

От редактора



Николай Александрович ГРИГОРЬЕВ

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

Уважаемые коллеги!

Наступающая осень обещает быть очень богатой на интересные встречи. Все мы с большим энтузиазмом ожидаем очного проведения целого ряда значимых для отечественных урологов профессиональных мероприятий. Это XIV Съезд Российского общества урологов 14 сентября, XXII Конгресс Российского общества урологов 15–17 сентября, а также VIII Российский конгресс по эндоурологии и новым технологиям 27–29 октября. Наконец мы сможем увидеться и пообщаться! Тем для очного обсуждения накопилось очень много. Хочу пожелать всем максимально плодотворного участия в этих мероприятиях!

Я с удовольствием представляю вашему вниманию очередной выпуск газеты «Урология сегодня», где, как обычно, мы постарались подобрать материалы из разных областей нашей обширной специальности. В этом номере есть материалы по традиционным урологическим темам, таким как мочекаменная болезнь, гиперплазия и рак простаты, а также вы найдете материалы по нескольким междисциплинарным проблемам. Это прежде всего дефицит тестостерона у мужчин со взглядом на это эндокринолога. Вы познакомитесь со взглядом дерматолога на проблему баланопостита — казалось бы, простого заболевания, но имеющего настолько вариабельные клинические проявления, что урологам не должно быть зазорно получать второе мнение дерматолога в сложных ситуациях. По моему мнению, мы вообще должны стремиться к сближению со смежными специалистами, именно это позволит всем нарастить нужные в современном мире компетенции в точной диагностике и правильном лечении заболеваний.

Мы коснемся в отдельном материале вопросов правильной терминологии. Есть хорошая поговорка: кто ясно мыслит, тот ясно излагает. Ее можно перефразировать, не изменяя смысла: кто ясно излагает, тот ясно мыслит. В медицине это особенно важно. Давайте будем бороться за чистоту терминологии!

Дорогие друзья! Желаю всем мира и интересного чтения! Будьте здоровы!



ИНТЕРВЬЮ

Дефицит тестостерона у мужчин

В вопросах и ответах

Мужской гипогонадизм — часто встречающееся серьезное заболевание, распространенность которого при сопутствующих хронических заболеваниях достигает 30%. О причинах развития данной патологии, ее выявлении и методах лечения мы попросили рассказать Георгия Жиулиевича Мсхалая, врача эндокринолога-андролога Европейского Медицинского Центра.



Георгий Жиулиевич МСХАЛАЯ

Врач-эндокринолог, андролог, соавтор международных рекомендаций по диагностике и лечению гипогонадизма (2013, 2015, 2021), член Американского общества эндокринологии, ASRM, ESHRE, научный секретарь Международного общества по изучению вопросов старения у мужчин, ведущий специалист по превентивной медицине АО «Европейский Медицинский Центр», Москва

— Георгий Жиулиевич, одной из значимых мужских проблем является гипогонадизм, оказывающий существенное негативное влияние на здоровье в целом. Чем обусловлено это состояние?

— Гипогонадизм у мужчин сопровождается клиническими и биохимическими признаками дефицита тестостерона. Заболевание может быть врожденным или приобретенным. В первом случае мы говорим о врожденном нарушении функции яичек и (или) головного мозга. К примеру, такая форма встречается у пациентов с синдромом Клайнфельтера, синдромом Калмана, синдромом де ля Шапеля. Приобретенный гипогонадизм развивается в течение жизни: с возрастом (так называемый возрастной гипогонадизм) либо на фоне хро-

Продолжение на с. 2 →

Новости

Лечение гипогонадизма и сердечно-сосудистые риски



Заместительная терапия тестостероном у мужчин не повышает риск сердечно-сосудистых событий в ближайшей и среднесрочной перспективе. Об этом сообщили ученые из Имперского колледжа Лондона и Абердинского университета в Шотландии. Результаты проведенного ими метаанализа были представлены на ежегодном Международном конгрессе эндокринологического общества ENDO 2022 и опубликованы в журнале Lancet Healthy Longevity.

Предыдущие работы демонстрировали, что тестостерон может негативно влиять на показатели сердечно-сосудистого риска (ССР). В настоящее время Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) требует от фармкомпаний размещать соответствующее предупреждение в сопроводительной информации для препаратов тестостерона.

В метаанализ были включены данные 35 исследований с участием 5601 пациента (мужчины, средний возраст 65 лет). Назначение тестостерона приводило к снижению содержания в крови липопротеинов высокой плотности (так называемого хорошего холестерина). Но вместе с тем снижались уровни общего холестерина и триглицеридов. Величины же артериального давления и гликемические показатели практически не различались между группами тестостерона и плацебо.

Несмотря на несколько летальных случаев, не удалось обнаружить убедительных доказательств повышения ССР на фоне использования препаратов тестостерона. Правда, длительность включенных в метаанализ исследований не превышала 12 месяцев.

До конца нынешнего года ожидаются итоги рандомизированного исследования TRAVERSE, в котором тестируется заместительная терапия тестостероном у симптомных пациентов — мужчин с гипогонадизмом и повышенным ССР. Время наблюдения за участниками составит 5 лет, что позволит оценить долгосрочные эффекты назначения тестостерона.

Дефицит тестостерона у мужчин

В вопросах и ответах

← Продолжение, начало на с. 1

нических заболеваний — избыточного веса и ожирения, сахарного диабета (СД) 2 типа, артериальной гипертензии и др.

— Как проявляется и чем опасно это заболевание?

— Симптомы гипогонадизма очень разнообразны. Некоторые врачи считают, что дефицит тестостерона влияет исключительно на сексуальную сферу: приводит к снижению полового влечения (либидо), нарушению эрекции, снижению яркости оргазма. Но это только вершина айсберга. Помимо сексуальной сферы, гипогонадизм оказывает влияние на психическую и общесоматическую сферу. В психической сфере у мужчин могут наблюдаться потеря жизненной энергии, повышенная утомляемость, усталость, апатия, нарушение сна, раздражительность и нервозность, снижение памяти и концентрации внимания. В соматической сфере повышается риск развития ожирения и СД 2 типа, саркопении, нарушения мочеиспускания. Дефицит тестостерона влияет и на состояние костной ткани. Он может спровоцировать развитие остеопороза и привести к повышенному риску переломов.

Тестостерон, как и любой другой гормон, обладает широким спектром физиологических функций, оказывая влияние на весь организм. Поэтому больные гипогонадизмом могут наблюдаться у врачей самых разных специальностей: у кардиологов и терапевтов по поводу артериальной гипертензии, дислипидемии и ишемической болезни сердца; у эндокринологов, если страдают избыточным весом или СД 2 типа; у урологов при проблемах с мочеиспусканием и нарушением эрекции.

— Исходя из вашей клинической практики, на что чаще всего жалуются больные, страдающие гипогонадизмом?

— Они жалуются на нарушения половой функции и снижение либидо, на проблемы в соматической сфере — усталость и сонливость, снижение энергии. Кому-то стало сложнее контролировать вес, а у кого-то ухудшились спортивные результаты. Многие пациенты, кстати, объясня-

ют появившуюся усталость «синдромом менеджера», возникшим в результате хронического стресса на работе. Но за этим симптомом может скрываться гипогонадизм.

— Какой лабораторный тест подтверждает диагноз гипогонадизма?

— В первую очередь мы определяем уровень общего тестостерона в сыворотке крови. При его несоответствии клиническим проявлениям устанавливаем уровень концентрации свободного (биодоступного) тестостерона. Таким образом, определяем два показателя: уровень общего тестостерона и свободного тестостерона. Если любой из этих показателей оказывается ниже нормы, то диагностируем гипогонадизм.

Доступны два метода определения уровня общего тестостерона в сыворотке крови: иммунохимический метод и метод жидкостной хроматографии и тандемной масс-спектрометрии. Иммунохимический метод обладает погрешностью при определении уровня тестостерона, что может привести к ошибке при постановке диагноза. «Золотым стандартом» является метод масс-спектрометрии. Он требует больше временных и финансовых затрат, но максимально точен.

Между тем наука не стоит на месте и вносит коррективы в диагностику гипогонадизма. Доказано, что одним из механизмов, которые обуславливают различия в реализации биологических эффектов тестостерона, является полиморфизм CAG-повторов гена андрогенного рецептора, определяющий чувствительность рецепторов к их действию. Исследование полиморфизма CAG-повторов в 1-м экзоне гена андрогенного рецептора (AR) показало, что AR может быть как более, так и менее чувствительным к тестостерону. Иногда к врачам приходят на прием пациенты с жалобами на здоровье при нормальном уровне тестостерона. В этом случае мы оцениваем чувствительность AR к тестостерону. Если у пациента она снижена, ему требуется больше тестостерона для получения необходимого эффекта.

— Какова взаимосвязь низкого уровня тестостерона, гормонального изменения веса и риска СД 2 типа?

— Корреляция между низким уровнем тестостерона и риском развития инсулинорезистентности и СД 2 типа клинически доказана. Тестостерон влияет на чувствительность к инсулину, одной из функций которого является поддержание нормального уровня глюкозы в крови. Когда эта чувствительность снижена, инсулина требуется больше, чтобы удержать уровень глюкозы в пределах нормы. Проблема инсулинорезистентности является крайне актуальной, учитывая растущую распространенность СД 2 типа. В 2005 году Международная федерация диабета (IDF) спрогнозировала, что в 2025 году в мире будет насчитываться 380 млн больных СД 2 типа. В 2019 года IDF пересмотрела прогноз, поскольку уже в этом году число больных достигло 450 млн человек. И теперь прогнозируется 700 млн больных к 2050 году. Такая тенденция объясняется многими причинами — набором веса, неправильным питанием, нарушением сна, недостаточными физическими нагрузками и все более частым появлением стресса. У этих больных сопутствующая патология — гипогонадизм.

— Что, по вашему мнению, является оптимальной профилактикой гипогонадизма?

— Если говорить о врожденном гипогонадизме, самая распространенная генетическая патология — синдром Клайнфельтера. По статистике, на 500–1000 новорожденных мальчиков приходится один ребенок с данным синдромом. Эта патология характеризуется одной или несколькими дополнительными женскими половыми хромосомами X в мужском кариотипе XY, что приводит к нарушению функции клеток Лейдига и снижению уровня тестостерона. Чем раньше начать лечение данного заболевания, тем легче избежать этих и других последствий гипогонадизма. Поэтому молодым мужчинам при наличии клинических проявлений показан гормональный скрининг для исключения дефицита тестостерона.

Еще одним из самых известных синдромов, сопровождающихся дефицитом тестостерона, является синдром Каллмана (гипогонадотропный гипогонадизм) — врожденное нарушение выработки гипопифизом гонадотропинов, а именно ЛГ и ФСГ, что в результате приводит к нарушению выработки сперматозоидов и секреции тестостерона. У мальчиков это выражается в задержке пубертата. Выявлять

данное заболевание должны педиатры и детские урологи при профилактическом осмотре. Это позволяет диагностировать заболевание на более ранней стадии.

Если говорить о профилактике снижения тестостерона в целом, то в ее основе лежит физическая нагрузка средней интенсивности, здоровый сон не менее 7–8 часов в сутки, правильное и сбалансированное питание, умение справляться со стрессом.

— Какова тактика лечения гипогонадизма? В каких случаях рекомендуется немедикаментозная терапия и в каких — медикаментозная?

— В первую очередь мы рекомендуем изменить образ жизни. Как уже говорилось, пациенту нужно повышать физическую активность, постепенно увеличивать нагрузку. Также необходима коррекция питания и сна, исключение obstructive ночного апноэ (в данной ситуации потребуются консультация сомнолога).

Что касается медикаментозной терапии, то ее выбор зависит в том числе от того, планируется ли в семье пациента рождение ребенка. Это крайне важный момент, поскольку тестостерон влияет на фертильность, на качество сперматозоидов, их созревание. При планировании зачатия назначается терапия препаратами, стимулирующими выработку собственного тестостерона. Это препараты хорионического гонадотропина человека, которые не угнетают сперматогенез. Другая группа лекарственных средств — препараты готового тестостерона — в данном случае не показаны, поскольку они вызывают обратимое угнетение сперматогенеза во время применения. В настоящее время в России доступны следующие препараты заместительной терапии: тестостерона ундеканат, гель тестостерона и смесь эфиров тестостерона.

— Существуют ли какие-либо ограничения по проведению терапии тестостероном в зависимости от возраста мужчин?

— У мужчин старше 18 лет возрастных ограничений нет. Но назначения препаратов будут очень индивидуальны, поскольку мы учитываем сопутствующие заболевания. В ряде случаев начинаем с небольших дозировок и смотрим, как больной адаптируется к лечению. Самому пожилому пациенту, который у меня лечится, 96 лет. Последние 25 лет он принимает препараты тестостерона. 📞

АБВ
ПРЕСС

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ

НЕ ПРОСТО ИЗДАТЕЛЬСТВО —
СООБЩЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

abvpress.ru
medvedomosti.media
netoncology.ru

Урология сегодня

Онкология Сегодня

ОНКОУРОЛОГИЯ

ОНКО ГЕМАТОЛОГИЯ

РУССКИЙ ЖУРНАЛ ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ

Российский Биотерапевтический Журнал

ОНКО ПАТОЛОГИЯ

НЕВРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ

Акушерство и гинекология

Нервно-мышечные БОЛЕЗНИ

АНДРОЛОГИЯ И ГЕНИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

НЕЙРОХИРУРГИЯ

САРКОМЫ

Тазовая хирургия и онкология

ПЕДИАТРИЯ СЕГОДНЯ

СОВРЕМЕННАЯ КАРДИОЛОГИЯ

УСПЕХИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ОНКОЛОГИИ

Опухоли ГОЛОВЫ и ШЕИ

ОПУХОЛИ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

КЛИНИЦИСТ

MD-ONCO

Московская Эндокринология СЕГОДНЯ

Гастроэнтерология СЕГОДНЯ

УСПЕХИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ОНКОЛОГИИ

Опухоли ГОЛОВЫ и ШЕИ

ОПУХОЛИ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

КЛИНИЦИСТ

СА A Cancer Journal for Clinicians. Русское издание

Реклама

iOS

Back flow во время ретроградной интратрениальной хирургии

Современная хирургия мочекаменной болезни (МКБ) на 98 % состоит из эндоскопических методов с использованием ирригационной жидкости. В литературе описаны исследования, подтверждающие обратное всасывание ирригационного раствора. Имеет ли это клиническое значение, разобрали эксперты клиники урологии Европейского Медицинского Центра (ЕМС).

Н.А. Григорьев, В.А. Рубанов

Одним из первых и ярких проявлений клинически значимого, порой с фатальным результатом, обратного всасывания ирригационной жидкости в эру широкого применения эндоскопических методик являлся ТУР-синдром — лизис эритроцитов при проникновении гипотонического раствора в кровеносное русло при использовании стерильной дистиллированной воды. С момента внедрения биполярной технологии ТУР и использования изотоничных ирригационных растворов натрия хлорида количество подобных осложнений практически стало стремиться к нулю, однако вопрос рефлюксов остается актуальным.

Ретроградная интратрениальная хирургия (РИРХ) является наиболее активно развивающимся методом лечения МКБ. Принципиальное значение для выполнения оперативного пособия имеет визуализация. Так, качество эндоскопической картинки во время операции зависит от степени подачи ирригационного раствора, которая, в свою очередь, напрямую влияет на уровень интратрениального давления (ИРД). Очевидно, что при его повышении растет риск обратного всасывания ирригационной жидкости. Возможно, более глубокое изучение процессов обратного всасывания растворов во время эндоскопических операций поможет снизить количество послеоперационных осложнений.

Есть проблема!

Долгое время врачей интересовал вопрос давления внутри полостной системы почки при тех или иных патологических состояниях. Было проделано значительное количество опытов как на животных моделях и кадаврах, так и на людях с целью измерения ИРД. Ряд проведенных исследований демонстрируют повышение ИРД во время эндоскопических операций при камнях почек от 3 до 272 см H₂O, что значительно превышает физиологическое давление и является причиной обратного всасывания ирригационной жидкости, почечных рефлюксов. В своем исследовании F. Kii и соавт. подтвердили, что в норме ИРД у пациентов без обструкции верхних мочевых путей составляет 0–2 см H₂O. Уровень внутривисцерального давления, при котором были зафиксированы явления пиеловенозного рефлюкса, — 40,8–47,6 см H₂O. Одним из грозных клинически значимых осложнений при эндоскопической пиелолитотрипсии является острый пиелонефрит, уросепсис. Согласно данным литературы, встречаемость острой инфекции мочевыводящих путей после ретроградной пиелолитотрипсии составляет 7–8 %. Авторы отметили, что основными рисками возникновения клинически значимой инфекции были бактериурия, размеры конкремента, соответственно длительность операции и уровень подачи ирригационной жидкости.

Существует два основных метода внутривисцерального измерения интратрениального давления: ретроградный и антеградный. Логично предположить, что антеградный способ является предпочтительным по причине

минимизации погрешности измерений, однако требует дополнительной пункции почки, что несет риски, связанные с нарушением целостности паренхимы органа.

Патофизиология почки во время ретроградной интратрениальной хирургии изучалась как на животных, так и на кадаврах. Во время исследований у разных авторов был зафиксирован значительный разброс полученных данных. Уровень зарегистрированного интратрениального давления составлял от 68 до 272 см H₂O, максимальное давление было зафиксировано на уровне 598 см H₂O. При этом форникальное повреждение происходит при ИРД выше 200 см H₂O.

При ретроградной пиелолитотрипсии цифры зарегистрированного ИРД значительно превышают уровень физиологического давления и объективно доказывают наличие почечных рефлюксов практически в 100 % случаев

В поисках решения

Перед современной эндоскопией стоит вопрос о способах снижения ИРД при сохранении достаточной ирригации.

Революцией в ретроградной интратрениальной хирургии было внедрение мочеточниковых кожных начал с 33 см H₂O, однако верхняя граница все равно была на уровне 200 см H₂O, что значительно превышает порог почечного рефлюкса и приближается к риску форникальных повреждений.

В качестве причин повышения ИРД метод подачи ирригационного раствора также был изучен рядом авторов. Известно, что, несмотря на наличие систем автоматической подачи ирригационного раствора с контролем давления, лучшая визуализация достигается при мануальной ирригации ассистентом, но повышается вероятность превышения порога безопасного давления в чашечно-лоханочной системе.

Поиски путей снижения внутривисцерального давления во время РИРХ не могли не коснуться фармакологии. После того как I. Wanajo и соавт. доказали наличие β₂- и β₃-адренорецепторов в стенке мочеточника, а стимуляция их привела к расслаблению гладкомышечного слоя мочеточника, что, в свою очередь, может увеличить просвет мочеточника и скорость «сброса» ирригационного раствора, появилась гипотеза о снижении ИРД при использовании β-адреномиметиков.

В современной фармакологии известно три наиболее часто используемых β-адреномиметика: изопреналин, адреналин, норадреналин. В доступной литературе есть девять исследований, в ходе которых проводилось изучение влияния внутривисцерального использования ряда препаратов на ИРД. Так, G.I. Selmy и соавт. в своем исследовании на свиньях изучали влияние верапамила, простагландин F_{2α}, фенилэфрина и норэпинефрина. Ни один


из препаратов не продемонстрировал достоверное снижение ИРД. В трех исследованиях отдельно изучалось влияние норэпинефрина в различных концентрациях (1, 5, 50 и 100 мкг/мл) и скорости подачи ирригационной жидкости (2, 4, 6, 8, 10, 15 мл/мин). Только в исследовании U. Holst и соавт. было зафиксировано снижение ИРД при увеличении ирригации препаратом с 5 до 50 мкг/мл менее чем на 20 см H₂O. А увеличение концентрации эпинефрина до 100 мкг/мл дополнительно снижало ИРД на не более чем 13,6 см H₂O вне зависимости от скорости ирригации. В подавляющем большинстве случаев системный эффект норэпинефрина не был отмечен, однако U. Holst и соавт.

отметили увеличение артериального давления при концентрациях 50 и 100 мкг/мл.

Использование изопроterenола или изопреналина также продемонстрировало эффективность в качестве снижения ИРД при внутривисцеральном использовании. Максимально эффективное соотношение концентрации и скорости ирригации раствора составило 0,1 мкг/мл и скорости перфузии от 4 до 8 мл/мин (J.S. Jakobsen и соавт.). Применение изопреналина позволило снизить ИРД на 27–107 %. В абсолютных числах ИРД при использовании физраствора было 44,00–70,00 см H₂O и 25,84–51,68 см H₂O при использовании изопреналина. Тем не менее официальных рекомендаций по фармакологическому сопровождению РИРХ пока не представлено.

В клинике урологии ЕМС были изучены явления почечных рефлюксов у 20 пациентов путем прецизионных замеров объема использованного ирригационного раство-

ра во время РИРХ и объема раствора, выведенного наружу. У одного из пациентов был нефростомический дренаж, который использовался не только в качестве дренажной трубки для отвода ирригационной жидкости, но и для измерения ИРД посредством подключения уродинамической установки. Ряд последовательных замеров продемонстрировали высокий уровень ИРД (80 см H₂O), что косвенно может быть свидетельством высокой вероятности лоханочно-почечного рефлюкса. Разница в объеме вводимого и выводимого ирригационного раствора у этого пациента составила 6 %. При замерах у пациентов без нефростомических дренажей, вне зависимости от длительности операции и объема используемого раствора, количество «потерянной» у пациента ирригационной жидкости в среднем составило 30 %, что наглядно подтверждает рефлюкс при РИРХ.

Результаты проведенного литературного обзора и полученные объективные данные в ходе проведенного исследования продемонстрировали повышение уровня ИРД во время ретроградной пиелолитотрипсии. Цифры зарегистрированного ИРД значительно превышают уровень физиологического давления и объективно доказывают наличие почечных рефлюксов при ретроградной пиелолитотрипсии практически в 100 % случаев. В проведенном нами исследовании почечные рефлюксы не всегда приводили к синдрому системной воспалительной реакции, в том числе на фоне диагностированной бактериурии. Результаты нашего исследования также продемонстрировали отсутствие проявлений синдрома системной воспалительной реакции у пациентов с дополнительным нефростомическим дренажом на фоне бактериурии. Дополнительное дренирование в виде нефростомического дренажа во время проведения ретроградной пиелолитотрипсии снижает риск почечных рефлюксов и уменьшает объем обратного всасывания ирригационной жидкости в 4–5 раз. 

Список литературы находится в редакции

МОБИЛЬНОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ
«АБВ-ПРЕСС»

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИЗДАНИЯ

- Газеты «Онкология сегодня», «Урология сегодня», «Современная кардиология», «Неврология сегодня», «Педиатрия сегодня», «Акушерство и гинекология сегодня», «Московская эндокринология сегодня», «Гастроэнтерология сегодня»;
- клинические рекомендации от медицинских обществ — партнеров издательства;
- справочники для специалистов.

- Удобный функционал: возможность чтения off-line.

Бесплатно —
для смартфонов и планшетов
iOS и Android.



СОВРЕМЕННЫЙ И УДОБНЫЙ СПОСОБ ЧТЕНИЯ — ИНФОРМАЦИЯ ВСЕГДА ПОД РУКОЙ!

Дерматологические аспекты баланопоститов. Что важно знать урологу

С докладом по этой теме на V Невском урологическом форуме (2–3 июня 2022 года) выступил Андрей Викторович Игнатовский, к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии СПбГУ, руководитель Клиники дерматологии и репродуктивного здоровья доктора Игнатовского. Эксперт обобщил результаты 42 исследований, проведенных в разных странах мира начиная с 2006 года, по диагностике и лечению баланопоститов различной этиологии, представил собственную классификацию данной патологии и дал рекомендации по ведению таких больных.



К.м.н. Андрей Викторович Игнатовский

«Баланопостит, или воспаление головки и крайней плоти полового члена, — начал свое выступление А.В. Игнатовский, — может представлять собой как самостоятельную нозологию, так и проявление других дерматологических заболеваний, имеющих среди прочих локализаций генитальную».

Частота баланопоститов составляет, по данным ВОЗ, 47 % в структуре заболеваний кожи полового члена и 11 % от всех обращений к урологу. В 15–20 % случаев баланопостит является следствием системных кожных заболеваний. Однако эти цифры не отражают истинного положения дел, поскольку данная нозология не подлежит обязательной регистрации.

«Причины развития баланопостита многообразны, — рассказал эксперт. — Это и аллергические реакции, и влияние условно патогенной микрофлоры, а также инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). К развитию воспаления предрасполагает и длинная крайняя плоть полового члена, которая наряду с повышенной активностью сальных и потовых желез головки способствует накоплению смегмы и активизации условно патогенной микрофлоры».

Основная группа риска по баланопоститу — мужчины с сахарным диабетом. Около трети из них страдают данным заболеванием.

Какие бывают?

Далее докладчик представил разработанную им классификацию дерматозов генитальной локализации.

I. Неинфекционные

- Группа аллергических дерматозов
- Простые дерматиты
- Дерматиты гениталий вследствие длительного воздействия глюкокортикостероидов — стероидный баланопостит
- Дерматозы полиэтиологической природы (когда поражение генитальной области является фрагментом другого дерматоза)
- Сосудистые поражения генитальной локализации, в том числе лимфатических сосудов

- Диспластические процессы — влияние ВПЧ как причины дисплазий генитальной локализации
- Неоплазии

II. Инфекционные

- Вирусные
- Грибковые
- Бактериальные
- Специфические (баланопоститы при гонорее, трихомонозе, сифилисе)
- Неспецифические (вызванные условно патогенной аэробной и [или] анаэробной микрофлорой)
- Поражения кожи при паразитарных заболеваниях кожи (чесотка)

III. Врожденные

- Аномалии развития
- Сосудистые мальформации и поражения лимфатических сосудов

Осторожно, глюкокортикостероиды!

Среди неинфекционных баланопоститов А.В. Игнатовский уделит особое внимание стероидному баланопоститу (СБп), причиной которого является длительное и бесконтрольное применение кремов и мазей на основе топических глюкокортикостероидов (ТГКС). Симптомы СБп выражаются в появлении на коже зон атрофии, сосудистых пятен, эрозивных дефектов, длительно не разрешающихся даже после отмены ТГКС, что обусловлено нарушением трофических процессов, вызванных сосудосуживающим эффектом этих средств (рис. 1).

Несмотря на то что ТГКС рекомендованы для терапии дерматозов различной этиологии, в отношении этих средств нужно проявлять осторожность — не назначать их на срок более 2 недель и без точно установленного диагноза, поскольку глюкокортикостероиды могут нивелировать гистологические изменения в тканях и помешать их оценке, если па-



Рисунок 1. Стероидный баланопостит

циенту была выполнена биопсия на фоне такой терапии или в течение 3 недель после ее отмены.

Что касается выбора ТГКС, то здесь следует ориентироваться на их терапевтический индекс (ТИ), который определяется

Частота баланопоститов составляет, по данным ВОЗ, 47 % в структуре заболеваний кожи полового члена и 11 % от всех обращений к урологу. В 15–20 % случаев баланопостит является следствием системных кожных заболеваний. Однако эти цифры не отражают истинного положения дел, поскольку данная нозология не подлежит обязательной регистрации

соотношением между параметрами эффективности препарата и нежелательными эффектами. Ключевым побочным действием ТГКС является атрофия кожи. Сильный атрофогенный потенциал имеют клобетазол (при этом его ТИ равен 1,5), триамцинолона ацетонид (ТИ равен 1,06), бетаметазона валерат (ТИ равен 1,2). Низкий атрофогенный потенциал и высокий ТИ, равный 2,0, — у мометазона фуората, метилпреднизолона ацепоната и предникарбата.

Альтернативными препаратами при лечении дерматозов с локализацией на головке и (или) крайней плоти полового члена являются ингибиторы кальциневрина. Выраженный клинический эффект и отсутствие риска атрофии при их применении делают эти препараты привлекательными для клиницистов. Тем не менее длительное применение указанных средств требует регулярного наблюдения врача из-за риска малигнизации.

От псориаза до склероатрофического лишена

Затем докладчик остановился на баланопоститах при заболеваниях полиэтиологической природы, к которым относятся, в частности, псориаз, красный плоский лишай и склероатрофический лишай.

Псориазическое поражение головки и внутреннего листка крайней плоти полового члена характеризуется появлени-

ем папул с плотно прилегающими к их поверхности чешуйками кожи, которые без надлежащего лечения могут образовывать корку (рис. 2).

Красный плоский лишай головки полового члена и крайней плоти имеет типичные проявления в виде сетки или кружева (рис. 3).
Одна из наиболее распространенных нозологий в группе полиэтиологических баланопоститов — склероатрофический лишай. Проявляется высыпаниями в виде белесоватых атрофичных очагов различной формы — от округлых мелких до сливных распространенных очагов на головке полового члена без признаков индурации, но с явлениями отека в активной фазе заболевания. Обычно поражается и крайняя плоть с появлением рецидивирующих трещин и последующим развитием рубцового фимоза разной степени выраженности. Атипичные формы проявляются пузырями разного размера с серозным или геморрагическим содержимым. Возможно появление эрозий, трещин, язв. Крайняя плоть может быть сужена вплоть до фимоза. Нередки и поражения наружного отверстия уретры (рис. 4).

«При лечении склероатрофического лишена достаточно эффективны ТГКС, — сообщил А.В. Игнатовский. — А вот с циркумцизией торопиться не советую. В работе британских урологов Лусу Номег и коллег было показано, что у 1 из 5 мальчиков, которым была проведена операция по поводу фимоза, обусловленного склероатрофическим лихеном, в дальнейшем возникло поражение уретры, поскольку вступил в силу феномен Кебнера — так называется прогрессирование патологии в месте травматизации кожи, где в роли повреждающего



Рисунок 2. Псориаз



Рисунок 3. Красный плоский лишай



Рисунок 4. Склероатрофический лишай

фактора выступает трение полового члена об одежду».

Также склероатрофический лишай может возникать вокруг уростом, при инконтиненции минимальных травм половых органов, после операции по поводу гипоспадии.

ВПЧ атакует

«Пенильные интраэпителиальные неоплазии (ПИН) — нозологии, требующие отдельного разговора, — сообщил эксперт. — Описаны ряд клинических случаев таких неоплазий, ассоциированных с вирусами папилломы человека (ВПЧ). А значит, будем настороже в связи с онкологическим риском!»

В настоящее время классификация ПИН обновлена. В первую группу выделены неоплазии, которые вызывают рак полового члена лишь спорадически, как, например, бовеноидный папулез. Кстати, и склероатрофический лишай считается предраковым заболеванием, но при своевременной начатой терапии и дальнейшем адекватном диспансерном наблюдении имеется крайне низкая вероятность развития злокачественного процесса.

Гораздо более опасна вторая группа. Сюда относятся неоплазии, приводящие к развитию инвазивного рака полового члена в трети случаев. Это гигантские кондиломы (болезнь Бушке — Левенштейна), болезнь Боуэна, эритроплазия Кейра и болезнь Педжета. При подозрении на любой такой дерматоз необходимы биопсия и гистологическое исследование.

Борьба с баланопоститами, ассоциированными с ВПЧ, длительна и отличается многообразием ходов — от деструк-

ции остроконечных кондилом доступными методами до продолжительного применения имиквимода. Назначение последнего может сопровождаться развитием выраженной гиперемии и отека головки и крайней плоти полового члена, что является проявлением терапевтического эффекта данного средства. «Чтобы этого не допустить, необходимо делать кратковременные перерывы в терапии, — советует эксперт. — А при развитии воспалительного фимоза следует в течение короткого срока применять ТГКС». Также в лечении ПИН все чаще используются одновременно иммуномодулирующие и противовирусные препараты, значительная часть которых включены в клинические рекомендации по лечению ВПЧ. Например, стимуляторы выработки эндогенных фракций интерферона и активаторы естественных киллеров имиквимод (крем) и аллокин-альфа (раствор для инъекций).

Баланопоститы, обусловленные другими инфекциями

Среди вирусных баланопоститов распространены также поражения, вызываемые вирусом простого герпеса первого и второго типа с хорошо известными всем симптомами. Грибковые заболевания крайней плоти и головки полового члена

в основном ассоциированы с грибами рода *Candida*, что традиционно связывают с иммунокомпромиссными состояниями, например приемом глюкокортикостероидов, цитостатиков, заболеванием сахарным диабетом. «Но по моему опыту могу сказать, что наибольшую роль здесь играют нарушение гигиены и половые контакты с партнершами, имеющими малосимптомную вульвовагинальную кандидозную инфекцию», — заявил эксперт.

Инфекционные специфические процессы — это воспалительные заболевания кожи головки и крайней плоти полового члена, вызванные возбудителями сифилиса и других ИППП — гонококком и трихомонадами. Наконец, бактериальные процессы могут быть обусловлены как аэробными, так и анаэробными микроорганизмами.

«Именно баланопоститы бактериальной этиологии могут стать причиной одного из опаснейших осложнений этих дерматозов — пиодермитов генитальной локализации, — продолжил докладчик. — Показания к общей антибактериальной терапии пиодермита, к которому привел запущенный баланопостит, нередко вызывают трудности у коллег, поэтому я хотел бы остановиться на этом вопросе подробнее. Антибиотики советую назначать тогда, когда развиваются множественные пиодермиты, они быстро распространя-

ются по кожному покрову, а эффект наружной терапии отсутствует. Также антибактериальные препараты следует применять, когда появляются увеличенные и болезненные регионарные лимфоузлы и в случае общей реакции организма на гнойное воспаление, проявляющейся в виде лихорадки, озноба, недомогания и слабости. Наконец, относительным показанием к назначению антибиотиков, где вопрос решается в каждом конкретном случае по совокупности клинических данных, является наличие даже легких форм пиодермитов у ослабленных больных на фоне иммуносупрессивной, лучевой терапии, у ВИЧ-инфицированных, у больных с эндокринной или гематологической патологией».

Заключение

«Итак, поражение головки и крайней плоти полового члена, — подытожил свое выступление А.В. Игнатовский, — может быть обусловлено целым рядом причин и быть как самостоятельным локальным процессом, так и фрагментом общего дерматоза, поражающего различные участки кожи. Лечение баланопостита — задача, имеющая разные решения в зависимости от ее слагаемых, которыми являются этиологические факторы».

Вадим Кириллов

Новости

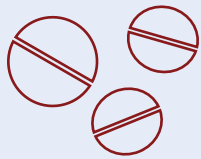
Прием статинов может влиять на результаты скрининга рака простаты

Исследование, проведенное в Университете Тампере (Финляндия), показало, что результаты скрининга рака предстательной железы (РПЖ) отличаются у мужчин, принимающих статины, в сравнении с теми, кто их не принимает.

В ходе исследования была проанализирована финская база данных пациентов с РПЖ за период 1996–1999 годов, которая включала около 80 тысяч мужчин. Примерно 32 тысячи из них проходили скрининг на простат-специфический антиген (ПСА) по меньшей мере каждые 4 года.

Число обнаруженных во время скрининга опухолей с низким риском (менее 6 баллов по шкале Глисона), не требующих немедленного вмешательства по причине их крайне медленного роста, было значительно ниже у пациентов, принимающих статины. В то же время применение этих препаратов никак не сказывалось на выявляемости РПЖ высокого риска (8–10 баллов по шкале Глисона). Отсюда можно сделать вывод: прием статинов позволяет избежать гипердиагностики.

Полученные данные представляют ценную информацию ввиду широкого использования статинов и отсутствия каких-либо данных о связи между ними и эффективностью скрининга РПЖ.



Клиническая задача

На прием обратился 38-летний мужчина с азооспермией и вторичным бесплодием. Объем эякулята составляет 0,3 мл. Сперматозоидов в постэякуляторной моче не обнаружено. Уровень тестостерона и ФСГ в норме; пальпируются оба семявыносящих протока, объем яичек не изменен. При трансректальном УЗИ не выявлено патологии предстательной железы и семявыбрасывающих протоков, но определяются расширенные семенные пузырьки.

ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА:

- a) канюляция семявыбрасывающего протока;
- b) биопсия яичка;
- c) вазография;
- d) аспирация жидкости из семенных пузырьков;
- e) УЗИ почек.



Ответ на клиническую задачу, опубликованную в УС № 2–3 (69) 2022

Поскольку пациент обеспокоен своей проблемой и маловероятно, что его состояние улучшится, нецелесообразной выглядит психологическая поддержка. Дополнительное введение коллагеназ является нерациональным, поскольку для уменьшения искривления показано только восемь введений. Кроме того, инъекции проводятся при искривлении более 30 градусов. К настоящему времени отсутствуют данные по эффективности верапамила, и его введение также будет нерациональным. При эректильной дисфункции умеренной степени пликация белочной оболочки не рекомендуется. Оптимальным вариантом выглядит установка пенильных протезов.

МедВедомости

портал для врачей

www.medvedomosti.media

Доступность материалов — один из главных принципов нашего ресурса

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ:

- урология
- кардиология
- педиатрия
- онкология
- неврология
- акушерство и гинекология

НА ПОРТАЛЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ:

- новости медицины;
- актуальные материалы научного и прикладного характера для практикующих врачей: аналитические материалы, обзоры, интервью с экспертами, рекомендации по лечению и диагностике, алгоритмы, описания клинических случаев;
- свежие выпуски газет;
- справочники для специалистов;
- анонсы медицинских мероприятий;
- архив газет за последние несколько лет;
- рассылка свежих выпусков газет с учетом профессиональных предпочтений.

Доступ с любого устройства



Лечение мочекаменной болезни — сила в природе

Мочекаменная болезнь (МКБ) остается одной из главных проблем урологии. Среди основных факторов риска — генетическая предрасположенность, аномалии строения почек, низкое потребление жидкости, неправильное питание, избыточный вес, заболевания желудочно-кишечного тракта и эндокринной системы. Конечно, важна профилактика, но что можно предпринять, если предотвратить рецидив заболевания с помощью оперативного вмешательства невозможно?



Владимир
Степанович
САЕНКО

Д.м.н., профессор Института урологии и репродуктивного здоровья человека ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), член правления ассоциации АСПЕКТ, врач-методист НМИЦ по профилю «урология» Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, Москва

Метафилактика МКБ: как это работает

Около 25 % пациентов, страдающих МКБ, подвергаются хирургическому лечению. За последние 25 лет значительно расширился арсенал методов, применяемых в урологии для избавления пациентов от камней. Развитие эндоскопической аппаратуры, создание новых контактных литотриптеров и совершенствование инструментария и методик чрескожной нефролитотрипсии, контактной уретеролитотрипсии, дистанционной ударно-волновой литотрипсии (ДУВЛ), внедрение ретроградной интрауретеральной хирургии позволили обеспечить малотравматичное лечение многих больных даже с осложненным течением МКБ. Однако внедрение современных высокотехнологичных методов разрушения мочевого камня в просвете мочевыводящих путей ведет к образованию множества мелких осколков — конкрементов, которые не всегда удается эвакуировать в процессе оперативного пособия. Поэтому приоритетное значение приобретают консервативные подходы проведения литокинетической терапии, которые способствуют самостоятельному отхождению фрагментов и камней небольшого размера из почки и мочеточника. И надо понимать, что удаление конкремента тем или иным способом или даже его самостоятельное отхождение не приводит к полному выздоровлению от МКБ: частота рецидивов достигает 80 % в течение 10 лет наблюдения. В связи с этим важным этапом лечения является проведение комплекса метафилактических мероприятий, направленных на выявление причин камнеобразования, оценку метаболических нарушений и соответствующей их коррекции с помощью изменения питьевого, пищевых привычек, а также прием лекарственных средств с целью предупреждения развития рецидивов болезни.

Преимуществом в комплексном лечении уролитиаза на послеоперационном этапе обладает фармакологический подход с назначением препаратов с противовоспалительным, противомикробным, литокинетическим эффектами, способствующих как эвакуации уже сформированных или

фрагментированных конкрементов, так и предупреждению дальнейшего камнеобразования. С точки зрения сочетания высокоэффективных биохимических соединений для обеспечения вышеуказанного комплексного действия большой интерес в метафилактике уролитиаза представляет препарат Канефрон Н.

Комплексное действие

Для понимания механизма мультифакторного действия препарата Канефрон Н необходимо обратиться к его фитохимическому потенциалу. Препарат создан на основе растительного сырья путем высокотехнологичного производства — фитониринга и содержит комплекс активных соединений природного происхождения, которые влияют на ведущие факторы патофизиологии мочекаменной болезни, в том числе в послеоперационном периоде после малоинвазивной литотрипсии:

- **трава золототысячника** содержит горечи, гликозиды (эритаурин, эритроцентаурин), флавоноиды, олеановые кислоты и алкалоид генцианин;
- **листья розмарина** содержат алкалоиды (розмарицин), урсоловую и розмариновую кислоты, дубильные вещества и др.;
- **корень любистока** содержит эфирное масло, в состав которого входят D-α-терпинеол, цинеол, уксусная, изовалериановая, бензойная и фенолкарбоновые кислоты. В корне любистока также обнаружены смолы, ангеликовая и яблочная кислоты, крахмал, карвакрол, сесквитерпены, фурукумарины (псорален и бергаптен), дубильные и минеральные вещества.

Комплекс активных веществ препарата Канефрон Н оказывает антисептическое, спазмолитическое, противовоспалительное действие на органы мочевой системы, уменьшает проницаемость капилляров почек, обладает диуретическим эффектом, повышает эффективность антибиотикотерапии за счет противомикробного эффекта. Также, что крайне важно, препарат подавляет патологическую кристаллизацию камнеобразующих веществ, не являясь при этом специфичным для определенного вида уролитиаза, и в комплексе определяет профилактическое и противорецидивное действие при мочекаменной болезни.

Диуретическое действие препарата Канефрон Н складывается из нескольких

моментов. Эфирные масла расширяют сосуды почек, что способствует улучшению кровоснабжения почечного эпителия, а также влияют на процессы обратного всасывания клетками почечных канальцев. Это проявляется главным образом уменьшением реабсорбции ионов натрия и соответствующего количества воды. На фоне развивающейся полиурии повышается концентрация антибактериальных препаратов в зоне воспаления, а именно в паренхиме. Второй компонент диуретического действия обеспечивается благодаря фенолкарбоновым кислотам, обладающим осмотическим эффектом. При их попадании в просвет почечных канальцев создается высокое осмотическое давление (обратному всасыванию эти вещества не подвергаются), при этом значительно снижается реабсорбция воды и ионов натрия. Увеличение выведения воды происходит без нарушения электролитного баланса (калийсберегающий эффект).

Спазмолитический эффект обусловлен флавоноидной составляющей препарата. Аналогичное действие проявляют содержащиеся в любистике фталиды и розмариновое масло. Умеренными спазмолитическими свойствами также обладают фенолкарбоновые кислоты.

Противовоспалительный эффект препарата Канефрон Н обусловлен наличием розмариновой кислоты, которая блокирует неспецифическую активацию комплемента циклооксигеназы-2 и липооксигеназы с последующим угнетением синтеза простагландинов и лейкотриенов. Как и другие фенольные соединения, розмариновая кислота является антиоксидантом и прерывает свободнорадикальные цепные реакции.

Сочетание противомикробного и противовоспалительного эффектов особенно ценно при лечении хронических процессов в мочевыводящих путях. Эфирные масла разрушают цитоплазматическую мембрану бактерий и уменьшают активность аэробного дыхания микроорганизмов, что приводит к уменьшению выделения энергии, необходимой для синтеза различных органических соединений. Флавоны, флавоноиды и флавонолы способны связываться с белками клеточной стенки и разрушать клеточные мембраны бактерий. Это обеспечивает активность препарата даже при устойчивой к синтетическим

средствам микрофлоре. Кроме того, выделение органических и сульфатированных метаболитов с мочой сопровождается изменением ее кислотности, что препятствует росту бактерий. В результате комплексного воздействия компонентов препарата Канефрон Н формируются условия, препятствующие образованию бактериальных пленок, способствующие элиминации микроорганизмов, восстановлению естественных защитных свойств мочи, уменьшению воспаления.

Биофлавоноиды считаются эффективными фитотерапевтическими средствами для лечения почечного литиаза благодаря способности ингибировать активность оксидантов, повреждающих клетки почечных канальцев, и снижать отложение кристаллов оксалата кальция. Именно с антиоксидантным действием связывают их противорецидивный эффект, который проявляется в виде предотвращения зародения, агрегации и роста твердых кристаллов в просвете мочевыводящего тракта.

Практические аспекты

На сегодняшний день накоплен большой клинический опыт, подтверждающий эффективность препарата Канефрон Н в урологической практике. Так, исследования В.В. Черненко показали, что прием Канефрона Н усиливает экскрецию мочевой кислоты, что приводит к снижению ее концентрации в моче до 13 %. Кроме того, компоненты препарата подавляют патологическую кристаллизацию камнеобразующих веществ независимо от типа камнеобразования. Также отмечено, что препарат подщелачивает мочу и поддерживает значение pH в пределах 6,2–6,8, что также препятствует образованию уратных камней. Канефрон Н хорошо переносится и не вызывает побочных эффектов.

Исследования, проведенные в Алтайском государственном университете под руководством А.И. Неймарка, показали, что у больных МКБ наблюдается увеличение уровня активности энзимов мочи, что свидетельствует о повышении проницаемости клеточной мембраны вследствие развития тубулоинтерстициального нефрита. Помимо этого, проведение литотрипсии оказывает повреждающее воздействие на цитомембрану и клеточные структуры нефрона, что также сопровождается увеличением активности энзимов в моче. Применение препарата Канефрон Н при лечении больных МКБ и после ДУВЛ способствует снижению уровня энзимурии, что указывает на его нефропротекторные свойства и более быстрое восстановление почечной ткани в послеоперационном периоде. Эти же исследователи показали, что применение препарата Канефрон Н в комплексном лечении мочекаменной болезни, осложненной хроническим пиелонефритом, в более значительной степени, чем стандартное лечение, ускоряет восстановление гомеостаза цитокинов, что позволяет снизить активность системного

Мочекаменная болезнь (МКБ) является одним из наиболее распространенных урологических заболеваний и встречается не менее чем у 3 % населения земного шара, а в отдельных регионах — у 20–25 % жителей. Годовой прирост заболеваемости в мире оценивается в 0,5–1 %, что обусловлено изменениями в питании и увеличением числа неблагоприятных экологических и социальных факторов

Записи о симптомах и стратегиях лечения МКБ содержатся в нескольких древних текстах по традиционному лечению, таких как Аюрведа, Сиддха и Унани, а также традиционной китайской медицины. Лечение целебными травами сопровождает человечество не одно тысячелетие, и долгое время растения оставались почти единственным лекарственным средством. В XIX веке интерес к ним значительно ослаб и долгое время народная (традиционная) и современная медицина шли каждая своим путем, не используя возможностей и достижений друг друга. Однако очень высокая частота осложнений от приема синтетических лекарств стала главной причиной изменения отношения к растительным препаратам, лечение которыми в последние годы набирает популярность

воспалительного ответа, ускорить формирование гуморального звена иммунитета и предупредить дальнейшую хронизацию процесса в паренхиме почки и мочевыводящих путях.

Литокинетический эффект препарата изучен в нескольких исследованиях. В исследовании под руководством Ю.Г. Аляева и соавт. представлены результаты эффективности препарата Канефрон Н при лечении больных МКБ, перенесших ДУВЛ, в скорости отхождения фрагментов и в период ранней (до 3 мес) метафилактики. Показано, что применение препарата в комплексном лечении больных МКБ способствует более быстрому отхождению фрагментов конкрементов и эффективному улучшению функциональных показателей состояния почек после удаления конкремента, снижению уровня лейкоцитурии, увеличению суточного диуреза, снижению концентрации мочевой кислоты в крови и моче, снижению гиперкальциурии и нормализации рН мочи, а также снижению риска рецидива заболевания. При этом положительные результаты были получены как в группах лечения, так и в группах профилактики рецидивов заболевания.

В РКИ А.Г. Мартова и соавт. в 2012 году оценили возможности препарата Кане-

фрон Н в реабилитации пациентов после выполнения эндоскопических операций на верхних и нижних мочевых путях. Результаты исследования убедительно показали, что применение Канефрона Н после трансуретральных операций на нижних мочевых путях уменьшило ирритативную симптоматику и улучшило качество жизни пациентов. Использование препарата после операций на верхних мочевых путях, кроме того, снижало уровень лейкоцитурии, повышало диурез, рН мочи и отхождение резидуальных фрагментов.

М.И. Давидов и соавт. в 2018 году опубликовали результаты РКИ, посвященного оценке эффективности препарата Канефрон Н в ранней и отдаленной комплексной метафилактике уролитиаза после ДУВЛ. На этапе ранней метафилактики (первом этапе исследования) Канефрон Н способствовал более быстрому и полному отхождению из мочевых путей фрагментов — 93,1 % ($p < 0,05$), достоверно сократил вероятность обструктивных осложнений с 17,1 до 1,2 % ($p < 0,05$), случаев острого пиелонефрита — с 1,2 до 0,3 % и существенно уменьшил уровень лейкоцитурии и бактериурии. На втором этапе исследования (отдаленной метафилактике) в группе принимавших Канефрон Н



При хроническом цистите, пиелонефрите, МКБ
Растительный лекарственный препарат

Канефрон® Н




- ☛ Способствует уменьшению болей и резей при мочеиспускании
- ☛ Уменьшает количество повторных обострений
- ☛ Препятствует образованию мочевых камней

Природа. Наука. Здоровье.



Любисток



Золототысячник



Розмарин



РЕКЛАМА
www.canephron.ru
www.bionorica.ru

перед ДУВЛ и в течение 90 дней после процедуры, а также в течение 4 лет повторяли курсы препарата три раза в год длительностью 30 дней, частота рецидива МКБ отмечена лишь в 12,8 % случаев по сравнению с 30,9 % в группе больных, не проводивших метафилактические мероприятия.

С учетом вышеизложенного можно констатировать, что использование препарата Канефрон Н показало большие возможности в лечении больных МКБ.

Рациональным представляется назначение данного препарата после дробления камней для быстрейшего выведения фрагментов в раннем послеоперационном периоде, а также длительными курсами в рамках метафилактики. Длительное применение Канефрона Н во многих исследованиях не имело побочных эффектов и осложнений и доказало высокий профиль безопасности этого лекарственного препарата. ☺

РООУ Российское общество онкоурологов

Park Inn by Radisson Pribaltiyskaya



XVII
МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ОНКОУРОЛОГОВ

29.09 — 30.09.2022

Ежегодный конгресс РООУ – место интенсивного обмена опытом и знаниями. В научной программе примут участие отечественные лидеры в области онкоурологии, патоморфологии, диагностики и лекарственной терапии ЗНО мочеполовой системы.

Регистрации и детализированная программа – на roou.ru

Санкт-Петербург

Реклама

Практический курс по fusion-биопсии и интерпретации МРТ простаты

Про раннее выявление рака простаты сказано уже много. Это одна из самых обсуждаемых тем в урологии, которой посвящены многочисленные статьи, монографии и семинары. И несмотря на это, консенсус в отношении многих аспектов диагностики этого злокачественного заболевания так и не достигнут. Можно ожидать, что вопросы, связанные с диагностикой рака простаты, сохранят особое место в повестке научно-образовательных мероприятий для урологов. Не стал исключением и проходивший в прошлом году конгресс SIU. В его рамках был проведен практический курс по интерпретации МРТ и fusion-биопсии простаты под руководством Тристана Баррета (Tristan Barrett) и Кристофа Кастнера (Christof Kastner) из Великобритании.



Тарас
Валерьевич
ШАТЫЛКО

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

Значение МРТ и биопсии в диагностике рака простаты

Как известно, в зависимости от показаний различают первичную и вторичную биопсию простаты. Под вторичной понимают повторную биопсию, которая выполняется при персистирующем повышении уровня PSA и сохранении подозрения на рак, когда при первой биопсии его выявлено не было. В клинической практике, конечно, встречаются и третичные, и четвертичные биопсии... Особо выделяют подтверждающую биопсию простаты в рамках протокола активного наблюдения при верифицированном клинически незначимом раке.

Биопсия простаты может выполняться трансректальным и трансперинеальным доступом. Трансректальная биопсия имеет ряд недостатков. Из-за прохождения иглы через прямую кишку риск микробной контаминации мочевых путей с развитием клинически выраженной инфекции составляет 10%. Кроме того, затруднено получение материала из передней и апикальной частей простаты. По представленным на курсе данным, из-за этого могут быть пропущены около 30% злокачественных опухолей. Однако последний недостаток, в отличие от повышенного риска септических осложнений, может быть в значительной степени компенсирован опытом оператора. Промежностная биопсия характеризуется более высокой выявляемостью рака и хорошей конкордантностью с результатами гистологического исследования удаленной простаты. Риск инфекционных осложнений при ней значительно ниже, хотя частота острой задержки мочи может оказаться несколько более высокой (6,5% против 5,0%). Как правило, трансперинеальная биопсия более болезненна и требует наркоза, хотя на мастер-классе была продемонстрирована методика местной инфильтративной анестезии с поэтапным введением раствора анестетика в подкожную жировую клетчатку, мышцы тазового дна и парапростатическую клетчатку.

Итак, зачем же нужна МРТ простаты, если верификация диагноза в любом случае требует выполнения биопсии? Во-первых, отрицательная предиктивная ценность МРТ в отношении клинически значимо-

го рака простаты составляет около 90% и своевременное ее выполнение позволяет избежать до 40% биопсий, как показало многоцентровое проспективное исследование PROMIS. Положительный экономический эффект связан с устранением расходов на выполнение биопсии и борьбу с ее осложнениями. По данным разных авторов, отрицательный результат МРТ говорит о минимальном риске обнаружения клинически значимого рака простаты еще в течение 3–5 лет. Во-вторых, положительная предиктивная ценность при обнаружении паттерна PI-RADS 5 составляет 85%, что может служить дополнительным аргументом для выполнения биопсии, если пациент и врач ощущают сомнения по поводу ее целесообразности. В-третьих, МРТ позволяет сразу произвести адекватное радиологическое стадирование, тогда как геморрагические артефакты после биопсии затрудняют интерпретацию результатов.

Как и любая другая современная технология, МРТ простаты имеет кривую обучения. По мере совершенствования навыков интерпретации снимков снижается частота определения очагов, относящихся к двусмысленной категории PI-RADS 3. Другими показателями качества считаются отрицательная предиктивная ценность (как указано ранее, она должна составлять не менее 90% для PI-RADS 1) и частота верного определения целей для биопсии. Интересно, что в Великобритании специ-

алистов, обученных интерпретации и репортированию результатов МРТ простаты, делят на три класса (Barrett et al., 2021).

Краеугольным камнем интерпретации МРТ простаты является классификация PI-RADS. Первый ее вариант вышел еще в 2012 году и назывался ESUR Prostate MRI Guidelines, и уже задним числом был назван PI-RADS v. 1. В 2015 году вышла более точная PI-RADS v. 2, в которой существенно уменьшена значимость динамического контрастного усиления и совсем оставлена магнитно-резонансная спектроскопия. Небольшие изменения в протокол были внесены в 2019 году, в результате чего появилась PI-RADS v. 2.1.

Таким образом, после исключения спектроскопии из протокола PI-RADS мультипараметрическая МРТ простаты должна включать в себя три последовательности: T2-взвешенные изображения (опухоль обычно гипоинтенсивна), диффузионно-взвешенные изображения (ограничение диффузии) и контрастное усиление (интенсивный ангиогенез). Самой ценной последовательностью можно считать получение диффузионно-взвешенных изображений (diffusion-weighted imaging, DWI). Режим DWI позволяет оценить интенсивность броуновского движения в заданном объеме ткани. Для этого генерируются два радиочастотных импульса, которые могут иметь разную мощность, длительность и разделяющий их интервал. Дан-

ные характеристики импульсов в режиме DWI упрощенно описывают значением b, которое измеряется в секундах на квадратный миллиметр (с/мм²). В обычной ткани броуновское движение молекул воды почти не ограничено. При раке же значительно увеличено количество клеток в заданном объеме ткани, повышено ядерно-цитоплазматическое соотношение, и из-за этого маршрут свободного движения молекул сокращается, что становится заметно при применении режима DWI, особенно с большим значением b.

При контрастном усилении очаг считается положительным, если удовлетворяет трем условиям: имеет фокальный характер, накапливает контраст раньше окружающих тканей и главное — совпадает с подозрительным очагом на T2 или DWI. Таким образом, контрастирование играет лишь вспомогательную роль в интерпретации МРТ. По сути, от него может зависеть только присвоение категории PI-RADS 3 или 4 небольшому сомнительному очагу на периферии. Для периферической зоны наиболее важна DWI-последовательность, а для переходной — T2. Опытный радиолог часто может дать заключение, ориентируясь только на эти две последовательности (т.н. бипараметрическая МРТ).

Типичный очаг рака в периферической зоне простаты хорошо очерчен, гомогенен и гипоинтенсивен на T2. В переходной зоне неопластический очаг умеренно ги-

Таблица 1. Принятые в Великобритании требования к специалистам, выполняющим МРТ простаты

	Уровень 1	Уровень 2	Уровень 3
Кто может претендовать?	Врачи (consultants) или ординаторы (specialist registrars) со специализацией в радиологии, урологии или онкологии; рентген-лаборанты (radiographers) и МРТ-физики	Врачи или ординаторы со специализацией в радиологии	Врачи-радиологи
Обладают знаниями в области методов МРТ	Да	Да	Да
Могут самостоятельно давать отчет о результатах МРТ простаты	Нет	Да	Да
Могут возглавлять службу, выполняющую МРТ простаты	Нет	Нет	Да
Представление результатов научных исследований и преподавание	Нет	Нет	Да
Посещение курса по МРТ простаты за последние 3 года	Да	Да	Да
Посещение междисциплинарных консилиумов по заболеваниям простаты	4 в год (раз в 3 месяца)	12 в год (каждый месяц)	12–21 в год
Количество баллов непрерывного медицинского образования (CPD) в год	10	20	20–30
Максимальная доля баллов CPD, набранных в рамках самостоятельного обучения	25–50%	≤ 50%	25–75%
Количество случаев в портфолио	20	100	100
Доля случаев с обучающих мероприятий в портфолио	До 50%	10–25%	10–50%
Требуется прохождение экзамена	Нет	Да	Нет
Срок до подтверждения категории	3 года	3 года	3 года

поинтенсивен, имеет нечеткие границы и структуру (симптом «стертого рисунка углем»). Круглые инкапсулированные очаги в переходной зоне с неоднородной интенсивностью («организованный хаос»), как правило, являются аденоматозными узлами и характеризуются как PI-RADS 1–2.

Кристоф Кастнер обратил внимание на то, что сложная пятибалльная система PI-RADS по факту разделяет пациентов всего лишь на три категории. PI-RADS 1–2 не требует выполнения биопсии, а PI-RADS 4–5 при прочих равных условиях — требует. Третья категория, PI-RADS 3, остается головной болью для специалистов, поскольку однозначной тактики в отношении таких пациентов не существует.

Трудности в интерпретации результатов МРТ

Конечно, в интерпретации МРТ простаты много подводных камней. Некоторые нормальные анатомические структуры и доброкачественные изменения могут выглядеть как рак. Возможно нарушение техники выполнения МРТ или появление артефактов по иным причинам.

Частой проблемой являются эктопические очаги доброкачественной гиперплазии. Как известно, аденома произрастает из переходной зоны предстательной железы, но в определенных ситуациях ее узлы оказываются в периферической зоне. Возможна протрузия аденоматозных узлов (в этой ситуации выручает просмотр изображений в разных плоскостях) или их полная экструзия на периферию. Градация PI-RADS для переходной и периферической зон отличается, поэтому интерпретировать такую картину бывает трудно.

Целый ряд проблем связан с визуализацией опухоли в нетипичных зонах. Дело в том, что алгоритм оценки МРТ хорошо отработан для периферической и транзитной зон, а передняя фибромускулярная строма и центральная зона остаются сложными для интерпретации и могут скрывать в себе сюрпризы. Надо помнить, что типичная передняя строма представляет собой участок в виде полумесяца с низкой интенсивностью на всех последовательностях при мпМРТ. Центральная зона в большинстве случаев определяется на T2-взвешенных изображениях, а в 18 % случаев асимметрична, что связано с присутствием близлежащих аденоматозных узлов. Таким образом, эти находки, являясь элементами нормальной зональной анатомии простаты, не должны настораживать в плане подозрения на злокачественную опухоль. Интерпретация состояния семенных пузырьков также трудна из-за его большой вариативности. Их магнитно-резонансные характеристики зависят от срока воздержания от половой активности, наличия обструкции семявыбрасывающих протоков, последствий кровоизлияния и воспаления.

«Не все рак, что ограничивает диффузию», — так Тристан Баррет перефразировал старую поговорку, говоря об абсцессах предстательной железы. Действительно, очаги гнойного воспаления характеризуются четкими границами и ограничением диффузии на МРТ, что может вызвать подозрение на рак. По краям абсцесса отмечается раннее накопление контраста, а при наличии грануляционной ткани оно проявляется и внутри, хотя в меньшей степени. Дифференцировать рак и абсцесс, помимо клинической картины, позволяют T2-взвешенные изображения, на которых воспалительный очаг выглядит изоинтенсивно или гиперинтенсивно.

Таблица 2. Различные наборы критериев, которые применяются с целью отбора пациентов для активного наблюдения при раке простаты

Авторы	Сумма Глисона	PSA	Клиническая стадия	Положительные биоптаты
European randomized study	≤ 3 + 3	≤ 10 нг/мл; PSA-плотность ≤ 0,20	≤ T2	≤ 2
Johns Hopkins	≤ 3 + 3	≤ 10 нг/мл; PSA-плотность ≤ 0,15	≤ T1	≤ 2; поражение ≤ 50 % площади биоптата
MSKCC	≤ 3 + 3	≤ 10 нг/мл	≤ T2	≤ 3; поражение ≤ 50 % площади биоптата
Royal Marsden	≤ 3 + 4	≤ 15 нг/мл	≤ T2a	поражение ≤ 50 % площади биоптата
University of Toronto	≤ 3 + 4	≤ 15 нг/мл	≤ T2b	–
UCSF	≤ 3 + 3	≤ 10 нг/мл	≤ T2	≤ 33 % биоптатов; поражение ≤ 50 % площади биоптата
University of Miami	≤ 3 + 3	≤ 10 нг/мл	≤ T2	≤ 2; поражение ≤ 20 % площади биоптата

Внедрение мпМРТ простаты в рутинную клиническую практику

В сухом остатке мпМРТ обладает хорошей чувствительностью и отрицательной предиктивной ценностью, что улучшает выявление клинически значимого рака и уменьшает гипердиагностику клинически незначимых случаев. Низкая специфичность и слабая положительная предиктивная ценность тем не менее делают биопсию обязательным элементом диагностического процесса для верификации

новой fusion-биопсия с координатной сеткой, превосходящая остальные подходы по выявлению рака. Она обеспечивает хороший доступ к передним отделам простаты, а фиксированное положение ультразвукового датчика обеспечивает самое стабильное слияние изображений. Но и обычные трансперинеальные и трансректальные биопсии под местной анестезией имеют свою нишу, так как требуют меньше ресурсов, могут быть выполнены амбулаторно и тоже позволяют применять fusion-технологии, хотя и в иных вариантах.

высокая 15-летняя смертность от рака простаты при активном наблюдении, достигающая 5,0 %. Для сравнения, в Johns Hopkins этот показатель составляет 0,5 %.

Алгоритмы активного наблюдения также неодинаковы, как и наборы триггеров для перехода к активному лечению. В большинстве случаев требуются повторные биопсии и частое определение уровня PSA.

Некоторые центры включают мпМРТ в схему активного наблюдения при раке простаты. Заключение мпМРТ с PI-RADS 1–2 снижает потребность в выполнении

Таблица 3. Алгоритмы активного наблюдения при раке простаты

	Подтверждающие биопсии	Контроль PSA	Триггеры
Торонто (Канада)	Через 6–12 месяцев, затем каждые 3–4 года	Каждые 3 месяца на протяжении 2 лет, затем каждые 6 месяцев	Время удвоения PSA менее 3 лет; гистологическое прогрессирование; признаки прогрессирования на мпМРТ (добавлено с 2009 года)
PRIAS (Европа)	Через 1, 2 и 7 лет	Каждые 3 месяца	Сумма Глисона более 6 или 2 положительных биоптатов
Johns Hopkins (США)	Ежегодно	Не реже раза в 6 месяцев	Нарушение любого из критериев для первоначального отбора или перинеуральная инвазия

рака. МРТ — прекрасный инструмент для медицинской «сортировки», позволяющий отложить или избежать биопсии у четверти кандидатов. Для внедрения его в практику обязательны контроль качества и командный подход с вовлеченностью урологов, радиологов и патоморфологов. С целью оптимизации обучения на собственном материале, например, необходимы раздельная маркировка образцов, взятых при системной и таргетной биопсии, и последующее сопоставление данных МРТ и гистологии.

Интересные данные были показаны в Кембриджском исследовании, где оценивался катамнез пациентов после отрицательного результата МРТ. Из 311 пациентов, за которыми велось наблюдение на протяжении 5 лет, только 9,0 % повторно подверглись биопсии, а клинически значимый рак простаты за эти годы был обнаружен у 2,9 %. Среди 130 пациентов, которым, несмотря на отрицательный результат МРТ, выполнялась первичная биопсия (также с отрицательным результатом), клинически значимого рака при последующем наблюдении и повторных биопсиях вообще не выявлено.

Нельзя ограничиваться только данными лучевой диагностики. При неоднозначных результатах МРТ хорошо помогает показатель PSA-плотности, подсчитанный с учетом объема простаты по МРТ. PSA-плотность менее 0,2 позволяет избежать выполнения биопсии. Высокая точность достигается при использовании формулы объема вытянутого сфероида.

В плане выявления рака «золотым стандартом» может считаться трансперинеаль-

ная и когнитивной fusion-биопсии. Как-то я услышал из уст одного из мэтров российской урологии фразу «против работа в хирургии выступают только те, у кого его нет». Здесь ситуация аналогичная. Если есть доступ к аппаратной fusion-биопсии и ресурсы для ее выполнения, почему бы ей не пользоваться? Однако исследования показывают, что эффективность аппаратной и когнитивной биопсии сопоставима при хорошем опыте оператора и радиолога. В условиях обучения предпочтительно, конечно, истинное аппаратное слияние изображений. Оба варианта желательны сочетать с систематической биопсией.


Активное наблюдение и мпМРТ при раке простаты

Активное наблюдение сегодня является признанной опцией при раке простаты низкого онкологического риска. К нему прибегают под презумпцией того, что даже при появлении первых признаков, требующих активного вмешательства, пациента по-прежнему будет ожидать благоприятный прогноз. Предложено как минимум семь различных наборов критериев для активного наблюдения при раке простаты. Самыми смелыми в этом отношении являются специалисты из Sunnybrook Hospital (Торонто, Канада) и Royal Marsden Hospital (Лондон, Великобритания), допускающие активное наблюдение даже при сумме Глисона 3 + 4. Однако именно за счет этой группы пациентов в когорте Sunnybrook отмечается самая

подтверждающих биопсий. По некоторым данным, последовательное сопоставление снимков, выполненных в разные годы, позволяет даже заподозрить изменение суммы Глисона. В публикации Moore et al. (2017) предложена пятибалльная шкала Ликерта, оценивающая вероятность прогрессирования на активном наблюдении по данным МРТ. Похожую функцию выполняет шкала PRECISE (Caglic et al., 2020). Тем не менее результаты сравнения мпМРТ и гистологических заключений после радикальной простатэктомии не столь оптимистичны. Микроскопическое экстрапростатическое распространение заподозрить по результатам мпМРТ нельзя.

Заключение

Показания к мпМРТ простаты постепенно расширяются. Сегодня она нужна не только для планирования биопсии и оперативного вмешательства, но и для определения показаний к биопсии, а также может применяться в рамках активного наблюдения. Навык интерпретации результатов этого исследования становится востребованным даже в практике амбулаторного уролога.

В современном алгоритме ведения пациентов с подозрением на рак простаты fusion-биопсия незаменима, даже в своей наименее технологически продвинутой вариации — когнитивной. Однако она не настолько совершенна в плане диагностической ценности, чтобы полностью отказать от систематической биопсии. 

Современные методики хирургического лечения ДГПЖ

Арсенал методик по оперативному лечению доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) за последние годы заметно расширился. Что же сегодня могут предложить урологи своим пациентам и на какой эффект стоит рассчитывать при применении той или иной технологии?



Кирилл Александрович ШИРАНОВ

К.м.н., врач-уролог, МБУЗ «Клинико-диагностический центр „Здоровье“», г. Ростов-на-Дону

В прошлом году изменилась структура рекомендаций Европейской ассоциации урологов (ЕАУ) — все методы оперативного лечения разделены на пять основных групп:

- 1) резекция;
- 2) энуклеация;
- 3) вапоризация;
- 4) альтернативные методы абляции;
- 5) неаблативные методики.

Согласно рекомендациям ЕАУ, для оценки эффективности хирургического лечения предлагаются сроки 12, 36 и более 36 месяцев. Длительность эффекта отражается в частоте повторных операций в течение определенного времени, а также в продолжении или начале приема лекарственных препаратов после операции. Таким образом, если в течение 3 лет не требуется повторная операция, считается, что метод имеет стойкий эффект.

Резекция ПЖ

Трансуретральная резекция (ТУР) предстательной железы (ПЖ) является широко распространенной операцией, которую проводят практически в любом урологическом отделении. Биполярная ТУР сопоставима по эффективности с монополярной, хотя и обладает несколько более благоприятным профилем осложнений. Для ТУР доступны результаты 10-летнего наблюдения, свидетельствующем о стойком улучшении параметров мочеиспускания. При этом хотелось бы обратиться к результатам российского исследования, посвященного оценке качества жизни пациентов с симптомами нижних мочевыводящих путей после перенесенной ТУР ПЖ.

Несмотря на различия между центрами, значительной части пациентов требуется медикаментозное лечение в отдаленном послеоперационном периоде. Аналогичные данные можно найти в иностранных публикациях. Поскольку часть пациентов после ТУР продолжают получать альфа-блокаторы, можно сделать вывод: проблема заключается, скорее, в качестве выполнения операции, чем в ее принципе. Важное значение имеет правильное обучение основным анатомическим ориентирам и технике, при тщательном соблюдении которой можно добиться стойкого улучшения параметров мочеиспускания.

Вапорезекция ПЖ не уступает по эффективности ТУР ПЖ при краткосрочном наблюдении, но, вероятно, основным показанием к ней являются пациенты с коагулопатией или принимающие антико-

агулянты/антиагреганты, поскольку ее можно проводить даже без мост-терапии.

Энуклеация ПЖ

Методики энуклеации включают открытую, малоинвазивную (лапароскопическую и робот-ассистированную) аденомэктомию и лазерную энуклеацию. Если проанализировать публикации по открытой аденомэктомии, то можно увидеть сроки наблюдения пациентов в течение 10–15 лет. Для энуклеации ПЖ гольмиевым лазером уже доступны аналогичные данные через 10 лет и появляются публикации с 15-летним наблюдением. О чем это свидетельствует? Полное удаление аденоматозной ткани позволяет избавить пациента от инфравезикальной обструкции и необходимости повторной операции или приема лекарственных средств.

Какая позиция в отношении открытой аденомэктомии в настоящее время? Стойкое улучшение мочеиспускания, однако высокая травматичность, включая летальность (показатели менее 0,5%), необходимость в переливании крови, длительное сохранение дренажей (по сравнению с эн-

ным операциям, а лапароскопическая пока не заняла свою нишу — новые технологии выглядят для пациентов более привлекательными. Показания к аденомэктомии, вне зависимости от доступа, остаются неизменными: очень большой объем ПЖ (200–300 см³), крупные камни мочевого пузыря, дивертикулы, отсутствие трансуретрального доступа (гипоспадия, стриктуры, костные деформации, длинная уретра). При этом в рекомендациях ЕАУ указано, что открытую аденомэктомию можно выполнять только при отсутствии эндоскопических методик, что по-прежнему наблюдается во многих урологических отделениях. Также необходимо подчеркнуть, что показатели стрессового недержания мочи после аденомэктомии ниже, чем после лазерной энуклеации, особенно при позадилоном доступе, когда сохраняется шейка мочевого пузыря. Возможно, малоинвазивная аденомэктомия получит развитие в ближайшем будущем.

Теперь остановимся на лазерной энуклеации, которая в настоящее время выполняется с использованием четырех лазеров — гольмиевого (чаще всего), ту-

ние имеет не источник энергии, а именно техника операции — полное удаление аденоматозной ткани в пределах хирургической капсулы.

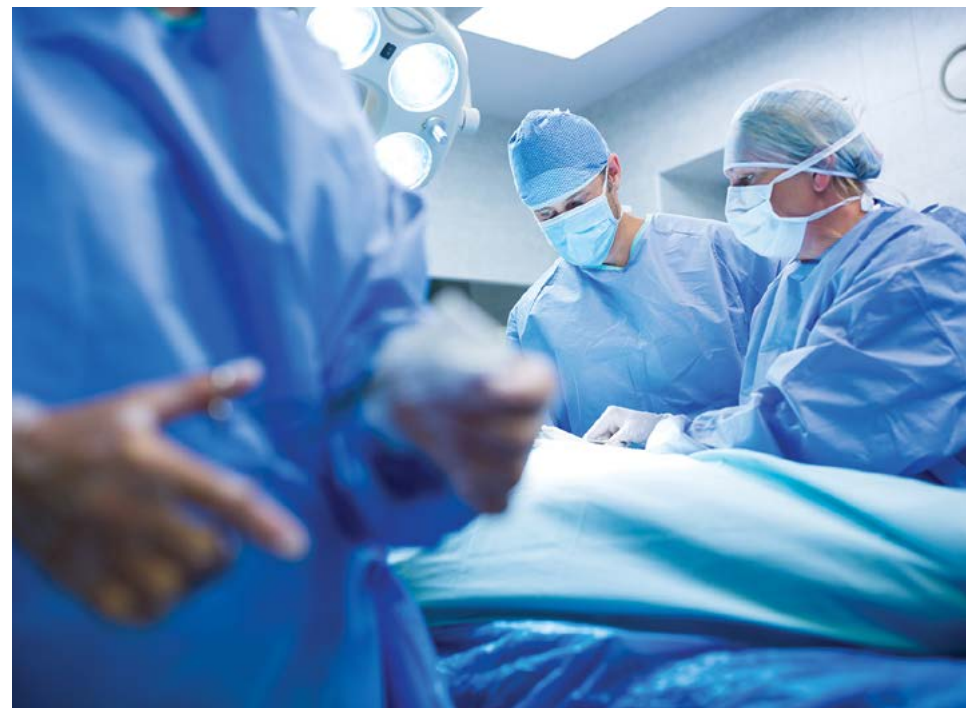
За последние десятилетия лазерная энуклеация стала очень популярным методом лечения, который стремятся освоить многие эндуурологи. Но, несмотря на эффективность, она не лишена недостатков. Во-первых, метод имеет длинную кривую обучения, которая, в зависимости от типа энергии, составляет от 15 до 50 операций. Энуклеация остается довольно сложной для освоения операцией, особенно в клиниках, в которых ее применяют впервые. Во-вторых, даже после достижения плато кривой сохраняется основная проблема лазерной энуклеации — стрессовое недержание мочи, частота которого в течение первых 3 месяцев может достигать 25–30% (по результатам систематического обзора). Конечно, в экспертных центрах показатели ниже, но стрессовое недержание мочи является тем осложнением, которое оказывает выраженное негативное влияние на качество жизни. И хотя через 3 месяца показатели снижаются до 1–2%, многие пациенты хотели бы избежать этой проблемы.

Вапоризация ПЖ

Выполняется зеленым и тулиевым лазером. Ее применяют в основном у пациентов с коагулопатией, принимающих антикоагулянты или соматически отягощенных больных. Кроме того, описана концепция «тотальной вапоризации ПЖ», когда проводится вапоризация в пределах хирургической капсулы при большом объеме ПЖ. Следует отметить, что существуют критерии полноты удаления аденоматозной ткани при трансуретральных операциях: отсутствие переходной зоны при ультразвуковом исследовании и снижение уровня ПСА на 85% и выше. Сохранение большого объема ткани связано с риском рецидива симптомов. Вапоризация сопровождается очень низкой частотой осложнений, что делает ее привлекательной у пациентов с низкой ожидаемой продолжительностью жизни в качестве хирургии одного дня.

Альтернативные и экспериментальные методики абляции

К ним относятся роботическая водоструйная абляция под контролем визуализации и конвекционная абляция водяным паром. По первому методу уже представлены рекомендации ЕАУ, в которых указана сопоставимая с ТУР ПЖ эффективность, однако сохраняются противоречия по оптимальному методу гемостаза. По конвекционной абляции доступны результаты первых рандомизированных исследований, но пока ее нельзя рекомендовать в качестве альтернативы ТУР ПЖ. При этом маловероятно, что в ближайшей перспективе какой-либо из этих методов будет широко доступен в России.



Все новые методики сравнивают с двумя стандартными — трансуретральной резекцией при ПЖ до 80 см³ и открытой аденомэктомией при ПЖ больших размеров

доскопическими методиками), ограничения по физической нагрузке — профиль осложнений перевешивает преимущества метода на фоне появления малоинвазивных методик. В этой связи в литературе появляется все больше публикаций по лапароскопической и робот-ассистированной аденомэктомии, которые менее травматичны, но обладают сопоставимой эффективностью. Следует отметить, что робот-ассистированная аденомэктомия, с экономической точки зрения, уступает лазер-

ливого — YAG, тулиевого волоконного и зеленого. Кроме того, описана биполярная энуклеация ПЖ. Большая часть публикаций посвящены гольмиевому лазеру (HoLEP), для которого описана современная техника энуклеации с различными модификациями (одно-, двух- и трехлопастная, с ранней мобилизацией сфинктера и т.д.). В 2016 году в рекомендациях ЕАУ появился термин «эндоскопическая энуклеация ПЖ». Тем самым рабочая группа подчеркнула, что принципиальное значе-

Продолжение на с. 12 →

«Казус Кукоцкого» в медицинской литературе, или ошибки терминологии

Казус — случай (обычно странный или неприятный) либо действие, имеющее признаки правонарушения, но лишенное элементов вины и потому ненаказуемое. «Казус Кукоцкого» — семейная сага Людмилы Улицкой, которая описывает жизнь семьи профессора Павла Алексеевича Кукоцкого на фоне истории Советского государства от момента его создания до середины 1960-х годов. Критик Лев Куклин так охарактеризовал роман и его автора: «Всяческие беды, уродства, болезни и прочие несчастья, включая нелепые смерти, прилипают к ее ущербным персонажам, словно мелкие гвоздики к магниту... Она ухитряется собрать нечто схожее с коллекцией уродцев петербургской Кунсткамеры». Свою коллекцию терминологических уродцев мы представляем в этой статье. Приведенные примеры свидетельствуют, насколько важна точность в определении понятий.

Неверное использование медицинских терминов снижает ценность проведенных исследований, препятствует правильной передаче данных и однозначной трактовке понятий и способно приводить к врачебным ошибкам.

Сходство произношения слов (паронимия) может даже стать причиной трагедии. Так, например, в 1980 году в больницу Флориды (США) привезли 18-летнего пациента, находящегося в коме, — испанца по национальности Вилли Рамиреса. Члены его семьи говорили только по-испански, и чтобы понять состояние молодого человека, вызвали переводчика, который перевел *intoxicado* на английский как *intoxicated*, что подразумевает действие алкоголя или наркотиков, хотя на тот момент речь шла о пищевом отравлении (исп. *intoxicacion* и англ. *intoxication*). В результате неверно поставленного диагноза и ошибочного лечения юноша стал инвалидом. За неправильные действия медиков он получил компенсацию 71 млн долл. А эта переводческая ошибка вошла в историю как одна из самых дорогих.

Иногда случаи неправильного употребления или перевода похожих по произношению терминов можно встретить и в авторитетных изданиях. Некорректно переведенное на русский язык английское *patronage* послужило источником фразы «мероприятие проводилось под патронажем президента». Между тем здесь есть принципиальное различие: когда действие происходит под чьим-то покровительством, говорят о патронате, слово же «патронаж» в России употребляется только для обозначения медицинского наблюдения за пациентом.

Смешение слов «подпись» и «роспись» широко распространено в разговорной и профессиональной речи. Часто можно услышать «выдать медицинские препараты под роспись», хотя «роспись» означает «письменный перечень чего-либо» (например, «роспись государственных доходов и расходов»), действие по глаголу «расписать» («начать роспись потолка и стен») или «живопись».

Ниже мы приводим некоторые термины и определения, часто, но не всегда корректно употребляемые как в медицинской литературе, так и в устной речи специалистов.

«Патологии» (мн. ч.)

Обратимся к словарю: «Патология (греч. *πάθος* — болезнь, *λογία* — учение), только ед. ч. 1) Наука, изучающая возникновение и течение различных заболеваний и отклонений от нормы в организме человека и животных. Напр.: общая патология. 2) мед. Болезненные процессы, отклонения от нормы в организме. Напр.: патология сосудов. Син.: аномалия, неполноценность, уродство». Термин употребляется только в ед. ч., поэтому выражение

«патологии мочеполовой системы» (и ему подобные) неправильно. Во мн. ч. следует употреблять словосочетание «патологические состояния».

«Инфекции, передающиеся половым путем»

По определению ВОЗ, инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) — группа инфекционных заболеваний, заражение которыми происходит преимущественно при сексуальных контактах, включая вагинальный, анальный и оральный секс. В медицинской литературе нередко встречается словосочетание «инфекции, передающиеся половым путем», где «передающиеся» — причастие, образованное от глагола «передаваться». Этот глагол возвратный (-ся — направленный на себя), т. е. значение выражения — «инфекции, передающие себя кому-либо». «Передаваемые» — причастие, образованное от глагола «передать». Форма страдательного залога показывает, что лицо или предмет, выступающие в предложении в роли подлежащего, не производят самостоятельного действия. Таким образом, речь должна идти об инфекциях, передаваемых от одного человека другому.

«КонтрАверсии»

Контрверсия, или противоречие, — это состояние длительного общественного спора или обсуждения, обычно касающегося противоречивых мнений или точек зрения. Слово возникло от лат. *controversia* и перекликается с греческим «полемика» (*πολεμική* — спор; *πολεμικός* — повернутый в обратную сторону, враждебный). В названии известного форума World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility (COGI) написание с буквой *o* между корнями вполне логично, так как и в русском языке существуют только две соединительные гласные в сложных словах: *o* и *e*. Это «концептуальный конгресс, посвященный главным образом спорным вопросам в сфере женского здоровья, в формате дебатов и дискуссий».

«Несостоятельность тазового дна»

Недостаточность тазового дна (англ. *pelvic insufficiency*, *pelvic floor insufficiency*), а также дисфункция, или расстройства тазового дна (англ. *pelvic floor dysfunction*, *pelvic floor disorders*) — группа клинических состояний, включающая опущение либо выпадение тазовых органов, недержание мочи, анальную инконтиненцию, сексуальную дисфункцию и ряд хронических болевых синдромов. Использование термина «несостоятельность» («несостоятельность тазового дна», «синдром несостоятельности тазового дна») неверно, потому что его значение — «отсутствие основательности, убедительности; бездоказательность» либо «от-

сутствие возможности выполнять свои должностные обязательства, необеспеченность» (синонимы — банкротство, неплатежеспособность). В медицинских словарях он отсутствует и не является синонимом слова «недостаточность» (англ. *insufficiency*; от лат. *in* — не и *sufficere* — быть достаточным, удовлетворять) — недостаточное функционирование какого-л. органа или его части (син.: неполноценность, дефицитность). Напр.: недостаточность лютеиновой фазы; сердечно-сосудистая недостаточность.

«Реабилитация репродуктивной функции» (и т.п.)

Медицинская реабилитация (позднелат. *rehabilitatio* — восстановление) — это система лечебных мероприятий, направленных на восстановление нарушенных или утраченных функций организма человека (в результате травмы, операции или болезни), на восстановление или активацию его компенсаторных возможностей с целью обеспечения условий для возвращения лица к нормальной жизнедеятельности, а также

на профилактику рецидивов заболевания. Слово «реабилитация» применяется по отношению к человеку (пациенту). Поэтому следует считать неправильным употребление словосочетаний «реабилитация репродуктивной функции», «гормональная реабилитация», «реабилитация тазового дна» и аналогичных им.

«Профилактика здоровья»

Профилактика (происходит от греч. *πρόφύλακτικός* — предохранительный) — в медицине комплекс мероприятий, направленных на предупреждение возникновения заболеваний и травм, устранение факторов риска их развития. Вторичная профилактика заключается в ранней диагностике и предупреждении прогрессирования болезни; говорят также о третичной и четвертичной профилактике. Соответственно, правильным будет выражение «профилактика заболеваний».

Уважаемые читатели! А какие еще ошибки в терминологии вы встречаете? Напишите нам.

Официальное издание РООУ
<http://oncurology.abvpress.ru>



Журнал
«Онкоурология»
ежеквартальное издание
Основан в 2005 г.






Импакт-фактор: 0,729 | Индекс Хирша: 13 | BAK | Scopus | Web of Science CoreCollection | Emerging Sources Citation Index (ESCI)

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

МАТВЕЕВ Борис Павлович, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, почетный президент РООУ, ведущий научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России

ВЕДУЩИЕ ЭКСПЕРТЫ

Алексеев Борис Яковлевич, д.м.н., профессор, заместитель директора по науке ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, заведующий кафедрой онкологии Московского государственного университета пищевых производств, заведующий курсом онкоурологии при кафедре урологии факультета повышения квалификации медицинских работников ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», ученый секретарь РООУ

Карякин Олег Борисович, д.м.н., профессор, заведующий отделением лучевого и хирургического лечения урологических заболеваний с группой брахитерапии рака предстательной железы МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России

Матвеев Всеволод Борисович, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, член группы EAU по написанию рекомендаций по лечению рака предстательной железы, президент Российского общества онкологов, заместитель директора по научной и инновационной работе аппарата управления и заведующий урологическим отделением НИИ клинической онкологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России

Реклама

Современные методики хирургического лечения ДГПЖ

← Окончание, начало на с. 10

Далее несколько слов хотелось бы сказать об эмболизации простатических артерий. Несмотря на то что с момента первых публикаций прошло уже более 10 лет, роль данного метода по-прежнему не определена. Немаловажной проблемой остается отбор и наблюдение пациентов, поскольку хирургический этап проводится рентгенэндоваскулярными хирургами. Кроме того, эмболизация уступает ТУР ПЖ по эффективности, и, возможно, основным показанием к нему может служить большой объем ПЖ у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией, когда невозможно выполнить оперативное лечение под общей или регионарной анестезией. Аналогичные по-


казания могут быть и к таким методам, как установка простатических стентов, система подъема простатического отдела уретры и др.

Итак, мы обсудили основные варианты хирургического лечения ДГПЖ. Остается самый важный вопрос: какую из методик выберут врачи, а какую предпочтут пациенты? При обсуждении различных вариантов лечения всегда следует учитывать эффективность и профиль осложнений. Ряд пациентов заинтересованы в сохранении сексуальной функции и хотят избежать ретроградной эякуляции, практически всегда развивающейся после ТУР ПЖ, энуклеации или аденомэктомии. И здесь возникает дилемма: молодому пациенту

требуется метод со стойким эффектом, но при этом не сопровождающийся потерей антеградной эякуляции. Хотя в последние годы развивается концепция энуклеации ПЖ с сохранением ткани вокруг семенного бугорка, при которой показатели ретроградной эякуляции значительно ниже. Данная проблема стала причиной появления альтернативных методик, направленных, скорее, на безопасность, чем на максимальную эффективность. Многие урологи относятся к ним критично, поскольку они уступают по эффективности стандартным операциям.

С другой стороны, каждый уролог встречает пациентов с низкой ожидаемой продолжительностью жизни. Насколько важно выполнить радикальное удаление аденоматозной ткани, которое сопровождается риском недержания мочи, особенно у мужчин с ослабленными мышцами тазового дна и сниженным тонусом сфинктера уретры? Здесь можно провести аналогию с лечением локализованного рака ПЖ у пациентов пожилого возраста. Место паллиативных вмешательств — как раз в данной подгруппе больных.

Лучшая операция — та, которую выберет пациент, информированный обо всех возможных вариантах лечения

Какой можно сделать вывод из всего вышеописанного? В настоящее время становится все более важным подробное обсуждение с пациентом преимуществ и недостатков различных методов оперативного лечения. Широкий арсенал, с одной стороны, позволяет предложить каждому больному оптимальный вариант лечения, а с другой — требует выработки четких показаний. Возможно, подход «лучшая операция — та, которой владеет хирург», постепенно сменится на «лучшая операция — та, которую выберет пациент, информированный обо всех возможных вариантах лечения». 

Список литературы находится в редакции

Справочно-прикладное цифровое решение в сфере онкологии, современный инструмент в ежедневной работе врача. Доступная помощь в принятии правильных врачебных решений, алгоритм их формирования и оформления

МОБИЛЬНОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ ONC today



Что включает ONCOTODAY?

- протоколы ведения пациентов;
- схемы лекарственной терапии;
- калькуляторы и шкалы;
- сопроводительная терапия;
- нежелательные явления;
- морфологическая и молекулярная диагностика;
- оценка ответа на лечение;
- правовые вопросы и комментарии;
- статистика и аналитика

Доступна также десктопная версия

Реклама

«ЧАС ОНКОЛОГИИ С ПОЛИНОЙ ГАБАЙ»

проект создан Фондом поддержки противораковых организаций в партнерстве с юридической компанией «Факультет медицинского права»



Габай Полина Георгиевна

к.ю.н., адвокат, учредитель юридической компании «Факультет Медицинского Права», вице-президент Фонда поддержки противораковых организаций «Вместе против рака», член Союза журналистов России, Международной федерации журналистов

«Час онкологии с Полиной Габай» — регулярный цикл видеоэфиров, посвященных правовым и острым вопросам оказания и организации онкологической помощи. Целый час в прямом эфире адвокат Полина Габай и приглашенный гость-эксперт отвечают на вопросы слушателей, разбирают насущные задачи и кейсы, дают актуальные советы. Также адвокат делает краткий обзор по самым важным изменениям в сфере медицинского законодательства.

ВРЕМЯ ЭФИРОВ: каждую вторую среду месяца 18.00–19.00 по московскому времени
Youtube-канал «Вместе против рака»

Реклама

Урология сегодня № 4 (70) 2022

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

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

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ
Кмн. Б.Ш. Камолов
Дмн., проф. А.З. Виндров
Дмн., проф. Н.А. Григорьев
Дмн. А.В. Говоров
Проф. Пьер Моно
Кмн. А.С. Маркова

Кмн. В.А. Рубанов
М.Ш. Булыгов
А.В. Ахлестина
В.Е. Бугасв
А.А. Киричек

ВЕРСТКА
Дизайнер-верстальщик:
Ю.В. Первиспа
Корректор: А.С. Савельев

ПЕЧАТЬ
Отпечатано в типографии
ООО «Юнион Принт».
Нижний Новгород, Окский съезд, 2, к. 1.
Заказ № 222130

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

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