови из почечной вены.

С внедрением эндоваскулярных методов исследования для изучения патологии сосудистого русла появилась классификация варикоцеле Coolsaet B.L. (1980), основанная на особенностях венозного рефлюкса:

I тип реносперматический – рефлюкс из почечной вены в яичковую.

II тип илеосперматический – рефлюкс из подвздошной вены в яичковую.

III тип – комбинация первых двух типов.

С учетом гемодинамических типов варикоцеле по Coolsaet существует вероятность илеосперматического рефлюкса. По данным Е.Б. Мазо, илеотестикулярный венозный рефлюкс имеет место у 20 % пациентов с варикоцеле и у 60 % с рецидивом варикоцеле. Таким образом, операции по пересечению яичковой вены на уровне пахового канала и выше могут быть неэффективны при II и III типе рефлюксов.

Что делать при рецидивах?

Эта проблема весьма скромно освещена в международной литературе. Сейчас нет четкого алгоритма лечения рецидива варикоцеле. Для оценки хирургического лечения используется ультразвуковое исследование с допплерографией. В немногочисленных публикациях, посвященных рецидивам варикоцеле, эндоваскулярные

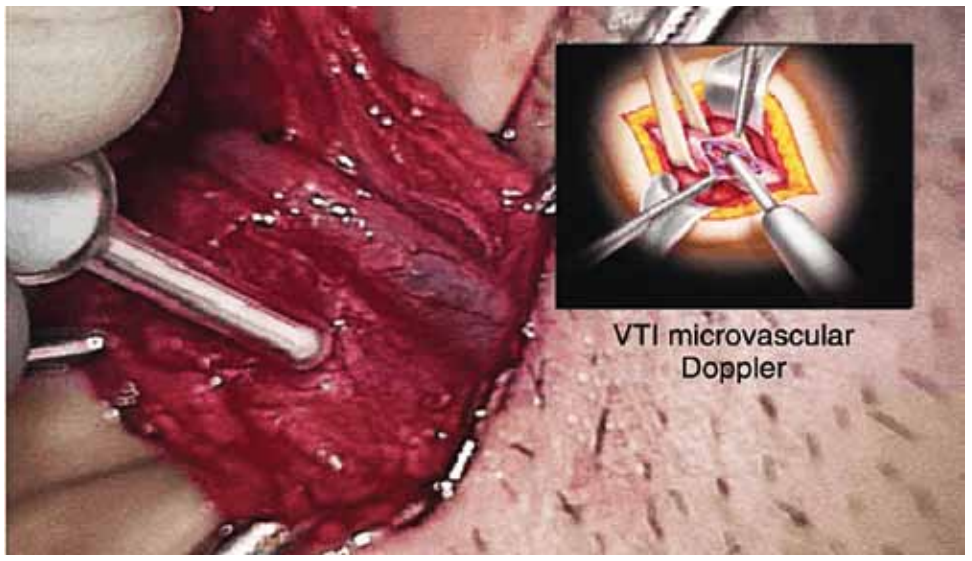


Рис. 3. *Микро-Допплер Campbell-Walsh Urology 10th Edition*

методы диагностики и лечения находятся на первом месте, реже идет речь о микрохирургических и лапароскопических операциях.

Частота рецидива варикоцеле после хирургического вмешательства варьируется в пределах от 0,6 до 45 % и чаще встречается после варикоцелэктомии в детском возрасте. Радиологическое исследование рецидива варикоцеле обнаруживает периартериальные, средние ретроперитонеальные и коллатерали с другой половины мошонки. Ретроперитонеальные операции пропускают коллатерали, расположенные в паховом канале. Оперативные вмешательства через паховый канал имеют более низкий уровень рецидива, но не решают проблему коллатералей из другой половины мошонки и вен, окружающих артерию яичка. Микрохирургический доступ снижает вероятность рецидива до 1 % по сравнению с 9 % при обычных паховых доступах.

Эти данные диктуют алгоритм действий при рецидиве варикоцеле. Если рецидив случается после ретроперитонеальных вмешательств, необходимо выполнить микрохирургическую варикоцелэктомию для ликвидации коллатералей из противоположной половины мошонки и коллатералей в паховом канале. При рецидиве после операций через паховый канал необходимо удалить сбросы из другой половины мошонки и из вен Gubernaculum testis. При рецидиве после микрохирургической варикоцелэктомии из подпахового доступа причина рецидива кроется в технических погрешностях или в венах Gubernaculum testis.

Микрохирургическая варикоцелэктомия после высокого пересечения яичковой вены (Иваниссевича, Паломо, Бернарди) имеет преимущество по сравнению с другими операциями при рецидиве варикоцеле, обусловленное возможностью оперировать в нативных, а не рубцово-измененных тканях, перевязывая «целевые» ветви яичковой вены.

Если же рецидив произошел после микрохирургической варикоцелэктомии из подпахового доступа, то при повторной операции хорошим помощником является микро-Допплер, который позволяет идентифицировать и сохранить артерию. Рис. 3

Тем не менее, при всех спорных ситуациях при рецидиве варикоцеле начинать нужно с флебографии антеградной или ретроградной. При необходимости сочетать ее с эмболизацией. УС

Частота рецидивов и осложнений в зависимости от варианта операции

Вид операции	Гидроцеле (%)	Атрофия (%)	Рецидив (%)
Ретроперитонеальные Пересечение Артерия и вена С сохранением артерии	 6–7 < 6	 < 1 < 1	 2 11
Открытая через паховый канал	3–7,3	< 1	6–15
Микрохирургический доступ	< 2	< 1	< 2

«Неполная» биопсия

Неправильное проведение биопсии при раке мочевого пузыря приводит к ошибкам диагностики и повышению смертности.

Группа ученых из калифорнийского университета в Лос-Анджелесе выявила связь между низким качеством биопсии, неправильным определением стадии заболевания и высокой смертностью от рака мочевого пузыря.

Во многих случаях при биопсии врач не захватывает мышечный слой, опасаясь перфорации или разрыва мочевого пузыря. Отсутствие мышечной ткани в биоптате приводит к ошибкам в определении степени опухолевой прогрессии. В исследование включены 1865 пациентов, 73 % из них мужчины. В 52 % случаев мышечная ткань присутствовала в биоптате, в 30 % случаев при описании отмечено ее отсутствие, а в 18 % случаев она даже не упоминалась. Пятилетняя смертность составила 8, 13 и 21,5 соответственно. Отмечено лучшее качество биопсии у мужчин. Авторы проанализировали результаты программы SEER (Surveillance, Epidemiology, andEndResults – течение, распространенность и исходы злокачественных новообразований). Результаты исследования опубликованы 22 октября в онлайн-версии журнала “Cancer”.

Рак мочевого пузыря составляет около 5 % от всех злокачественных новообразований. Мужчины болеют в несколько раз чаще, чем женщины. Пик заболеваемости приходится на возраст от 50 до 80 лет. Рак мочевого пузыря это одно из немногих злокачественных новообразований с достоверно известными факторами канцерогенеза. Промышленные канцерогены вызывают 20 % случаев заболевания. Некоторые исследования указывают на тридцатикратное увеличение риска у работников на производстве анилиновых красителей.

Как говорит автор исследования, доцент урологии Карим Шами (Karim Chamie): “Несмотря на достижения в области химиотерапии в течение последних двадцати лет, рак мочевого пузыря по-прежнему сопряжен с высокой смертностью. Вероятной причиной этого служат ошибки в определении степени опухолевой прогрессии и, как следствие, неадекватное лечение. Нарушение техники проведения биопсии подвергает опасности здоровье пациентов.”

Авторы исследования предлагают ввести новый результат при описании биопсий – “x”, указывающий на неадекватность проведенной биопсии. Нововведение позволит врачам определить необходимость повторной биопсии.

Больше случайных находок

В среднем у 15 % пациентов с подозрением на уролитиаз компьютерная томография выявляет инциденталомы (случайно выявленные образования). Динамическое наблюдение в течение года показало, что в 1/3 случаев требуются дополнительные обследования и даже оперативное лечение.

Такие данные приводят специалисты из королевской больницы Абердина (Aberdeen Royal Infirmary, Шотландия). В исследовании приняли участие 404 пациента с клинической картиной острой почечной колики. Динамическое наблюдение продолжалось на протяжении как минимум 15 мес. Инциденталомы выявлены в 26 % случаев. В 15 % случаев они потребовали дальнейшего изучения. В 18 случаях для уточнения диагноза использовалась компьютерная томография, в 13 случаях – ультразвуковое исследование, а в 1 случае – магнитно-резонансная томография. Шести пациентам потребовалось оперативное лечение, причем в трех случаях выявлены клинически значимые патологии (карцинома почки, саркоидоз, зрелая тератома, тубо-овариальный абсцесс, рак кишечника, опухоль мочевого пузыря). С наибольшей частотой встречались почечные (19) и легочные (16) инциденталомы. Исследование опубликовано в сентябрьском номере «Urology».

Один из авторов исследования, доктор Бхаван Рай (Bhavan Rai) отмечает: «Компьютерная томография является золотым методом диагностики уролитиаза, что неизбежно приведет к повышению выявления инциденталом. Такие пациенты потребуют дальнейшего наблюдения и лечения. Врач должен правильно преподнести пациенту неприятную новость об инциденталоме, успокоить его и разъяснить направление дальнейших действий».

Председатель American College of Radiology Incidental Findings Committee, доктор Линкольн Берланд (Lincoln Berland) добавляет: «Вне всякого сомнения, инциденталомы – частая находка, поэтому наш университет разработал алгоритм ведения пациентов с различными типами инциденталом. Необходимо отметить, что доктор Рай и его коллеги уже публиковали свои наблюдения в этой области. В предыдущем исследовании инциденталомы выявлены у 34 % из 900 пациентов, прошедших КТ органов брюшной полости в связи с подозрением на уролитиаз» УС

Подготовил **Иван Блохин**

Урология сегодня | № 6 (34) 2014

УЧРЕДИТЕЛЬ
ООО «Издательский дом «АБВ-пресс»
Руководитель проекта: Митрофанова Елена
mitrofanova@abvpress.ru

РЕДАКЦИЯ
Главный редактор: Камолов Баходур
Шеф-редактор: Кривобородов Григорий
Руководитель контент-группы: Шевченко Сергей
Ответственный секретарь: Сухачева Елена

ВЕРСТКА
Дизайнер-верстальщик: Гончарук Ольга

АДРЕС РЕДАКЦИИ И УЧРЕДИТЕЛЯ
115478, Москва, Каширское шоссе, д. 24, стр. 15
тел.: +7 (499) 929-96-19
e-mail: abv@abvpress.ru

ПЕЧАТЬ
ООО «Тверская городская типография»
Заказ № 2896
Тираж 9 500 экз.

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

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

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

В электронном виде газету получают подписчики сайтов
www.netoncology.ru (8300 адресов),
www.uroweb.ru (9850 адресов),
www.urotoday.ru (4000 адресов).
По вопросам подписки обращайтесь к Шургаевой Ирине по тел.: +7 (499) 929-96-19 или по электронной почте: baza@abvpress.ru.