



Урология сегодня

От редактора



Николай Александрович ГРИГОРЬЕВ

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

Глубокоуважаемые коллеги! Дорогие читатели!

Современная жизнь очень динамична, и мы не вправе ее тормозить. Напротив, мы обязаны стремиться не просто успевать следить за новостями, а создавать их.

Наша газета всегда старается знакомить вас с новейшими достижениями в диагностике и лечении урологических заболеваний, делиться интересными фактами из истории специальности, предлагать вашему вниманию дискуссионные материалы.

Все причастные к «Урологии сегодня» — заинтересованные, неравнодушные люди, которых я хотел бы искренне поблагодарить за их труд. Ведь он совсем не простой! Неподдельный и неиссякаемый энтузиазм, с которым проходит работа над каждым выпуском газеты, поддерживается ее издание — особенно в последние, очень нелегкие годы, — заслуживает глубокого уважения и низкого поклона.

Не могу не сказать сегодня эти слова как выражение признательности, поскольку я оставляю пост главного редактора газеты «Урология сегодня». Для меня было большой честью трудиться в этом замечательном коллективе. Теперь газету возглавит Дмитрий Юрьевич Пушкар — академик, главный уролог Минздрава РФ и Департамента здравоохранения г. Москвы. Это человек, не нуждающийся в представлении урологам. У меня нет никаких сомнений в том, что профессионал такого уровня, специалист с выдающимися организационными способностями сможет сделать наше издание еще интереснее.

Совсем скоро, в будущем году, «Урология сегодня» отметит свой 15-летний юбилей. Искренне надеюсь, что сложившиеся многолетние традиции продолжатся, а все привнесенные идеи, все начинания сделают ее содержание еще более насыщенным и полезным для врачей-урологов.

Хочу пожелать Дмитрию Юрьевичу и всем сотрудникам издательства успешной и плодотворной работы, а газете — еще больше читателей и дальнейшего процветания!

Примите лично от меня и от всей редакции поздравления с наступающим Новым, 2024 годом!

Будьте здоровы и профессионально успешны!



ИНТЕРВЬЮ

«Газета сегодня больше, чем газета»

В ближайшем будущем газету «Урология сегодня» ожидают большие перемены: во главе ее редакционного коллектива встанет главный уролог Минздрава РФ и Департамента здравоохранения г. Москвы, академик Дмитрий Юрьевич ПУШКАРЬ. Что нового ожидается с приходом нового руководителя и что останется неизменным, какую роль издание играет в жизни профессионального урологического сообщества и почему все это важно — об этом мы спросили самого Дмитрия Юрьевича.



— Дмитрий Юрьевич, вы становитесь главным редактором газеты «Урология сегодня». С чем связано такое решение? Ведь у вас и без того огромная занятость.

— Развитие специальности имеет определенные этапы, и урологи в разное время проходили по этому пути. Это казалось —

и, наверное, действительно было — для них самым важным. Когда придумали операционный стол, потом — первый цистоскоп, первый хирургический инструментарий, каждый думал, что прогресс непосредственно захлестнул именно его, и в этом прогрессе он — на вершине специальности.

Не став исключением, мы сегодня тоже осваиваем и осмысливаем уникальные диагностические методики, еще вчера казавшиеся невозможными; минимально инвазивные методы лечения, которые недавно трудно было представить. Такие онкологические операции стали каждодневными и возвращают к жизни многих ранее инкурабельных, неизлечимых больных.

Думаю, на всех этих этапах нельзя упустить главное: сохранить нашу специальность в целом и преэминентность в ней. Казалось бы, для чего в этом смысле нужна газета? Зачем нужно было, чтобы она получила следующую жизнь? И зачем она мне как главному специалисту?

Продолжение на с. 2 →

Новости

Вейпинг ведет к уменьшению размеров тестикул

Эксперименты турецких ученых на лабораторных моделях показали, что вейпинг, как и табакокурение, может привести к уменьшению размеров яичек, снижению фертильности и сокращению количества сперматозоидов.

Электронные сигареты и никотинсодержащие паровые распылители (вейпы) сегодня считаются эффективным средством для избавления от курения, однако сведений об их потенциальном вреде недостаточно. В ходе исследования эксперты провели измерения тестикул крыс до и после воздействия на животных дыма традиционных сигарет и вейпов, а также выявили биомаркеры оксидативного стресса в крови и гистологически измененных тканях яичек.

Количество сперматозоидов у «некурящих» особей составило 98,5 млн на 1 мл семенной жидкости, при вдыхании же паров вейпа — 95,1 млн на 1 мл. У грызунов, подвергавшихся воздействию табачного дыма, зафиксировано наименьшее число сперматозоидов: 89,0 млн на 1 мл. В этой подгруппе яички животных имели самые маленькие размеры и весили еще меньше, чем у крыс, которые вдыхали пары вейпа.

Таким образом, получили подтверждение имеющиеся данные о влиянии электронных и обычных сигарет на мочеполовую систему. В отчете, опубликованном испанским журналом *Revista Internacional de Andrologia*, авторы отметили, что жидкость для электронных сигарет, представленная как безопасная в исследованиях по преодолению никотиновой зависимости, может усиливать окислительный стресс и вызывать морфологические нарушения в тестикулах.

Научные изыскания в этом направлении будут продолжены в целях расширения знаний о последствиях вейпинга для мужского здоровья в целом. Это действительно важно, учитывая активную информационную кампанию относительно безвредности вейпов и их растущую популярность среди молодежи. Около 12 млн взрослых людей, а также множество детей и подростков (несмотря на возрастные ограничения) практикуют вейпинг.

Источник: Saygin H., Korgali E., Koç T., et al. The effect of smoking and electronic cigarettes on rat testicles. *Rev Int Androl.* 2023;21(3):100365. DOI: 10.1016/j.androl.2023.100365

«Газета сегодня больше, чем газета»

← Продолжение, начало на с. 1

— Да, ведь есть большое количество научных журналов, в которых вы активно сотрудничаете.

— Скажу так: урология сейчас находится на том этапе развития, когда мы должны убедить наших учеников в том, что развитие специальности — каким бы стремительным оно ни было — предусматривает врачебные этапы обучения. Невозможно «перескочить» определенные вехи становления специалиста: сегодня уролог совсем иной по сравнению с тем, каким он был столетие назад.

— Что изменилось?

— Это врач, образно говоря, другого порядка. Он должен знать не только урологию и онкологию, но и урогинекологию, генетику и эпигенетику, молекулярные основы клеточной терапии (мы сейчас пишем об этом методическое пособие), основы химио- и лучевой терапии, эндокринологию. Если хотите — неврологию и психологию. Вот таков современный уролог.

— Но таким сегодня, наверное, должен быть любой врач?

— Конечно. Но я говорю про урологию. Поэтому специализированная газета сегодня превращается в интегральный орган, который должен собрать всех нас воедино. Мне очень нравится «Урология сегодня» — и нравилась всегда.

— То есть вы давно читаете эту газету?

— Конечно. Огромное достоинство газеты в том, что на ее страницах находят отражение мультидисциплинарные проблемы. Это — первое, для чего нужно такое издание. А врач-уролог сегодня — именно такой мультидисциплинарный специалист.

Мы начали с того, что урология развивается, и на каждом этапе развития нам кажется, что уже сделано нечто такое, чего до нас никто не мог сделать. В этом году отметил юбилей один из самых выдающихся урологов нашей страны — академик Олег Борисович Лоран, ему исполнилось 80 лет.

— При этом он в строю, работает, оперирует.

— Олег Борисович — человек, оставшийся верным профессии в самом широком смысле этого слова. Он воспитал целую плеяду учеников, но речь еще и о том, что это специалист, который, разрабатывая самые сложные урологические направления, оставил их за урологией.

— Что это значит?

— Олег Борисович занимался реконструктивной урологией — это могло «уйти» в хирургию, стать одним из ее разделов. Он разрабатывал проблемы урогинекологии, и это могло интегрироваться в гинекологию. Он занимался вопросами онкоурологии, посвятил этому всю жизнь. Это очень важно для меня, много лет работающего в государственной структуре. Я мог бы руководить частной клиникой, но не делаю этого.

— Почему, с чем это связано?

— Я считаю, что у меня другая миссия. Оставшись в системе государственной медицины, я продолжаю дело Олега Бори-

совича Лорана. Надеюсь, что кто-то продолжит и мое дело. Я до конца не уверен, но это зависит и от меня: получится ли донести такую необходимость до молодых коллег, возникнет ли у них соответствующее желание. Скоро открывается Московский урологический центр на базе Боткинской больницы...

— ...которым вы руководите.

— Да. Он позволит создать в широком смысле урологическую школу, которая должна сделаться опорой для нашей специальности. Когда редакция предложила мне возглавить газету «Урология сегодня», я подумал об этом именно в аспекте такой возможности: чтобы любой уролог — ординатор, аспирант, кандидат или доктор наук, профессор, академик — мог бы на это издание опереться.

— В каком смысле?

— У нас сегодня есть возможность опереться на Российское общество урологов, Московскую урологическую школу, Московскую онкоурологическую школу, Российское общество онкоурологов. Это образовательные площадки, которые объединяют специалистов. Газета — тоже такая объединяющая площадка. Профессор Николай Александрович Григорьев внес свой огромный вклад, был прекрасным главным редактором, и мне очень приятно, что именно его эстафету я принимаю; это близкий мне по духу человек, очень большой друг и многолетний соратник.

Если говорить о профессиональных возможностях уролога, частная клиника — это тоже путь, но ни одно частное медучреждение в нашей стране не обеспечило такого поступательного развития молодому представителю этой специальности, как государственная структура. Мне хочется со страниц газеты сказать, что московское правительство и столичный Департамент здравоохранения очень много сделали. А как мы можем не говорить, например, об университетских клиниках? Мы же выросли в стенах МГМСУ — Московского государственного медико-стоматологического университета. Я остаюсь там заведующим кафедрой. Олег Борисович Лоран возглавляет кафедру в РМАНПО — Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования. И наша общая газета — с ее помощью мы еще теснее объединяемся со всеми урологами Москвы. Ведь развитие урологии в столице должно стать образцом для всей страны.

— Но разве их не объединит Московский урологический центр?

— Центр — это клиника, которая по решению С.С. Собынина и А.В. Раковой построена практически с нуля. Отреставрирован большой корпус на 200 коек, где будут урология и онкоурология в том числе. Но это не то же самое. Я как главный уролог Москвы, будущий главный редактор могу сказать, что это разные площадки, у каждой из которых своя роль. Все урологические отделения столицы интенсивно развиваются, во главе их стоят великолепные профессионалы. Поэтому абсолютно не может быть сомнений в том, что так и будет продолжаться. И газета будет об этом говорить, давая такую возможность каждому специалисту.

— О чем вы еще планируете писать в газете?

— На ее страницах мы будем говорить об образовании, приглашать для бесед различных специалистов. Это станет своего рода библиотекой непосредственно для молодых врачей: они смогут собрать эту газету, можно будет сделать дайджест.

Далее, каждый выпуск будет посвящен какому-то одному региону. Продолжится публикация лекций экспертов. Конечно, будет раздел о том, чем мы занимаемся сегодня: это медицина долголетия, в том числе андрология. Урологи одними из первых начали развивать эту тему. Очень многие отечественные ученые разрабатывают вопросы андрологии. Это будет в каждом номере.

Ну и, конечно, то, чем знаменито Российское общество онкоурологов, — онкология. И еще — великолепное знание всех сводов и положений, законов, касающихся нас, врачей. В газете «Урология сегодня» это тоже найдет свое отражение.

— Теперь в газете вы хотите освещать и региональные темы?

— Мне как главному специалисту Минздрава очень важно поддержать регионы. Для меня регионы — это разные люди, разные специалисты. Все они сегодня объединены клиническими рекомендациями, 907-м приказом¹ — это порядок помощи урологическому пациенту. Это стандарты, общий уровень знаний. Каждому специалисту нужно разложить их, как пазл, и подумать, в каком направлении ему развиваться, что именно взять на себя.

Сегодня создан не один десяток региональных урологических центров, работают многочисленные кафедры урологии. Ни одна из них не была закрыта за последние 15 лет. Риски, о которых мы говорили, теперь позади. Сейчас урология — полноценная специальность во всех российских регионах, и это очень важно. Потому что действительно был момент, когда люди жили слухами, а слухи — это плохо.

— О каких слухах идет речь?

— О том, что урология может исчезнуть, что амбулаторный уролог не нужен; врач общей практики или хирург может заменить амбулаторного уролога. Это недопустимо. В нашей стране более половины специалистов — урологи амбулаторные; я как врач-клиницист тоже выполняю эти функции, каждый день принимаю амбулаторных больных. Поэтому говорить о том, что урология может присоединиться к другой специальности, абсолютно не имеет смысла. Подобное уже в прошлом, и добились этого мы — я и мои коллеги.

— Таких разговоров больше нет и быть не может?

— Не может. Мы объединились. Здесь очень большая заслуга наших руководителей — академиков П.В. Глыбочко, А.А. Камалова, А.Д. Каприна, В.Б. Матвеева, А.Г. Мартова. У нас 10 академиков и членов-корреспондентов — урологов; нам есть с кем отстаивать специальность. И все это — за последние 15–20 лет. А мы помним время, когда у нас было «полтора академика». Урология была совершенно в другом виде.

— Газете «Урология сегодня» исполняется 15 лет. Ее уже многие знают.

¹Приказ Минздрава России от 12.11.2012 N 907н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «урология» (Прим. ред.).

— Моя задача — сделать так, чтобы каждый уролог страны стремился получить эту газету, хотел что-то сказать от себя. И чтобы ему было что сказать. Сегодня культура газетного, «бумажного» чтения уходит. Но мы пойдем в Телеграм. Издание будет переформатировано таким образом, чтобы люди спокойно могли читать выпуски в мобильном телефоне, когда едут в метро, в такси, в перерыве между операциями. Я так и читаю газету — где-то между консультациями, операциями, в командировках, когда лечу в самолете. Но я ее читаю как человек предыдущего поколения, на бумаге. Если она появится в Телеграме, это станет еще удобнее.

— Будут ли на страницах издания обсуждаться клинические рекомендации?

— Смотря в каком аспекте: если сможем сравнить наши, отечественные рекомендации с европейскими, международными — конечно, надо их обсудить. Но формат подачи должен быть оригинальный, потому что просто сухо говорить о таких документах неинтересно.

— Как вы себе это представляете?

— Нужен сравнительный формат: российские клинические рекомендации, американские, европейские. Ведь не существует медицины французской, английской и т. д. — медицина сегодня едина. Мы применяем все методы, которые используются на Западе, а зарубежные врачи используют наши. Очень много разработанных нами операций делаются за границей. В свою очередь, мы выполняем операции, предложенные западными коллегами. Этот процесс остановить невозможно. Но мне бы хотелось, чтобы всегда была возможность сравнить качество.

— Что можно ожидать при таком сравнении?

— Это очень интересно для специалистов, потому что они знают какие-то различия, делают выводы о том, что должны сделать мы или наши заграничные коллеги, чтобы улучшить качество диагностики и лечения.

— Если российский уролог прочитает это интервью и подумает, что какие-то зарубежные клинические рекомендации лучше, он может их применить? Имеет такое право?

— Конечно. Он может их применить — естественно, если утверждены к использованию соответствующие лекарственные препараты. Но дело в том, что отечественные рекомендательные документы давно приведены в согласование с мировыми. Каких-то больших противоречий нет и не может быть, потому что это единое целое.

Еще одна из насущных задач газеты — держать врача в курсе последних медицинских событий, чтобы это было интересно. Вместе с тем газета — это не журнал. Это выжимка, понятная и простая для специалиста: он прочитал газету, наметил себе характер действий. Профессия врача требует постоянного изучения чего-либо. Знаете ли вы, что у врачей болезнь Альцгеймера случается реже, потому что очень много нужно изучать, мозг постоянно работает?

— Кто читает газету «Урология сегодня», у того не будет болезни Альцгеймера?

— Можно сказать и так. Быть врачом сегодня — это постоянная тренировка мозга. И наша обязанность — объяснить специалисту, какой путь ему нужно про-

делать, о чем прочитать, что изучить, на чем сделать акцент. Обычный врач, у которого поток пациентов, не успевает прочитать в научном журнале даже одну статью. У нас обязательно будет раздел «Главные научные статьи апреля — мая», например. Очередной номер выходит каждые три месяца, и в него войдут рефераты главных статей, появившихся за это время. Словом, живая, интересная газета с какими-то модными вставками, которые интересуют уролога.

В нашем издании врач может ознакомиться с выжимкой этой и других публикаций; таким образом он будет в курсе актуальных медицинских новостей, проводимых исследований, дискуссий экспертов, новых методик лечения. То есть газета поможет урологу идти в ногу со временем.

— **Дмитрий Юрьевич, а что такое «модные вставки»?**

— Речь про новое оборудование, сейчас это в тренде: что происходит в этом плане, будет ли та или иная медицинская техника в России и на каком этапе ее регистрация, что нужно в этом плане сделать.

Для чего существуют профессиональные ассоциации? Чтобы давать драйв и одновременно помогать государству. Оно не всегда видит, в каком направлении, например, надо развивать урологию. Мы должны помочь как специалисты. Я не могу мыслить по-другому — тогда зачем нужны все эти об-

щества урологов? С одной стороны — чтобы образовывать людей, с другой — чтобы указать нашим руководителям, какое нужно зарегистрировать оборудование, какие необходимы препараты. «Урология сегодня» может стать рупором Российской академии наук. Урологи-академики могут высказаться в этой газете. Вот такая задача сегодня стоит перед нами. Повторюсь, газета сегодня — это инструмент, объединяющий специалистов.

— **Будете ли вы обсуждать именно проблемы урологии, давать площадку дискуссиям?**

— Обязательно! Я как главный специалист Минздрава буду просить наших российских урологов сообщать о том, что их беспокоит и что у них не так. Очень важно не бояться высказаться. Другой урологии у нас не будет. Необходимо сделать все, чтобы она развивалась на благо наших пациентов и учеников. Мне безразлично, какую урологию мы оставим после себя. Так бы мне хотелось как простому урологу, работающему 33 года на одном месте.

— **Какой же вы простой уролог, Дмитрий Юрьевич?!**

— А какой же? Я считаю себя простым урологом. Я занимаюсь экстренной урологией, онкоурологией, урогинекологией; весь день на работе — я не медицинский чиновник. Я знаю, как работает обычный

уролог, болею за это и представляю, что могу сделать, а что нет, и не стану обещать невыполнимого.

— **Я так понимаю, в газете вы тоже собираетесь работать с полной отдачей, а не просто исполнять роль главного редактора?**

— Разумеется. Недавно состоялось заседание профильной комиссии по порядку помощи урологическому пациенту. Моя задача — принять «урологический закон», который будет помогать врачам. Как только я пойму, что не могу это сделать, скажу: пусть делает кто-то другой — такой человек, который действительно может. Это очень важно, ведь номинальные главные специалисты стране сейчас не нужны — время «свадебных генералов» давно прошло.

Но вместе с тем невозможно объять необъятное, поэтому в «Урологии сегодня» хочется просто наметить и обеспечить пути развития, начать реализовать их и, возможно, подготовить в будущем себе на смену молодого главного редактора.

— **И каким будет преемник?**

— Он будет лучше, чем мы все вместе взятые; будет человеком, понимающим, что газета «Урология сегодня» — это самое главное и должно быть таким хотя бы полчаса в день. Вот сейчас мы всей клиникой пакуемся, переезжаем и находимся в непрестом положении, потому что кто-то из пер-

сонала осознает необходимость переезда, кто-то — пока нет. Но мы с вами нашли время все это, самое важное для нас, обсудить.

Надо осознавать — ты становишься главным редактором, и какое-то время это каждый день будет у тебя самым главным — помимо операций, работы в Московском урологическом центре, общения с коллегами и т. д. Если когда-нибудь я стану понимать, что для меня это не самое главное, сразу передам эстафету. Есть много достойных специалистов, способных ее принять, — людей ответственных, искренне болеющих за дело.

— **Вы переезжаете в Боткинскую больницу после 33 лет работы в этих стенах. Наверное, грустно?**

— Интересные ощущения... Мы уезжаем в Боткинскую больницу, где сложились многовековые медицинские традиции. Сегодня это огромная столичная больница, где всем предстоит работать совершенно по-другому. Это будет абсолютно иная структура. Приглашаем всех посмотреть Московский урологический центр — сейчас там проводятся экскурсии. Мы считаем, что он замечательный, и сумеем объединить урологов и трудиться на должном уровне. Российская урология — такая, какой должна сегодня быть, и я уверен, что она станет еще лучше. ☺

Беседовала Наталья Лескова

ИННОВАЦИИ



Екатерина Сергеевна ФИЛИПОВА

Уролог, д.м.н., доцент кафедры урологии, нефрологии и трансплантологии ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург

Терапия аутологичной плазмой в урологии

Препараты аутологичной плазмы известны в первую очередь как безопасные и эффективные стимуляторы регенерации тканей. Во многом благодаря этому терапия аутоплазмой, обогащенной тромбоцитами, все шире используется в различных областях медицины, и урология в этом отношении не является исключением. Положительные эффекты такого лечения находят применение при эректильной дисфункции, болезни Пейрони, восстановлении стенки мочевого пузыря, рубцовых процессах органов малого таза и других заболеваниях.

Применение PRP-препаратов

Аутологичная плазма, обогащенная тромбоцитами (АПТ, или PRP — *англ. platelet-rich plasma*), представляет собой приготовленный из крови пациента препарат плазмы, в котором тромбоциты содержатся в большей концентрации по сравнению с цельной кровью. В зависимости от методики получения АПТ может содержать или не содержать лейкоциты, фибрин и другие компоненты. В богатой тромбоцитами аутоплазме присутствует значительное количество факторов роста и цитокинов, необходимых для регуляции воспаления, стимуляции регенерации и обеспечения трофики тканей, заживления ран. Известно

более 30 подобных веществ, выделенных из тромбоцитарных α -гранул (табл.).

За счет большого разнообразия биологически активных соединений PRP-препараты стимулируют образование коллагена, индуцируют рост сосудов, участвуют в обеспечении гемостаза и уменьшении выраженности боли. Их применение снижает риск инфекционных осложнений, главным образом за счет противовоспалительного эффекта. В основе перечисленных механизмов лежит взаимодействие тромбоцитов с теми или иными клетками, запускающее в тканях-мишенях реакции пролиферации, клеточной миграции и синтеза экстрацеллюлярного матрикса.

Получение АПОТ

Существуют различные методы приготовления АПОТ, отличающиеся по количеству используемой цельной крови, типу приспособлений для ее забора и антикоагулянтов, параметрам центрифугирования, составу получаемого препарата и способу его активации. Независимо от этого под обогащением понимается выделение и последующее концентрирование плазмы с целью повышения относительного содержания тромбоцитов (количества их на единицу объема).

Процедура приготовления препаратов PRP включает:

- взятие крови в емкость (с антикоагулянтом или без него);
- центрифугирование крови и отделение плазмы с высокой концентрацией тромбоцитов;
- активацию тромбоцитов (не обязательно);
- перенесение полученной АПОТ в шприц;
- введение (инъекцию) аутоплазмы в ткани.

Для забора и центрифугирования крови могут использоваться коммерческие наборы либо стандартные пробирки и шприцы с антикоагулянтом. На практике наиболее

удобны наборы и специальные вакуумные пробирки, отличающиеся, однако, высокой стоимостью. У пациента из локтевой вены забирают в среднем 50–100 мл крови; при необходимости добавляется антикоагулянт (наиболее часто — цитрат или гепарин).

Центрифугирование, которое может быть одно- или двухэтапным, имеет целью удаление эритроцитов и создание высокой концентрации тромбоцитов. В.Л. Медведев и соавт. рекомендуют выполнять его в два этапа. Вначале кровь подвергают центрифугированию в течение 15 мин при скорости 2000 об/мин. Затем плазму с тромбоцитами отбирают шприцем, переливают в чистую пробирку и повторно центрифугируют 10 мин при 3500 об/мин. При этом из 100 мл цельной крови получается 15–22 мл плазмы с концентрацией тромбоцитов, 6-кратно превышающей таковую в крови.

Активацией АПОТ называется процесс дегрануляции тромбоцитов, приводящий к слиянию α -гранул с клеточной мембраной с последующим высвобождением содержащихся в них секреторных белков. Именно дегрануляция запускает каскад биологических эффектов, опосредуемых этими молекулами. Естественная активация

Окончание на с. 5 →

Стереотаксическая радиохирургия при онкозаболеваниях предстательной железы: современный инструмент для потенциально излечимой патологии

На протяжении двух последних десятилетий содержание лучевой терапии (ЛТ) как лечебного метода существенно изменилось. Значительно расширился спектр показаний к нему; стал возможным контроль лечения в реальном времени. Особое место принадлежит уникальной разновидности лучевой методики — стереотаксической радиохирургии (СРХ), занявшей отдельную нишу в лечении онкопатологии предстательной железы (ПЖ). Сочетание высокоточных дозиметрических расчетов, гибких совершенствующихся технологий, глубокого понимания радиобиологии и прогрессивно накапливающегося опыта позволяет называть специалистов по радиохирургии опухолей ПЖ радиационными онкохирургами — «хирургами без ножа».



Салим НИДАЛЬ

Клинический и радиационный онколог, к.м.н., директор Института онкологии, руководитель центра радиационной онкологии и радиохирургии АО «Европейский Медицинский Центр» (ЕМС), Москва

Согласно статистическим данным, в РФ за последние 10 лет у мужчин на фоне снижения смертности от всех злокачественных новообразований отмечается ее рост, ассоциированный с рядом локализаций, включая поражение ПЖ — только в 2021 г. он составил 1,4 % [Каприн А.Д. и соавт., 2022]. В ряде же других государств, например США, обусловленная раком предстательной железы (РПЖ) смертность, наоборот, снижается, что связано прежде всего с внедрением скрининга на простатспецифический антиген (ПСА) и усовершенствованием лечения [Howlader N. и соавт., 2016], в том числе за счет прогресса в лучевой терапии (ЛТ) [Michalski J.M. и соавт., 2014].

закljučаются в функциональной составляющей — частоте и выраженности недержания мочи, эректильной дисфункции (ЭД) и иных нежелательных явлений (НЯ). Задача представленного материала — рассказать врачам об особенностях и перспективах такой терапевтической стратегии, какой является СРХ.

Преимущества стереотаксической радиохирургии

При РПЖ наряду с длительными (39–42 сеанса) курсами конформной фракционной ЛТ применяются и более короткие курсы гипо- и ультрагипофракционного лечения. Последний вариант как раз и представляет собой СРХ, при которой лечебное воздействие реализуется за 5–7 процедур.

СРХ — это прецизионный дистанционный способ доставки высоких доз ионизирующего излучения к ограниченному объему опухоли (мишени) с минимальным повреждением окружающих тканей. Радиохирургическая процедура проводится по методике RapidArc, или VMAT (volumetric modulated arc therapy — ротационное объемно-модулированное облучение) под контролем рентгеновской визуализации положения мишени и органов риска на бД радиотерапевтическом

противопоказанием для традиционной хирургии, не является ограничением к проведению СРХ. В каждом случае подбирается индивидуальный режим фракционирования, который зависит от стадии болезни и группы риска, фонового состояния больного, объема ПЖ и близости расположения здоровых органов. Такое лечение заканчивается безболезненно за 4–7 дней и может быть проведено амбулаторно, не вызывая снижения качества жизни и негативного влияния на повседневную активность. Пациент может находиться дома, в окружении семьи, продолжать работать. При этом полностью сохраняется целостность ПЖ и мочевыводящих путей на всем протяжении.

Контроль качества лечения непосредственно в режиме реального времени — один из приоритетов адаптивной ЛТ под визуальным контролем (image-guided radiation therapy, IGRT). Начало каждой радиохирургической процедуры сопровождается выполнением низкодозной КТ в коническом пучке (cone beam computed tomography, СВСТ) для визуализации не только мишени и близлежащих органов, но и амплитуды движения данных структур. Даже субмиллиметровое смещение корректируется бД лечебным столом и контролируется на протяжении всего терапевтического сеанса.

опухоли. Новые технологии позволяют практически полностью минимизировать побочные эффекты, предохранить окружающие мишень нормальные органы и ткани от лучевого воздействия за счет точности в подведении дозы и позиционировании пациента. Наряду с этим достигается снижение количества фракций и увеличение однократной дозы облучения. На сегодняшний день SBRT по методике VMAT представляет собой наиболее современный метод доставки ионизирующего излучения с лучшими показателями распределения предписанной дозы в мишени [Hodges J.C. и соавт., 2021].

Важной составляющей терапевтического результата является использование передовых физических моделей при дозиметрическом планировании с индивидуальным подбором радикальной дозы в зависимости от объема лечения. Наряду с этим процесс и результат рассматриваемого вмешательства, безусловно, зависят от опыта радиационного онколога (радиохирурга) и уровня технического обеспечения, т. е. оснащенности медицинского учреждения. Эти же факторы определяют и частоту возникновения осложнений.

Несмотря на кажущуюся простоту лечебной тактики, каждый клинический случай должен обсуждаться коллегиально — командой во главе с ведущим урологом-хирургом, радиационным онкологом, специализирующимся на радиохирургии ПЖ и знающим нюансы ее проведения, а также клиническим онкологом. Только так может быть выбран правильный прецизионный алгоритм действий для конкретного пациента.

До недавнего времени исследования показывали одинаковый уровень 5-летнего безрецидивного контроля опухоли как при оперативном лечении, так и в случае традиционной конвенциональной ЛТ, равный 81 % в группах низкого и промежуточного риска заболевания. Различия заключались лишь в том, что в первом случае прогнозируемый риск осложнений в виде недержания мочи и ЭД составлял 13 %, а при ЛТ вероятность возникновения побочных реакций со стороны мочевого пузыря и прямой кишки была равна 5 %. При высоком же риске заболевания комбинация лучевой и гормональной терапии имела ряд преимуществ перед хирургической тактикой.

Революционный прорыв в технологических возможностях (включая визуализацию мишени) и физическом планировании лечения, реализованный группой радиационных онкологов из ведущих мировых центров (Memorial Sloan Kettering Cancer Center, MD Anderson Cancer Center), имел одним из результатов значительное повышение показателя 5-летнего безрецидивного контроля заболевания при локализованном поражении до 95–98 % за последние 10 лет. При этом вероятность побочных эффектов

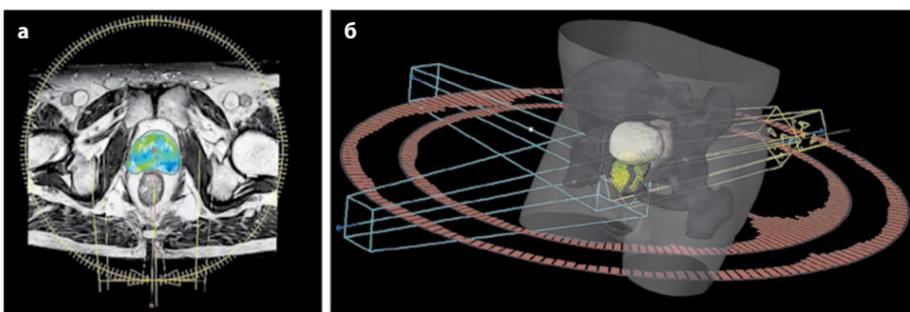


Рисунок 1. Схема актуального распределения дозы при стереотаксической радиохирургии (а). Пример расположения арок при использовании технологии VMAT – IG-SBRT (б).

В России и ряде других стран, где традиционно большое внимание уделяется хирургии как главной опции лечения неметастатического локализованного и местнораспространенного РПЖ, в клиническую практику все шире входят новые методики и технологии. Инвалидизирующие операции с длительной послеоперационной реабилитацией постепенно сменяются лапароскопическими робот-ассистированными вмешательствами с минимальным периодом восстановления. Длительные курсы двухмерной (2D) конвенциональной/конформной фракционной ЛТ также претерпели эволюцию, усовершенствовавшись до 5–7-дневных курсов стереотаксической радиохирургии (СРХ) (stereotactic body radiation therapy, SBRT). Онкологическая часть у вмешательств схожа; различия

столе в режиме реального времени (image-guided stereotactic body radiation therapy, IG-SBRT) (рис. 1 а, б).

Использование совмещения изображений (fusion-technology) позволяет одновременно визуализировать патологические изменения по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) и метаболический объем опухоли при позитронноэмиссионной томографии (ПЭТ) (18F-PSMA) с компьютерной томографией (КТ) высокого разрешения — ПЭТ-КТ в планирующей системе для радиохирургии (рис. 2).

Цели и задачи

Главная цель СРХ — подведение к опухоли радикальной дозы облучения за минимальное количество сеансов. Коморбидное состояние, которое может служить

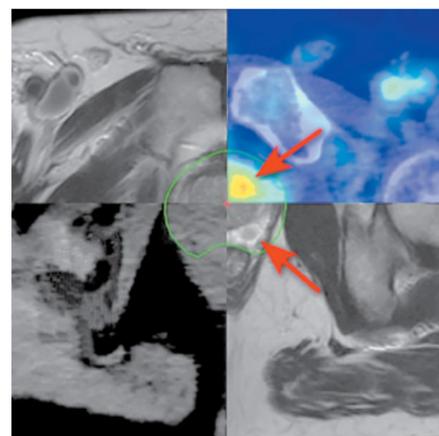


Рисунок 2. Совмещение (fusion-technology) данных инструментальных методов исследования (МРТ органов малого таза, ПЭТ/КТ с 18F-PSMA) в планирующей системе. Стрелками обозначены метаболический очаг при ПЭТ/КТ (вверху) и патологические изменения на МРТ (внизу).

Прецизионной методике — современное оснащение и профессионализм

Для СРХ требуется соответствующее оборудование, которое тоже постоянно совершенствуется. В аппараты ЛТ современного поколения встроены ультратонкие мультилепестковые коллиматоры, с помощью которых создается высококонформное распределение дозы, максимально приближенное к форме (конфигурации)

Нюансы терапии простатита — собираем пазл

Простатит — знакомая, но от этого не менее трудная «урологическая загадка». В данном материале представлены основы диагностики, а также наиболее свежие и актуальные данные, посвященные эффективности медикаментозной терапии при различных категориях заболевания.



Егор Андреевич СОКОЛОВ

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

Классификация, этиология и патогенез

Предложенная Национальным институтом здравоохранения США классификация (табл.) в настоящий момент является общепринятой и наиболее адекватно отвечает требованиям научной и клинической практики. Необходимо отметить не упомянутый в данной классификации гранулематозный простатит, изредка встречающийся у пациентов после БЦЖ-терапии и при системном туберкулезе. Основную долю в структуре заболеваемости составляет хронический простатит (ХП) категорий IIIA и IIIB — более 90 % случаев, тогда как на бактериальную этиологию приходится не более 5–10 %. Наиболее частой причиной бактериального простатита являются представители семей-

ства энтеробактерий: *Escherichia coli* вызывает 65–80 % инфекций. В 10–15 % случаев выявляются *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella* и *Enterobacter aerogenes*. Множество работ указывают на относительно частое (8–31 %) обнаружение *Chlamydia trachomatis* и *Ureaplasma urealyticum* у мужчин с симптомами ХП. Воспаление предстательной железы также может быть вызвано грибковой или вирусной инфекцией, однако стоит отметить отсутствие системной оценки влияния данных агентов при ХП.

Анатомическая и динамическая обструкция (нарушение оттока мочи) может быть напрямую вовлечена в патогенез простатического синдрома, приводя к хроническому нейропатии вследствие повышенной стимуляции автономных нервных волокон, или к внутрипростатическому рефлюксу мочи, что может провоцировать инфицирование с формированием простатических конкрементов и биопленок. В результате повышается резистентность микроорганизмов к антибактериальной терапии. Одним из возможных звеньев патогенеза ХП могут быть неврологические причины — сенсорные или моторные нарушения регуляции нижних мочевых путей, вызванные патологией центральной нервной системы, а также периферические поражения (например, нейропатия вследствие сдавления пудендального нерва). Психологические факторы всегда играли важную роль в развитии

Таблица. Классификация простатита (Национальный институт здравоохранения США/NIH)

| Категория | Описание |
|--|---|
| Категория I (Острый бактериальный простатит) | Острое инфекционное воспаление предстательной железы |
| Категория II (Хронический бактериальный простатит) | Хроническое инфекционное воспаление предстательной железы |
| Категория IIIA (Хронический простатит/воспалительный синдром хронической тазовой боли) | Значимое количество лейкоцитов в секрете простаты, в порции мочи после массажа простаты |
| Категория IIIB (Хронический простатит/невоспалительный синдром хронической тазовой боли) | Незначимое количество лейкоцитов в секрете простаты, в порции мочи после массажа простаты |
| Категория IV (Асимптоматическое воспаление предстательной железы) | Лабораторные или гистологические признаки простатита при отсутствии клинической картины |

и обострению симптомов ХП. Недавние исследования указали на высокую частоту и принципиальное влияние на исходы заболевания таких факторов, как уровень депрессии, катастрофизация боли, повышенный уровень тревоги, стресс. Хотя мнение ряда авторов о возможном психосоматическом характере ХП кажется спорным, аккуратная психологическая коррекция может существенно улучшить состояние и эффективность лечения пациентов с данной патологией. В отличие от острого бактериального простатита, патогенез ХП/синдрома хронической тазовой боли (СХТБ) является многофакторным. Первичное воздействие — например, инфекция, рефлюкс или травма — запускает сложный каскад реакций у анатомически и генетически предрасположенного мужчины, вызывая локальный воспалительный ответ и/или местные неврологические нарушения. В дальнейшем иммунологические, нейропатические и психологические механизмы усиливают и поддерживают хроническое течение заболевания.

к застою секрета и усилению воспаления. Об этом необходимо помнить — одно состояние не исключает другое, и зачастую разорвать порочный круг возможно лишь при терапии, направленной на оба заболевания.

Лечение: как учесть все аспекты?

Принципы терапии острого простатита вызывают меньше вопросов и строятся на основе концепции «трех А» (термин заимствован из англоязычной литературы): Антибиотики, Альфа-блокаторы, Anti-inflammatories (противовоспалительная терапия). Роль адекватной антибактериальной терапии при остром простатите не вызывает никаких сомнений. НПВС могут уменьшить болевой синдром, отек и элиминируют местные признаки воспаления в простате, а альфа-адреноблокаторы (α -АБ) снижают инфравезикальную обструкцию и улучшают отток мочи, облегчая выраженную симптоматику, обычно сопутствующую острому простатиту.

Говоря о терапии ХП/СХТБ, данную концепцию можно расширить до «пяти А», включив в нее 5-альфа-редуктазы ингибиторы (5-АРИ) и исключение (Avoidance) пищевых и физических привычек, ухудшающих симптоматику. В качестве основных рекомендаций выделяют: исключение еды/напитков, вызывающих обострение симптомов; активный образ жизни, умеренную физическую активность (ходьба, плавание и т. д.), исключение длительного нахождения в сидячем положении, езды на велосипеде; достаточный прием жидкости; регулярную половую жизнь; локальное прогревание (горячие ванны и др.). Финастерид и дутастерид могут вызывать регресс простатической железистой ткани, уменьшая ее воспаление, улучшая поток мочи и снижая интрапростатический рефлюкс. Их применение не показано в режиме монотерапии и целесообразно при сочетании ХП и ДГПЖ у пациентов старше 50–60 лет. Эффект достигается при длительном лечении (не менее 6 мес).

Хотя положительные результаты бактериологического исследования отмечаются лишь в 5–10 % случаев ХП, бактериальная инфекция может напрямую влиять на клиническую картину заболевания. Фторхинолоны остаются основной группой препаратов. Не все пациенты отвечают на антибактериальную терапию, и в случае отсутствия эф-

Трудности диагностики

Если при остром простатите клиническая картина достаточно характерна и обычно требует проведения дифференциальной диагностики лишь с другими острыми инфекционными заболеваниями, то в случае ХП диагностический поиск должен быть существенно шире. Необходимо исключить другие причины, способные являться источником схожей симптоматики: рак и доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), рак мочевого пузыря, интерстициальный цистит, камни мочевого пузыря и нижних отделов мочеточников, аноректальная патология, неврологические расстройства. Несмотря на существенное развитие инструментальных методов и методик визуализации, основой для диагноза ХП остаются лабораторные исследования (двух-/трехстаканная проба мочи).

Простатит и ДГПЖ — состояния, которые часто «идут в связке» и формируют условный порочный круг. Выраженное воспаление в простате наблюдается в 3,7 раза чаще при наличии картины ДГПЖ (рис. 1) и может играть существенную роль в патогенезе развития и прогрессии гиперплазии (пролиферация, фиброз, дисфункция гладкой мускулатуры), а увеличение простаты в свою очередь ведет

БЫСТРОТА В ФОКУСЕ!



ПЕНЕСТЕР®
Ингибитор 5-альфа редуктазы⁵

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



ФОКУСИН®
Альфа 1-адреноблокатор¹
Тамсулозин с высокой степенью уроселективности²

Купирует СНМП* за первые 4 дня терапии³
Предотвращает прогрессирование симптомов⁴

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

Информация для специалистов здравоохранения.

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Фокусин. 2. Пушкарь Д.Ю. и соавт. Исследование степени «уроселективности» препарата «Фоксин» (тамсулозин) и его генерических аналогов. Consilium medicum, 2009; 7: 66-69. 3. Flannery MJ, et al. Curr Med Res Opin 2006; 22(4): 721-730. 4. Maderbacher S et al. Eur Urol. 2004;46:547-554. Roehrborn C et al. J Urol. 2008; 179:616-621. Roehrborn C, Heaton J. Eur Urol Suppl. 2006;5:716-721. 5. Инструкция по медицинскому применению препарата Пенестер.

фекта при стандартном 4-недельном курсе в дальнейшем не следует назначать антибиотиков при отсутствии данных за инфекцию в простате. В качестве возможных вариантов терапии активно исследуются и применяются сульфаметоксазол + триметоприм, доксицилин и метронидазол (при наличии специфического возбудителя), а в последнее время — фосфомицин.

Интересно, что α -АБ могут быть эффективны при ХП за счет не только снижения тонуса простатической стромы, но и «разрыва» механизмов порочного круга воспаления внутри простаты. Еще одна точка приложения — α 1-адренорецепторы иммунных клеток. Так, недавние исследования указывают на возможность тамсулозина корректировать негативные изменения в модели повреждения тканей мочевыводящей системы за счет уменьшения воспаления (снижение экспрессии провоспалительных цитокинов TNF- α , IL-6, IL-8 и др.), ингибирования высокой экспрессии факторов фиброза (Col-1, TGF- β 1), снижения окислительного стресса и повреждения тканей. Доклинические данные подтверждают и клиническими исследованиями: добавление тамсулозина к левофлоксацину при ХП в 2 раза эффективнее уменьшало выраженность боли, мочевых симптомов по сравнению с левофлоксацином в моно-

режиме. Два крупных системных обзора, опубликованных в 2023 г., указывают на существенное снижение болевой симптоматики у пациентов с ХП/СХТБ при длительном (более 3 мес) приеме α -АБ.

Последние обширные системные обзоры литературы демонстрируют низкую изолированную эффективность массажа простаты и физиотерапевтических методов

(магнитотерапия, лазеротерапия, термотерапия, электростимуляция, тренировка мышц тазового дна) в лечении ХП, однако они могут быть эффективны в качестве элементов мультимодальной терапии. Необходимо отметить, что массаж простаты противопоказан при остром простатите, а ряд исследований указывают на сравнительную эффективность частой эякуляции

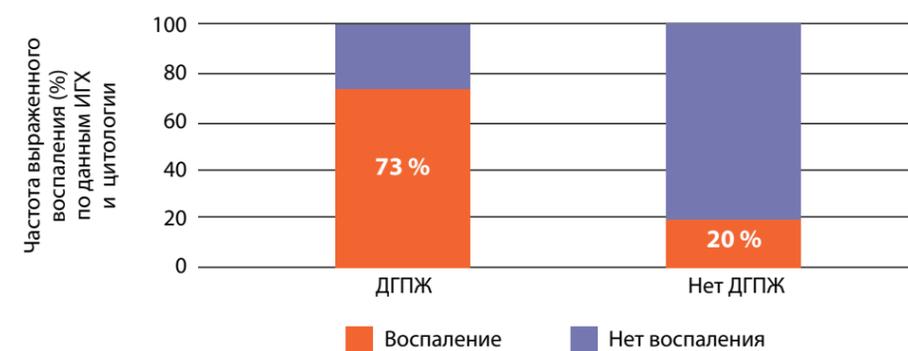
в дренировании секрета при хроническом течении заболевания. Продemonстрировано также положительное влияние акупунктуры при ХП/СХТБ. В ряде случаев течение ХП сопровождается выраженной психосоциальной дезадаптацией. Участие психолога в лечении пациента, адекватная поведенческая терапия и при необходимости коррекция тревожных и депрессивных расстройств могут существенно улучшить результаты терапии.

Вывод

Лечение простатита (особенно ХП/СХТБ) — сложная задача, требующая комплексного персонализированного подхода. Отсутствие единых общепринятых стандартов, недостаток доказательной базы относительно эффективности тех или иных методов терапии, а также значительное разнообразие течения заболевания существенно затрудняют лечение пациентов с данной патологией. Принципиально важным является определение «фенотипа» пациента (выделение преобладающих симптомов и жалоб в клинической картине болезни) и построение индивидуальной схемы лечения с учетом имеющихся научных и клинических данных. 

Список литературы находится в редакции

Сравнение частоты выраженных воспалительных изменений в простате при наличии и отсутствии ДГПЖ



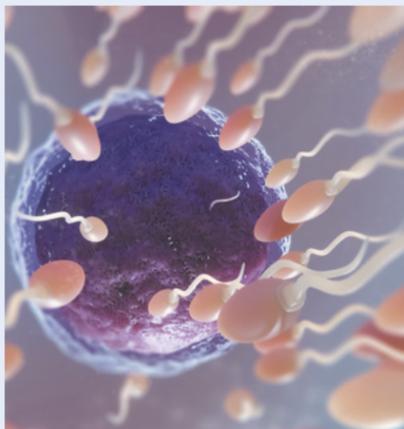
При ДГПЖ частота выраженного воспаления в 3,7 раза больше, чем в отсутствие ДГПЖ

Рисунок. Частота выраженных воспалительных изменений в простате при отсутствии и наличии ДГПЖ.

Новости

Сперматозоиды обходят третий закон Ньютона благодаря своей гибкости

Группа исследователей из Киотского университета (Япония) обнаружила, что сперматозоиды и водоросли *Chlamydomonas* перемещаются с меньшими усилиями, чем это должно происходить согласно третьему закону Ньютона. Опубликованные в журнале *PRX Life* данные представляют новый взгляд на движение клеток в среде с повышенной вязкостью.



Ученые, специализирующиеся в области гидродинамики и математического моделирования, применили известную модель антисимметричных упругих колебаний к нелинейному характеру движения. При перемещении сперматозоидов жгутики, составляющие значительную часть их длины, волнообразно изгибаются, реагируя на состояние жидкости. Используя в расчетах соответствующие изменяемые параметры, авторы эксперимента установили необычные характеристики передвижения клеток в вязкой жидкости. Оказалось, что хвосты сперматозоидов и жгутики водорослей демонстрируют

так называемое невзаимное взаимодействие со средой, что позволяет им двигаться, минимизируя потерю энергии. Это проявляется в том, что к моменту приложения противодействующей силы к клетке ее форма успевает измениться таким образом, чтобы компенсировать внешнее воздействие жидкости, рассеивающее энергию жгутика. Ввиду этого отсутствует сильное тормозящее влияние на движущуюся клетку в соответствии с третьим законом Ньютона, предполагающим равное и противоположно направленное противодействие.

Наблюдаемый феномен назван «странным упругостью»; введено новое понятие — модуль антисимметричной упругости — для более точного описания действующих на клетки сил.

Открытие этих особенностей сперматозоидов и водорослей может иметь важное практическое применение. По мнению авторов, результаты исследования помогут в разработке самособирающихся роботов малого размера, которые имитируют живые системы. Используемые же методы моделирования, вероятно, окажутся полезными для лучшего понимания некоторых принципов коллективного поведения.

Источник: Ishimoto K., Moreau C., Yasuda K. Odd elastohydrodynamics: non-reciprocal living material in a viscous fluid. *PRX Life* 2023;1(2):023002:1–16. DOI: 10.1103/PRXLife.1.023002

Клиническая задача

20-летнему мужчине произведено ушивание разрыва мочевого пузыря вследствие перелома костей таза. Через 2 месяца у пациента восстановлено самостоятельное мочеиспускание, но сохраняется подтекание мочи через надлобковый свищ.

ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА:

- КТ-урография.
- МРТ органов малого таза.
- Фистулография.
- Уретроцистоскопия.
- Уродинамическое исследование.



Ответ на клиническую задачу, опубликованную в УС № 3 (74) 2023

Ортостатическая гипотензия не служит противопоказанием к назначению блокаторов α -адренорецепторов, если нет постуральных симптомов: головокружения, синкопальных состояний. Препараты этой группы, включая алфузозин, являются 1-й линией терапии для пациентов с ДГПЖ/СНМ, при этом эффективность такого лечения не зависит от объема простаты. Среди всех используемых α -адреноблокаторов алфузозин реже всего (<1%) вызывает эякуляторную дисфункцию. На фоне приема финастериды отмечается уменьшение объема эякулята, а терапевтический эффект развивается лишь через несколько месяцев. При трансуретральной инцизии предстательной железы (ТУИП), несмотря на более низкую по сравнению с ТУР частоту эякуляторной дисфункции, этот показатель достигает 11%. После трансуретральной вапоризации (ТУВП) часто возникает ретроградная эякуляция. В случае отсутствия эффекта от алфузозина можно рассмотреть установку системы UroLift®, однако в настоящее время не рекомендуется использование ее в ситуациях, когда имеется увеличение средней доли железы. Другой вариант при неэффективности консервативной терапии или отказе пациента от нее — абляция простаты водяным паром посредством технологии Rezum®.

АБВ
ПРЕСС
ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ

www.abvpress.ru

Мобильное приложение

Бесплатно — для смартфонов и планшетов iOS и Android

- Газеты
- Клинические рекомендации
- Справочники для специалистов
- Удобный функционал: возможность чтения offline

Реклама

СОВРЕМЕННЫЙ И УДОБНЫЙ СПОСОБ ЧТЕНИЯ — ИНФОРМАЦИЯ ВСЕГДА ПОД РУКОЙ!

Рак простаты низкого риска: переименовать нельзя называть «рак»?

Многопрофильная группа экспертов, включая представителя пациентского сообщества, рекомендует отказаться от определения «рак» применительно к новообразованиям предстательной железы (НПЖ) очень низкого/низкого онкологического риска (low-grade), обнаруживаемым на ранних стадиях. Полагают, что этот шаг позволит снизить стрессовую нагрузку у пациентов и их близких, избежать необоснованных вмешательств и претензий со стороны страховых компаний, а также может оказаться полезным в иных отношениях.

«Реинкарнация» темы

Ежегодно в США регистрируется около 268 тыс. новых случаев рака предстательной железы (РПЖ), при этом до половины выявляемых новообразований изначально оцениваются в 6 баллов по шкале Глисона. Будучи низкодифференцированными, они не попадают в категорию высокого риска — согласно проспективным исследованиям, менее 1 % этих опухолей метастазируют или приводят к летальному исходу на протяжении 15 лет после первичной диагностики. Поэтому их злокачественный потенциал реализуется крайне незначительно.

Конечно, идея — по крайней мере, публично озвученная — отказа от дефиниции «рак» для характеристики таких опухолей не нова, и в этом нет ничего удивительного. Например, в 2011 г. с подобной инициативой выступила Независимая комиссия Национального института здравоохранения США. Впоследствии проблема стала еще актуальнее, чему во многом способствовало широкое распространение при ряде неоплазий подхода, основанного на динамическом контроле. «Реинкарнация» темы нашла отражение в дискуссионном материале, опубликованном в марте 2022 г. на страницах *Journal of Clinical Oncology*.

В пользу переименования

Актуальные на сегодняшний день рекомендательные документы в абсолютном большинстве случаев позиционируют «тщательное/активное динамическое наблюдение» как предпочтительную опцию при НПЖ low-grade. Они весьма редко ведут к клинически значимым последствиям без немедленного лечения, а попытки различного рода воздействий могут иметь результатом осложнения в виде недержания мочи, развития/прогрессирования эректильной дисфункции и т. д.

В статье среди прочего проводится мысль о том, что удаление определения «рак» из формулировки диагноза НПЖ с очень низким/низким риском может способствовать уменьшению количества нецелесообразных медицинских вмешательств. Действительно, это слово само по себе воздействует на многих исключительно негативно и нередко — откровенно пугающе.

Исходя из факта наличия у себя злокачественного новообразования (ЗНО), большинство больных настаивают именно

«Использование альтернативного термина может привести к более «небрежному» отношению пациентов к тактике активного наблюдения, включающей повторную визуализацию и биопсию»

на активизации врачебной тактики — удалении опухоли, лучевой или лекарственной терапии (химио-/гормональной/таргетной), иммунотерапии, хотя необходимости в этом нет.

С другой стороны, попытки врача разъяснить пациенту или его близким правильность предлагаемого «умеренно-сдерживающего» подхода чаще всего оказываются безуспешными.

Люди не воспринимают доводы в пользу низкого риска ЗНО и относительно благоприятного прогноза, находясь под мощным психологическим прессингом, либо оказываются не в состоянии выйти из рамок некоей создавшейся парадигмы, зачастую считая необходимым, что называется, «перестраховаться». Иногда же в результате вполне позитивной беседы у пациента формируется ощущение неполноты сообщаемых врачом сведений либо впечатление о его недостаточной компетентности.

Так или иначе, только в США ежегодно до 40 % больных с РПЖ GS6 — а это несколько тысяч мужчин — выбирают в подобных ситуациях активное лечение (в котором не нуждаются), предпочитая его динамическому наблюдению, резюмируют эксперты.

Один из авторов обсуждаемого материала — онкоуролог, профессор хирургии Чикагского университета д-р С. Эггенер — в интервью *Medscape Medical News* отметил, что сокращение объемов необоснованного лечения и связанных с ним затрат при low-grade РПЖ поможет снизить нагрузку на систему здравоохранения и улучшить качество жизни пациентов с этим заболеванием, имеющих повышенную вероятность депрессии/суицида и в дополнение ко всему сталкивающимся с повышенными ставками при страховании жизни, получении банковских кредитов и пр.

Ученый подчеркивает, что к настоящему времени формулировка «рак» уже перестала применяться в характеристике некоторых новообразований низкого риска с локализацией в мочевом пузыре,

шейке матки, щитовидной железе; лишены такого определения и новообразования простаты с GS2–5.

Диагноз «рак» пугает, но и мотивирует

Противники переименования РПЖ GS6 полагают, что не следует менять это название из-за наличия в опухоли ключевых молекулярных признаков малигнизации. На этом, в частности, настаивает д-р Дж. Эпштейн, профессор патологии, урологии и онкологии Университета Джона Хопкинса в Балтиморе. «Но что еще более важно, — развивает свою мысль эксперт, — классификация по шкале Глисона не гарантирует фактического отсутствия у больного более продвинутой стадии рака, а лишь говорит о том, что в указанном образце такие признаки не были обнаружены. Кроме того, использование альтернативного термина может привести к более «небрежному» отношению пациентов к тактике активного наблюдения, включающей повторную визуализацию и биопсию. Стоит ли говорить, как опасно бросаться из одной крайности в другую — от страха перед раком к его игнорированию».



К этому можно добавить такие аргументы, как известный субъективизм морфологической оценки, зависящий от многих факторов, и т. д.

Важно помнить, что при всей позитивной нацеленности речь в каждом случае идет о конкретном человеке в уникальной клинической ситуации, когда прежде всего должна учитываться скорость опухолевой прогрессии (включая инвазию окружающих тканей) — параметр, как известно, крайне индивидуальный. Наконец, нельзя сбрасывать со счетов наблюдаемое — хотя и не столь часто — у лиц определенного психотипа «мобилизующее» воздействие обнаружения онкопатологии.

Проведенный в 2022 г. редакцией газеты «Онкология сегодня» среди отечественных специалистов-онкологов опрос показал, что большинство из них не видят необходимости в изменении диагностической формулировки для высокодифференцированных НПЖ. Главный смысл преобладающей точки зрения сводился к тому, что слово «рак», безусловно, пугает пациента, но в то же время мотивирует его к соблюдению рекомендаций врача и активному наблюдению. «Уход» же от основополагающего определения, сущности болезни — это своего рода путь к очередному когнитивному диссонансу на фоне неоднородной информации, что едва ли облегчит контакт с больным.

Вопрос остается открытым

Рассматриваемая проблема сложнее и глубже, чем может показаться на первый взгляд. Безусловно, точность определений чрезвычайно важна, особенно в онкологии. И хотя сущность патологических изменений никак не меняется от названия, любая классификация всегда условна, а реальная «грань злокачественности» бывает более тонкой и не всегда уловимой. При этом интересы пациента (объективные, а не «сиюминутные») должны находиться в неизменном и неизбывном приоритете.

Терминологическая «точка» — по крайней мере, на настоящем этапе и на некоторое время — может быть поставлена с внедрением новой международной классификации болезней (МКБ-11) и проведением очередных пересмотров номенклатур ЗНО, в первую очередь МКБ-О. Тем не менее вопрос всегда остается открытым для обсуждения.

Список литературы находится в редакции
Иван Белокрылов, н.с.

