

Российское общество урологов – это шанс для каждого

стр. 8

Образование урологов: на пороге перемен

стр. 9

Конференция РООУ в Казани: новое в хирургии и таргетной терапии

стр. 14

Фонд «Вместе против рака» и «Медицина сегодня» стали партнерами IRCAD

стр. 20

От редактора



Баходур Камолов

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

kamolov@roou.ru

Уважаемые коллеги!

Поздравляю вас с наступающим Новым годом – желаю здоровья и благополучия вам и вашим близким. Благодарю вас за интерес к газете, а журналистов, авторов и экспертов за работу над изданием, которое не просто остается интересным и актуальным, но и становится лучше.

Как и предполагалось, уходящий 2013 г. стал периодом интенсивного взаимодействия российских профессиональных организаций с зарубежными коллегами. Так, в Конгрессе РООУ помимо отечественных лидеров традиционно приняли участие ведущие эксперты Европы и США; руководство РООУ активно включилось в работу с ЕАУ, уже обозначив приоритетные направления и наработки, реализация которых даст ощутимый толчок к развитию урологического сообщества.

Активную позицию российского профессионального сообщества мы стараемся отразить и на страницах газеты, поэтому в заключительном номере рассматриваем возможность проведения гормональной заместительной терапии (ГЗТ) у больных раком предстательной железы (РПЖ) или с историей РПЖ.

Почему именно эта тема? В 2013 г. Американская урологическая ассоциация присудила Абрахаму Моргенталеру первый приз за доклад о «провокационном опыте» – проведении ГЗТ у пациентов с РПЖ. Более 30 мужчин из группы активного наблюдения

по поводу РПЖ с симптомами андрогенного дефицита не менее 6 мес получали тестостерон. «Даже локализованный РПЖ – не противопоказание для ГЗТ», – делает вывод доктор Моргенталер, основываясь на этом, пока что крупнейшем опыте проведения ГЗТ при РПЖ.

Не поддерживая радикальный антинобелевский тренд, доктор Моргенталер обращает внимание, что со времен работ Ч. Хаггинса медицинское сообщество излишне настороженно отнеслось к тестостерону, посчитав этот гормон «исключительно опасным» для простаты. На самом деле, оценивая клинические и эпидемиологические данные (распространенность РПЖ в старшей возрастной группе и высокую распространенность (около 40 %) рака *in situ* у 40-летних мужчин), можно говорить о некотором «протективном» действии нормального уровня гормонов. Более того, как по данным Моргенталера, так и по результатам других исследователей, низкий уровень гормонов – фактор риска РПЖ и более агрессивного течения болезни.

Поэтому, уверен Моргенталер, тестостерон можно назначать пациентам с излеченным раком или локальной формой заболевания, тем более что большинство пациентов умирают не от РПЖ, а от сердечно-сосудистых заболеваний.

Важно отметить, что Моргенталер не заявляет, что тестостерон абсолютно безопасен для всех категорий больных и Нобелевская премия присуждена напрасно. Но интересно, как вполне адекватные и логичные идеи трансформируются, приобретая исключительно радикальный оттенок. Так, есть специалисты, которые называют андрогенную гипотезу мифом и предлагают навсегда проститься с прошлым, переоценив работы Ч. Хаггинса.

В чем-то правы и радикально настроенные эксперты. Но главное, разбираясь в любой проблеме, – не принимать результаты однобоко, а иметь взвешенную позицию. Именно поэтому мы и представляем мнения нескольких экспертов.

появилось за последний год в области оперативной андрологии, онкоурологии, эндоурологии и урогинекологии. На протяжении конференции пройдут круглые столы, посвященные вопросам нейроурологии, онкоурологии, инфекций мочеполовых путей, андрологии. Вашему вниманию будут представлены трансляции из операционной в режиме реального времени:

- 20 февраля – имплантация 3-компонентного фаллопротеза;
- 21 февраля – пластика уретры.

Заканчивается прием видеороликов, которые будут представлены в виде докладов на конференции и материалов конференции на DVD-диске. Сборник будет вложен в портфели участников конференции и не предусмотрен

РПЖ: тестостероновый парадокс

Андрогенный дефицит – это не сугубо сексуальная проблема, а причина метаболического синдрома (МС), сахарного диабета, остеопороза и других нарушений... О возможностях гормональной заместительной терапии (ГЗТ), гипогонадизме и раке предстательной железы (РПЖ) журналисты УС беседовали с эндокринологами и урологами.

РПЖ: старая догма и новые трюки



Абрахам Моргенталер

Доктор медицины, директор Центра мужского здоровья в Бостоне, доцент кафедры клинической хирургии (урологии), МЦ им. диакониссы Бет Израэль, Гарвардская медицинская школа (Бостон, США)
dr.morgentaler@menshealthboston.com

Посчитав чрезмерную распространенность рака простаты среди пациентов с гипогонадизмом и низким уровнем простатического специфического антигена (ПСА) «исключительным невезеньем», маститые ученые посоветовали А. Моргенталеру перепроверить результаты. Проверив себя и других, доктор убедился: «После вручения Нобелевской премии «За [...] лечение РПЖ» медицинское сообщество излишне напряженно отнеслось к тестостерону и невнимательно-небрежно к результатам пионерских публикаций».

«В среднем частота РПЖ в группе с нормальным ПСА (до 4 нг/мл) не превышает 2 %, и уж точно ни в одном из исследований не переходит за границу 4,5 %. У нас же при обследовании пациентов с низким уровнем тестостерона и ПСА частота заболевания составила

около 14 %, – рассказывает доктор Моргенталер о своих наблюдениях, представленных в 1996 г.

Откуда такие результаты и кому пришлось в голову проводить биопсию пациентам, не входящим в группу риска по РПЖ?

«Я занимался лечением мужчин с андрогенным дефицитом, и мои учителя, предупреждая риск развития «спящей опухоли», настоятельно рекомендовали перед назначением тестостерона проводить биопсию каждому, вне зависимости от уровня ПСА, – объясняет доктор Моргенталер. – В первой же группе пациентов рак простаты был обнаружен у 6 из 33 мужчин. Посчитав эти данные статистически недостоверными, а чрезмерную распространенность РПЖ «исключительным невезеньем», опытные коллеги и маститые ученые порекомендовали мне обследовать большую когорту мужчин... У других 50 пациентов с гипогонадизмом и низким уровнем ПСА распространенность РПЖ оказалась не меньшей».

Спустя десятилетие, в 2006 г., А. Моргенталер опубликовал результаты обследования 345 мужчин с андрогенным дефицитом и ПСА менее 4 нг/мл. «У мужчин со сниженным уровнем тестостерона риск

Продолжение на стр. 2 ▶

Коротко

Уважаемые коллеги!

Приглашаю Вас принять участие в 6-й Всероссийской урологической видеоконференции «Оперативное лечение заболеваний органов мочеполовой системы», которая состоится в Москве 20–21 февраля 2014 г.

Вот уже 6-й год при вашей деятельной поддержке мы работаем над созданием необходимых условий по повышению качества образования молодых врачей. Целью конференции является приобретение практических навыков в области реконструктивной урологии.

Мы стараемся охватить все направления урологии, все новое и интересное, что

появилось за последний год в области оперативной андрологии, онкоурологии, эндоурологии и урогинекологии. На протяжении конференции пройдут круглые столы, посвященные вопросам нейроурологии, онкоурологии, инфекций мочеполовых путей, андрологии. Вашему вниманию будут представлены трансляции из операционной в режиме реального времени:

- 20 февраля – имплантация 3-компонентного фаллопротеза;
- 21 февраля – пластика уретры.

Заканчивается прием видеороликов, которые будут представлены в виде докладов на конференции и материалов конференции на DVD-диске. Сборник будет вложен в портфели участников конференции и не предусмотрен

к продаже. Авторские права защищены обязательной ссылкой на сборник и автора фильма. Материалы будут опубликованы на DVD-диске после утверждения сборника на заседании экспертного совета.

В рамках мероприятия пройдет конкурс молодых специалистов, которые представят свои видеоролики. **Победитель получит возможность пройти обучающий курс по лапароскопической хирургии в Страсбурге в крупнейшем тренинговом центре Европы.**

Необходимо на адрес urovideo@yandex.ru прислать ФИО и название доклада, в ответ будет выслан логин и пароль для возможности загрузки материалов по протоколу FTP.

ОРГАНИЗАТОРЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

кафедра урологии ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России.

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ:

г. Москва, Ленинский проспект, д. 158, гостиница «Салют».

Тел.: 8 (985) 446-6434,
e-mail: sobilen@mail.ru,
darenkov@list.ru

С уважением и признательностью,
председатель конференции
проф. С.П. Даренков

РПЖ: тестостероновый парадокс

◀ Продолжение, начало на стр. 1

развития РПЖ выше, – пишут авторы работы (A. Morgentaler, E.L. Rhoden. Prevalence of prostate cancer among hypogonadal men with prostate-specific antigen levels of 4.0 ng/mL or less. *Urology*;68(6):1263–7). – Мы обнаружили РПЖ у 30 % мужчин с гипогонадизмом и уровнем ПСА 2–4 нг/мл. Эти и другие данные заставляют пересмотреть андрогенную гипотезу, ставшую медицинской доктриной после публикаций Чарльза Хаггинса (Charles Huggins), уверен доктор Моргенталер.

При любом значении ПСА риск РПЖ больше, если уровень тестостерона снижен.

Ч. Хаггинс с учениками Кларенсом Ходжесом (Clarence V. Hodges) и Уильямом Уоллесом Скоттом (William Wallace Scott) показал: блокирование мужских гормонов хирургическими или гормональными манипуляциями вызывает регрессию опухоли. Эти работы, проведенные сначала на собаках, а впоследствии экстраполированные на человека, в корне изменили представление о РПЖ и совсем не случайно заслужили признание: до 1940 г. рак простаты считался неизлечимым! Однако, вручая в 1966 г. Ч. Хаггинсу Нобелевскую премию «За открытия, касающиеся гормонального лечения РПЖ», медицинское сообщество излишне напряженно отнеслось к тестостерону, считает доктор Моргенталер.

«Орхидэктомия и андрогенная депривационная терапия (АДТ) – действительно эффективные методы лечения РПЖ, с чем не берется спорить ни один специалист, – поясняет доктор Моргенталер. – Однако обратное утверждение – **повышение уровня тестостерона стимулирует рост опухоли** – не имеет ни клинических, ни экспериментальных подтверждений. Это положение корректно только для распространенного опухолевого процесса и пациентов, уже прошедших кастрацию или АДТ; **линейной же зависимости между уровнем тестостерона и риском РПЖ вовсе нет**».

О тестостероновом парадоксе, пионерских работах и будущем в терапии РПЖ журналисты УС беседовали с А. Моргенталером – доктором, который осмеливается назначать ГЗТ даже пациентам с непролеченным раком простаты.

При понижении уровня тестостерона до кастрационного уровня ПЖ и, соответственно, опухоль уменьшаются, а при небольшом гормональном скачке рост возобновляется. Уровень гормона в крови, при котором простата «насыщается» и больше не растет, близок к кастрационному.

Андрогенная гипотеза

В 1941 г. Чарльз Хаггинс и Кларенс Ходжес сообщили: «**тестостерон активизирует клетки РПЖ, стимулируя ускоренный рост опухоли**». Эта концепция трансформировалась в более обобщенную идею – андрогенную гипотезу, согласно которой высокий уровень тестостерона не только инициирует прогрессию рака простаты, но и увеличивает риск заболевания; низкий же уровень тестостерона, напротив, был воспринят как протективный фактор в отношении РПЖ.

«**Тестостерон для РПЖ – все равно что бензин для автомобиля**» – метафора, ставшая классикой учебников, прочно вошла

в обиход и умы врачей, посчитавших, что «лишним» тестостероном можно «разбудить спящую опухоль» – рак *in situ*, определяемый в большинстве аутопсий даже у молодых мужчин.

Однако прямых и объективных подтверждений опасениям о «спящей опухоли» нет. Есть классические эксперименты, в которых трансплантированная опухоль предстательной железы (ПЖ) подкожно растет у мышей-самцов и остается неизменной в организме самок. Если самкам вводить инъекции тестостерона, то РПЖ подкожно вырастет

и у них; у кастрированных же самцов, в подтверждение андрогенной гипотезе, ксенотрансплантированная опухоль не развивается. Этот и аналогичные эксперименты, как и результаты АДТ и орхидэктомии, подтверждают чувствительность опухоли к андрогенам, но отнюдь не доказывают протективность гипогонадизма.

Считается, что РПЖ вовсе не встречается у мужчин, кастрированных до пубертатного периода. Этот пример используется как доказательство канцерогенности тестостерона. Однако достоверных и качественных исследований нет: в опубликованных работах приведены данные всего полтора-двух десятков итальянских сопрано и альтов.

Важно отметить, что у мужчин, кастрированных в детстве, ученые не обнаружили не только опухолей, но и нормальных простат. «В 1901 г. Hikmet и Regnault отметили, что у внуков простата атрофирована, – пишут J.D. Wilson и C. Roehrborn (Long-term consequences of castration in men: lessons from the Skoptzy and the eunuchs of the Chinese and Ottoman courts. *J Clin Endocrinol Metab* 1999;84(12):4324–31). – При посмертном вскрытии 40-летнего внука Wagenseil описывает 4-граммовую ПЖ допубертатного размера – 16 × 24 × 13 мм. В аналогичных исследованиях Wu и Gu простаты большинства китайских внуков были непальпируемы».

Не обнаружив у кастратов ни гиперплазии, ни РПЖ, авторы метаанализа – J.D. Wilson и C. Roehrborn – отмечают нарушения в формировании скелета, аденомы гипофиза

и гинекомастию, ставя под сомнение предположение о возможно большей продолжительности жизни кастрированных мужчин.

Тестостерон и РПЖ

Тестостерон витален для простаты: железа атрофируется без гормона. Однако обратной прямой зависимости – чем больше тестостерона, тем больше простата – нет. Подтверждением может быть даже эмпирический факт: 30–35-летние мужчины, находясь в «андрогенном максимуме», не испытывают симптомов, связанных с увеличением простаты.

Есть и экспериментальные, и клинические аргументы. Например, в исследованиях S. Bhasin et al., J.R. Monath et al. и C.S. Cooper

et al., опубликованных в 1995–1998 гг., ученые не обнаружили корреляции между эндогенным тестостероном и уровнем ПСА или размером простаты: «После более чем 9-месячного курса применения супрафизиологических (высоких) доз тестостерона у здоровых добровольцев не отмечено ни повышения уровня ПСА, ни изменения объема простаты».

В больших проспективных исследованиях взаимосвязь андрогены – риск РПЖ тоже не подтверждена.

В 2008 г. A.W. Roddam et al. проанализировали 18 проспективных исследований, в которых приняли участие около 4000 пациентов с РПЖ и почти 6500 мужчин из группы контроля. В этом анализе ученые не выявили зависимость риска РПЖ от уровня дигидротестостерона (ДГТ), общего или свободного тестостерона.

В 2012 г. R.L. Muller et al. по результатам исследования REDUCE, включившего более 3200 мужчин, не обнаружили взаимосвязь между риском РПЖ и уровнем тестостерона или ДГТ – «у пациентов с РПЖ уровень тестостерона и ДГТ не отличался от аналогичных показателей здоровых мужчин».

В настоящее время нет адекватных проспективных исследований, которые бы точно определили корреляцию между ГЗТ и риском

Тестостерон однозначно противопоказан только одной категории пациентов – тем, кто подвергался кастрации или АДТ для лечения метастатического РПЖ. Интересно, что это ученые обнаружили еще 30 лет назад.

РПЖ, однако данные отнюдь не подтверждают увеличение риска. Так, в 2005 г. O.M. Calof et al. опубликовали метаанализ плацебо-контролируемых исследований и не обнаружили увеличения уровня ПСА или распространенности РПЖ на фоне терапии тестостероном.

В UK Androgen Study 1365 мужчин в возрасте 28–87 лет (средний возраст – 55 лет) получали длительную ГЗТ и дважды в год контролировали уровень ПСА и проходили пальцевое ректальное обследование. За 12-летний период было обнаружено 14 случаев локализованного РПЖ, что не превышает 1 % порог и ниже уровня, характерного для скринингового обследования по РПЖ.

Мы считаем, что низкий уровень тестостерона может быть фактором риска РПЖ. Наши данные о распространенности рака простаты среди мужчин с низким уровнем тестостерона и нормальным ПСА (1996 и 2006 гг.) согласовываются с результатами M.A. Hoffman et al., которые в 2000 г. показали, что у пациентов с пониженным тестостероном распространенность опухолей в 1,5 раза выше по сравнению с группой мужчин с нормальным уровнем андрогенов. По результатам E. Garcia-Cruz et al., обследовавших 137 мужчин, проходящих биопсию по поводу подозрения на РПЖ, низкий уровень тестостерона ассоциирован с высокими оценками по шкале Глисона, риском билатерального распространения опухолевого процесса. Высокий показатель соотношения ПСА/тестостерон связан с высоким риском РПЖ у мужчин со средним увеличением ПСА (3–10 нг/мл), сообщил D. Karamanolakis в 2006 г.

Эти и другие схожие данные подтверждают, что риск РПЖ не зависит от уровня тестостерона. Более того, при любом значении ПСА

риск РПЖ больше, если уровень тестостерона снижен.

Противоречия

А как же легендарные работы Хаггинса, на основании которых онкологи успешно лечат РПЖ уже более 70 лет? Разбираясь с исследованиями нобелевского лауреата, я разыскал его публикации в архиве Гарварда. В оригинальной статье написано, что тестостерон получали 3 пациента, но только один не подвергся предварительной гормональной манипуляции – кастрации или эстрогеновой терапии. Получается, что вывод о том, что тестостерон вызывает рост опухоли, сделан на основании одного релевантного случая. И что не менее важно – заключение основано на результате анализа кислой фосфатазы – суррогатного маркера РПЖ, который в современной онкоурологической практике почти не применяется из-за беспорядочных и невоспроизводимых результатов.

А тестостероновая вспышка и связанные с ней негативные эффекты, наблюдаемые при АДТ аналогами лютеинизирующего гормона рилизинг-гормона (ЛГРГ)... Неужели это явление косвенно не свидетельствует о том, что тестостерон стимулирует рост ПЖ? Последствия, связанные с краткосрочным и резким повышением уровня тестостерона, были описаны сразу же после применения первого аналога ЛГРГ. И, судя по клиническому

опыту, антагонисты ЛГРГ, блокирующие синтез андрогенов «без вспышки», дают некоторые преимущества. Тем не менее нет данных о различной реакции здоровых и опухолевых клеток на андрогены: рост клеток становится интенсивным только в случае, если опухоль уже находится в «андроген-депривационных условиях». Хотя не исключено, что есть биологические различия между клетками локализованного и метастатического РПЖ.

Возвращаясь к кастрации и АДТ, дважды заслуживших признание Нобелевского комитета, – высокая эффективность этих методов лечения РПЖ подтверждена многолетним опытом и личными наблюдениями. Однако мне было непонятно, если понижение уровня тестостерона заставляет опухоль «ужаться», то почему при увеличении концентрации гормона рак не «разрастается»?

Ответ подсказало исследование, опубликованное в 2006 г. L.S. Marks et al. Две группы мужчин с андрогенным дефицитом полгода получали инъекции тестостерона или плацебо. До и после эксперимента исследователи измеряли содержание в крови и в ПЖ тестостерона и ДГТ, который считается более «агрессивным» для клеток простаты. Оказалось, что уровень гормонов в крови экспериментальной группы серьезно вырос, но их содержание в железе почти не изменилось и оставалось близким к аналогичному показателю контрольной группы. Более того, тестостерон не изменил даже содержание маркеров роста клеток ПЖ. Это означает, что когда клетки простаты насыщены тестостероном, дальнейшее увеличение концентрации в крови не имеет никакого значения для ПЖ.

Продолжение на стр. 3 ▶

РПЖ: тестостероновый парадокс

◀ Продолжение, начало на стр. 1

Действительно, понижение уровня тестостерона в крови до кастрационного уровня заставляет ПЖ и, соответственно, опухоль сокращаться в размерах, а при небольшом гормональном скачке рост возобновляется. Содержание гормона в крови, при котором простата «насыщается» и больше не растет – очень низок, поэтому дальнейшее его повышение не опасно.

Для описания этих фактов очень подходит такая аналогия: ПЖ, как и опухоль, похожа на растение, которому для роста необходима вода – тестостерон. Если растение не поливать, то оно высохнет. Но комнатное растение никогда не станет деревом, сколь интенсивно бы за ним не ухаживали.

Сейчас мы понимаем, что тестостерон противопоказан только одной категории пациентов – тем, кто прошел кастрацию или антиандрогенную терапию. Забегая вперед, отмечу: это ученые обнаружили еще 30 лет назад.

Насыщенные рецепторы

Модель насыщения (saturation model) объясняет тестостероновый парадокс: ПЖ исключительно чувствительна к изменениям концентрации гормона на кастрационном или даже докастрационном уровне, в то время как колебания за пределами «точки насыщения» никак не влияют на нее. Эта модель объясняет, почему изменения ПСА значительны, когда мы манипулируем гормонами на грани кастрационного уровня, и едва заметны или вовсе отсутствуют

Модель насыщения (saturation model) объясняет тестостероновый парадокс: ПЖ исключительно чувствительна к изменениям концентрации гормона на кастрационном или даже докастрационном уровне, в то время как колебания за пределами «точки насыщения» никак не влияют на нее. Эта модель объясняет, почему изменения ПСА значительны, когда мы манипулируем гормонами на грани кастрационного уровня, и едва заметны или вовсе отсутствуют при применении супрафизиологических доз тестостерона у здоровых мужчин.

при применении супрафизиологических доз тестостерона у здоровых мужчин.

Подобная реакция связана с конечной аффинностью андрогенных рецепторов к гормону. Максимальное сродство наблюдается при действительно низких концентрациях, определенных *in vitro* на границе не более 4 нмоль/л (около 125 нг/дл). В клинической практике точка насыщения определяется на уровне около 8 нмоль/л (около 250 нг/дл), после чего даже логарифмическое увеличение концентрации тестостерона не влияет на простату. Различия клинических и экспериментальных точек связаны с особенностями метаболизма или взаимодействия гормона с другими молекулами, присутствующими *in vivo*.

Для предложенной модели есть и экспериментальные подтверждения. Например, у кастрированных животных при применении тестостерона простата восстанавливается, но не «перерастает» за пределы докастрационных параметров.

Линии андроген-чувствительных клеток дозозависимо растут до достижения определенного максимума, после чего концентрация тестостерона уже ни на что не влияет.

Интересно отметить, что в оригинальных работах тоже есть указания на некоторый «лимитированный максимум», достаточный для роста опухоли. Речь идет об исследовании W. Whitmore и J. Fowler – признанных на тот момент экспертов в области РПЖ из Memorial Sloan-Kettering Cancer Institute. В 1981 г. они обнаружили результаты применения тестостерона у пациентов с метастатическим РПЖ.

У кастрированных животных при применении тестостерона простата восстанавливается, но не «перерастает» за пределы докастрационных параметров.

По данным W. Whitmore и J. Fowler, из 52 пациентов, получавших инъекции тестостерона, у 45 был зафиксирован неблагоприятный ответ. Прочитав статью полностью, я был поражен тем, как значимые результаты могут оказаться незамеченными. Оказалось, что всего 4 больных до начала терапии тестостероном не прошли кастрацию или лечение эстрогенами. У одного из этих пациентов были зафиксированы осложнения еще до введения андрогенов, остальные получали тестостерон без каких-либо побочных эффектов и даже с благоприятными результатами.

«Нормальный эндогенный уровень тестостерона может быть достаточным для обеспечения максимального роста опухоли», – заключили W. Whitmore и J. Fowler, описывая собственные наблюдения. Однако этот вывод остался незамеченным: кто-то все-таки должен был прочесть статью полностью.

Кастрационная резистентность

Один из механизмов развития кастрационной резистентности – это прогрессирование за счет популяции андроген-независимых клеток. Другой – гиперэкспрессия андрогенных

рецепторов, которых становится значительно больше, из-за чего пациенты прогрессируют даже на фоне АДТ, а сверхмалые концентрации тестостерона приводят к активной клеточной пролиферации.

Учитывая эти данные, можно предположить, что отложив АДТ на ранних стадиях, можно отсрочить развитие кастрационной резистентности. Тем не менее объективные и качественные исследования по данному вопросу отсутствуют, поэтому любое утверждение имеет исключительно спекулятивный характер.

Провокационный опыт

Поскольку тестостерон больше не выглядел столь опасным для ПЖ, некоторые клиницисты, в том числе и мы, начали проводить ГЗТ пациентам с высоким риском РПЖ или историей РПЖ – после радикальной простатэктомии (РПЭ), брахитерапии и лучевой терапии.

Мы провели андрогенотерапию 75 мужчинам, 20 из которых относились к группе с высоким риском РПЖ – по результатам биопсии у них была обнаружена интраэпителиальная неоплазия. Спустя год у всех пациентов

обнаружено незначительное повышение уровня ПСА, и только у 1 больного диагностирован РПЖ. Получается, что в течение года на фоне ГЗТ рак развился в 1,3 % случаев (1 из 75 пациентов), или 5 % в группе высокого риска. При этом известно, что в течение 3 лет у пациентов с интраэпителиальной неоплазией опухоли развиваются в 25 % случаев. И хотя сравнивать эти цифры – 5 % и 25 % – напрямую нельзя, полученные данные все же никак не свидетельствуют об увеличении риска РПЖ на фоне ГЗТ.

J.M. Kaufman и R.J. Graydon – авторы наиболее длительного наблюдения (максимальный срок наблюдения – 12 лет) – в 2004 г. сообщили, что после РПЭ 7 пациентов, получая ГЗТ, продолжают жить без рецидива. P.K. Agawal et al. в 2005 г. сообщили о 10 мужчинах, успешно проходящих ГЗТ после РПЭ. А М. Khera et al. в 2009 г. опубликовали сообщение о 57 пациентах, получающих ГЗТ на протяжении 13 мес после простатэктомии. Аналогичные результаты опубликованы в отношении пациентов, получающих ГЗТ после брахитерапии и лучевой терапии (ЛТ).

Продолжение на стр. 4 ▶

РООУ
Российское общество онкологов

Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас принять участие в мероприятиях Российского общества онкологов (РООУ) в 2014 году. Ознакомьтесь с подробной информацией, условиями и сроками регистрации вы можете на сайтах www.roou.ru, www.abvexpo.ru.

6 июня 2014 г.

Конференция Российского общества онкологов в Приволжском федеральном округе

Организатор: Российское общество онкологов
Место проведения: г. Йошкар-Ола

5 сентября 2014 г.

Комбинированное лечение опухолей мочеполовой системы. Юбилейная конференция РООУ в Обнинске

Организатор: Российское общество онкологов
Место проведения: г. Обнинск (пансионат «Лесное»)

1–3 октября 2014 г.

IX Конгресс Российского общества онкологов

Организатор: Российское общество онкологов
Место проведения: г. Москва, проспект Мира, 150, концертный зал гостиницы «Космос»

31 октября 2014 г.

Конференция Российского общества онкологов в Сибирском федеральном округе

Организатор: Российское общество онкологов
Место проведения: г. Красноярск

Технический организатор – Агентство «АБВ-экспо»
тел./факс: +7 (495) 988-89-92, моб. +7 (962) 954-01-19
info@abvexpo.ru
www.abvexpo.ru

Клинический случай

С просьбой назначить андрогенотерапию обратился мужчина с РПЖ (7 баллов по шкале Глисона). Так как опухоль были затронуты лимфатические узлы, пациенту было отказано в простатэктомии. Он прошел ЛТ и АДТ азонастами ЛПРГ. Пациент находился в депрессии, и настолько ослаб, что был не способен даже самостоятельно помыть голову.

Предупредив его о возможной прогрессии рака, я назначил ему тестостерон. За полгода ГЗТ уровень ПСА повысился с 0,2 до 0,5 нг/мл и вышел на плато. После начала терапии мужчина стал более энергичным, исчезла вялость, появился интерес к жизни. Спустя 3 мес после отмены терапии пациент доволен своим самочувствием.

Стоит обратить внимание, что небольшое повышение ПСА и последующий выход показателя на плато – это стандартное «поведение» маркера. В среднем ПСА повышается на 0,1 нг/мл, но при низком ПСА дельта может составить 0,2–0,3 нг/мл.

РПЖ: тестостероновый парадокс

◀ Продолжение, начало на стр. 1

Одно из объяснений положительных результатов – это отсутствие опухолевого очага. С другой стороны, мы располагаем и более провокационными данными – опытом проведения андрогенной заместительной терапии у пациентов, наблюдающихся по поводу РПЖ.

что никакого риска нет. Каждый мужчина подписывает форму, в которой указано, что пока нет данных, достаточных для того, чтобы считать ГЗТ безопасной у всех категорий больных.

Но мы считаем, что пролеченный РПЖ – это не противопоказание для введения тестостерона. Более того, использование

РПЖ и тестостерон: разумный паритет



Алексей Викторович Живов

К.м.н., доцент кафедры урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, основатель клиники «Андрос» (Санкт-Петербург)
urorec@gmail.com

Жгучего скакуна по имени Тестостерон все-таки надо держать в узде, и никак нельзя отпустить в свободный галоп. ГЗТ у пациентов с раком простаты оправдана только при строгом соблюдении жесткого протокола наблюдения.

Разумный паритет

«Почти 70-летний миф о вреде тестостерона должен быть развеян: господствующее с середины прошлого века убеждение, что «тестостерон – это пища для голодной опухоли» при любых стадиях и формах РПЖ, не имеет ни клинических, ни экспериментальных подтверждений, – говорит А. Моргенталер, известный уролог и исследователь. – Нет ни одной работы, доказавшей прямую связь тестостерона с РПЖ. Клинический опыт тоже не подтверждает многолетние опасения».

после РПЭ и ЛТ по поводу локального РПЖ терапия препаратами тестостерона безопасна с точки зрения прогрессирования злокачественной опухоли (W. Pastuszak et al., 2013).

И все-таки, несмотря на столь обнадеживающие данные, давайте внимательнее посмотрим на заключения как А. Моргенталера, так и других специалистов, публикующих статьи по вопросу ГЗТ у больных РПЖ с андрогенным дефицитом. Главный вывод такой: ГЗТ оправдана при строгом соблюдении жесткого протокола наблюдения! То есть жгучего скакуна по имени Тестостерон все-таки надо держать в узде, и никак нельзя отпустить в свободный галоп.

В практическом смысле для меня это означает следующее:

1. Наилучшей группой для использования ГЗТ можно считать больных РПЖ невысокого риска, а именно тех из них, кто соответствует жестким критериям и показаниям либо для внимательного динамического наблюдения (watchful waiting), либо для радикального лечения (РПЭ и ЛТ).
2. Не следует назначать ГЗТ больным с изначально агрессивным заболеванием (градация Глисона 7 = 4 + 3 и выше, относительно большая протяженность опухоли в биоптатах, перинеуральная

«Нормальный эндогенный уровень тестостерона может быть достаточным для обеспечения максимального роста опухоли», – заключили W. Whitmore и J. Fowler, описывая собственные наблюдения в 1981 г. Однако этот вывод остался незамеченным: кто-то должен был прочесть статью полностью.

Тринадцать наших пациентов, имея подтвержденный диагноз «рак простаты» и оценку по шкале Глисона 6–7 баллов, находились под активным наблюдением и получали тестостерон на протяжении 1–8 лет (в среднем – 2,5 года). В среднем уровень тестостерона увеличивался более чем в 2 раза, в то время как ПСА оставался стабильным. Прогрессия РПЖ не наблюдалась; в большинстве случаев результаты биопсий оставались отрицательными. Таковы были данные еще несколько лет назад. Сейчас мы можем уже говорить более чем о 30 пациентах, успешно проходящих ГЗТ на фоне локального РПЖ.

Повторюсь, что этот опыт также подтверждает, что тестостерон противопоказан, по всей видимости, только пациентам, прошедшим АДТ или орхидэктомии по поводу метастатического РПЖ.

тестостерона может быть уместным при интермиттирующей терапии. Общая рекомендация очень проста: вы назначаете тестостерон, если состояние пациента не меняется или становится хуже – отменяйте терапию. При небольшом повышении ПСА паниковать и принимать немедленные меры вообще не стоит – необходимо продолжать наблюдение.

P. S.

Многие врачи до сих пор скептически реагируют на жалобы пациента: «Вам 60 и снижение либидо – это норма». Однако специалисту необходимо понимать и объяснять пациентам, что андрогенный дефицит – это не только сексуальная проблема, но и причина МС, сахарного диабета, остеопороза, сердечно-сосудистых заболеваний и других нарушений.

Самое крупное наблюдение

В 2013 г. Американская ассоциация урологов присудила А. Моргенталеру и коллегам первый приз за «провокационный опыт» – проведение ГЗТ у пациентов с локализованным раком простаты.

- Не менее 6 (6–72) мес 33 пациента Центра мужского здоровья в Бостоне получают ГЗТ (тестостерон) на фоне активного наблюдения по поводу рака простаты.
- У всех мужчин на начало эксперимента выявлен рак (6–7 баллов по Глисона) и имелись признаки андрогенного дефицита: снижение сексуальной активности, уровень общего тестостерона менее 350 нг/дл, свободного тестостерона – менее 15 нг/мл.
- В экспериментальную группу не вошли пациенты с метастатическим раком и индексом Глисона выше 8.
- В ходе терапии у 3 пациентов было выявлено повышение суммы Глисона, однако повторная биопсия показала первично зафиксированный результат, что исследователи не сочли указанием на прогрессирование РПЖ. У 2 пациентов при биопсии выявлены новые локализации опухоли, и они согласились на РПЭ. Еще 2 пациента не ощутили положительных результатов ГЗТ, и отказались от дальнейшей терапии.
- Из оставшихся 29 пациентов 28 отметили повышение либидо и жизненной силы, а 21 – улучшение эрекции. Связь между терапией и увеличением риска осложнений при РПЖ не выявлена.

Пациенты

У пациента с содержанием тестостерона в крови ниже 8 нмоль/л с большой вероятностью можно говорить о гипогонадизме, при показателях выше 15 нмоль/л дефицит андрогенов маловероятен. Так как часть тестостерона может быть биологически недоступной (из-за повышенного уровня глобулина, связывающего половые гормоны (ГСПГ)), то необходимо измерять оба показателя.

Разумеется, мы не назначаем тестостерон всем пациентам. И тем более не заявляем,

Учитывая эти данные и то, что большинство пациентов погибают не от рака, а от сердечно-сосудистых заболеваний, в случае с локализованным РПЖ нельзя отдавать предпочтение кастрации. Учитывая роль тестостерона для здоровья мужчины, необходимо пропагандировать выжидательную тактику при подобных формах рака простаты.

И врачам, и пациентам необходимо понимать, что ГЗТ – это не подобие косметической процедуры, а способ повышения качества жизни.

Не слишком ли маргинален Моргенталер? Нет! При прочих равных условиях нормальный уровень тестостерона – не фактор риска развития РПЖ.

Кажется, что на лекции А. Моргенталера некоторые коллеги и просто любознательные участники поддались «антинобелевскому тренду» и действительно были готовы «подливать бензин тестостерона в уже горящий огонь рака простаты».

Честно говоря, лет 7–8 назад, слушая выступление А. Моргенталера, я тоже был готов начать ГЗТ даже у «запретной» категории пациентов – мужчин с уже установленным диагнозом «рак простаты».

Но не слишком ли маргинален Моргенталер? Нет! Профессор убедителен и логичен, и я не могу не согласиться с тем, что при прочих равных условиях нормальный уровень тестостерона – не фактор риска развития РПЖ. Это означает, что поддерживать уровень гормона на физиологическом уровне можно и должно, дабы не снижать качество жизни и не создавать мужчинам дополнительных проблем, связанных с гипогонадизмом. Более того, согласно данным

инвазия), а также с позитивным хирургическим краем после РПЭ. При этом уровень ПСА при назначении ГЗТ после РПЭ должен быть ближе к 0 или не более 0,1 нг/мл, а после ЛТ – не более 1 нг/мл.

3. Больные РПЖ, которым проводится ГЗТ, должны быть под тщательным наблюдением уролога в рамках жесткого протокола, включающего мониторинг ПСА, магнитно-резонансную томографию таза и повторную биопсию простаты по показаниям.
4. Следует избегать назначения ГЗТ больным с местно-распространенным и метастатическим РПЖ.

Таким образом, в медицине, а в онкологии особенно, должно преобладать консервативный тренд. Ослабить поводья мы сможем, когда получим больше фактов и достоверных данных из проспективных контролируемых исследований, подтверждающих безопасность ГЗТ у разных категорий больных РПЖ, характеризующихся разным потенциалом прогрессии заболевания.

Поддерживать уровень гормона на физиологическом уровне можно и должно, дабы не снижать качество жизни и не создавать мужчинам дополнительных проблем, связанных с гипогонадизмом.

ретроспективных исследований, ГЗТ в общей мужской популяции не приводит к увеличению ПСА, снижению соотношения общий ПСА / свободный ПСА или к увеличению риска диагностирования РПЖ; если же рак простаты все-таки выявляется, то агрессивность опухоли не связана с терапией тестостероном (J.P. Raynaud et al., 2013; A. Kaplan, 2013; M. Feneley, M. Carruthers, 2012). Кроме того, даже

Возрастной андрогенный дефицит по-русски

В России нет корректных прямых или сравнительных данных об уровне диагностики и распространенности возрастного андрогенного дефицита (ВАД) и эффективности лечения таких мужчин.

Продолжение на стр. 5 ▶

РПЖ: тестостероновый парадокс

◀ Продолжение, начало на стр. 1

Не могу сказать, что ВАД – первостепенная «головная боль» для россиян, но все-таки проблема явно недооценена как врачевным

в вопросах онкоурологии и рака простаты в особенности.

Если говорить о пациентах с РПЖ, то они не менее других заинтересованы в назначении

тестостерона крови, ассоциированный с депрессией, повышенной утомляемостью и сердечно-сосудистыми рисками (С. McHenry Martin, 2012).

выявили наличие возможных симптомов андрогенного дефицита почти у 60 % и 85 % респондентов соответственно.

M. Rabijewski et al. (2012) сообщают, что менее половины (47 %) польских мужчин старше 65 лет имеют уровень общего тестостерона выше нижнего референта нормальных значений (> 350 нг/дл). При этом у 91 % мужчин с низким уровнем общего тестостерона отмечались ожирение и дислипидемия, которые достоверно коррелировали между собой и с возрастом; с более

Обследовав более 900 мужчин (39 ± 11,8 года) из Уганды, не более чем у 6 % из них ученые выявили симптомы тяжелого андрогенного дефицита по шкале AMS (≥ 50 баллов). По данным The Subang Men's Health Study (2011), индийские и малазийские мужчины старше 40 лет достоверно чаще имели ЭД, андрогенный дефицит и МС, чем китайские мужчины того же возраста. В работе, включавшей 1000 мужчин (20–79 лет) из Померании

Главный вывод большинства исследований такой: ГЗТ оправдан при строгом соблюдении жесткого протокола наблюдения! То есть жгучего скакуна по имени Тестостерон все-таки надо держать в узде, и никак нельзя отпускать в свободный галоп.

сообществом, так и пациентами. И причина этому одна – денег на все не хватает: андрогенный дефицит в большей степени – это вопрос качества жизни, большинство же россиян озабочены выживанием. Организация же каких-либо серьезных и качественных просветительских мероприятий среди пациентов – начинание, далеко не выгодное государству: появление новых больных неминуемо повлечет незапланированные расходы.

ГЗТ. И сейчас мы понимаем, что опасность ГЗТ для простаты явно переоценена и большой РПЖ может иметь нормальный гормональный статус. Во всяком случае, если этот больной получил радикальное лечение. Наверное, было бы полезно включить новые данные о тестостероне и РПЖ в лекции и другие дидактические материалы и таким способом актуализировать среди специалистов вопрос ГЗТ при раке простаты. Но, снова возвращаясь к реальности, российская проблема не в какой-то «гормонофобии», а в том, что в большинстве случаев РПЖ (около 70 %) диагностируется на распространенных стадиях, и многим больным показана как раз терапия, снижающая уровень тестостерона. Большинству наших больных выжить бы при раке простаты, а ВАД «подождет»...

Андрогенный дефицит – это не только сексуальная проблема, а ГЗТ – это не косметическая процедура. Поэтому мужчины должны поддерживать уровень тестостерона на физиологичном уровне. Однако мужчины после 45 лет, особенно с установленным РПЖ, должны получать ГЗТ под контролем уролога, сведущего

Уровень свободного тестостерона снижен у трети 60-летних мужчин, и у абсолютного большинства 80-летних (80 %); уровень общего тестостерона в крови снижается на 0,8 % в год.

выраженным андрогенным дефицитом была связана более тяжелая форма эректильной дисфункции (ЭД).

По данным T. Seisen et al. (2012), 30 % французов в возрасте старше 70 лет имеют ВАД, к 80 годам симптомы дефицита андрогенов испытывают более 50 % мужчин. В исследовании, проведенном в Швеции среди мужчин в возрасте 35–45 лет, частота ЭД коррелировала с уровнем общего тестостерона крови, который оказался достоверно ниже у 45-летних мужчин по сравнению с 35-летними.

(2009), ученые выявили высокую частоту МС (47,8 %), количество компонентов которого достоверно коррелировало с низким уровнем тестостерона (в нижней терции референта) во всех возрастных группах.

Возрастной андрогенный дефицит в России

Российских эпидемиологических данных практически нет. И тем не менее мы можем говорить об ужасающей гиподиагностике андрогенного дефицита в России. Подтверждение этому – результат первого в истории новой России эпидемиологического исследования распространенности андрогенного дефицита у мужчин в амбулаторной

В результате анкетирования 1000 мужчин в возрасте 40–70 лет в странах Шенгенской зоны по опросникам AMS и ADAM ученые

Продолжение на стр. 6 ▶

Конечно, ВАД – это не первостепенная «головная боль» для россиян, но все-таки проблема явно недооценена как врачевным сообществом, так и пациентами. Андрогенный дефицит в большей степени – это вопрос качества жизни, большинство же россиян озабочены выживанием.

Андрогенный дефицит: болен каждый третий



Светлана Юрьевна Калининченко
Проф., заведующая кафедрой эндокринологии ФГБОУ ВПО Рудн
kalinchenko@list.ru

Около 15 % РПЖ протекает при ПСА менее 4 нг/мл, поэтому, сам того не подозревая, опыт назначения тестостерона при РПЖ имеет практически каждый уролог. Наши пациенты получают ГЗТ после радикального лечения РПЖ, что не противоречит современным рекомендациям, в том числе рекомендациям Европейского общества урологов (EAU) по мужскому гипогонадизму (2013).

Возрастной андрогенный дефицит: основные тенденции

Истинная частота ВАД точно неизвестна как в популяции мужчин в целом, так и в различных этнических и географических зонах. Однако по результатам первого современного крупномасштабного мирового исследования ВАД – MMAS (2000) – мы можем судить об основных тенденциях.

Так, согласно MMAS, уровень свободного тестостерона снижен у трети 60-летних мужчин и у абсолютного большинства

80-летних (80 %). По данным этого исследования, уровень общего тестостерона в крови снижается на 0,8 % в год; одновременно уровень ГСПГ повышается на 1,6 % в год, что позволяет рассматривать ГСПГ в качестве маркера ВАД. Концентрация свободного тестостерона и альбумин-связанного тестостерона в итоге снижается на 2 % в год.

По результатам более позднего исследования – MMAS (2006) – ученые выяснили, что более чем у половины американских пациентов (52 %) имеются хронические заболевания; каждый 5-й (22 %) страдает от ожирения или длительно принимает лекарственные препараты, каждый 4-й – курит. «В течение последних 20 лет среди мужчин прогрессирует снижение уровня тестостерона [...] и одной из основных причин отмеченной тенденции может быть мировая пандемия мужского ожирения», – заключили авторы исследования.

В 2012 г. опубликованы данные European Male Aging Study (EMAS), охватившего около 3000 мужчин в возрасте 40–79 лет из 8 стран ЕС. Оказалось, что частота тяжелого и умеренного андрогенного дефицита, достоверно связанная с инсулинорезистентностью, низким уровнем гемоглобина, ожирением и МС составляет 2,1 %.

В литературе также имеются данные о частоте ВАД у мужчин разных стран мира, хотя они разрозненны и не позволяют создать объективное впечатление об истинном масштабе проблемы. Так, более 4,5 млн американских мужчин имеют низкий уровень

Для восстановления физиологического уровня тестостерона



Раствор для внутримышечного введения 250 мг/мл (в ампуле содержится 1000 мг тестостерона ундеканата)

**4 инъекции в год*
*раз в 10–14 нед.**

Показания: Недостаточность тестостерона при первичном и вторичном гипогонадизме у мужчин тестостерон-заместительная терапия.

Противопоказания: андрогенозависимая карцинома предстательной или молочной желез у мужчин; гиперкальциемия, сопутствующая злокачественным опухолям; опухоли печени в настоящее время или в анамнезе; повышенная чувствительность к активной субстанции или к любому из вспомогательных компонентов препарата. Небидо® не должен применяться у женщин. **С осторожностью:** у пациентов с синдромом апноэ. **Способ применения и дозы:** Инъекция Небидо производится один раз в 10–14 недель. Нельзя смешивать Небидо с другими лекарственными средствами. Небидо предназначен только для внутримышечных инъекций. Интервал между инъекциями должен оставаться в пределах рекомендуемого диапазона в 10–14 недель. **Побочные эффекты:** При использовании Небидо наиболее часто отмечались такие побочные реакции, как полицитемия, увеличение веса, приливы, акне, повышение уровня простатспецифического антигена, патологические результаты обследования предстательной железы, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, различные виды реакций в месте введения (боли, дискомфорт, зуд, отек, гематома, раздражение в месте введения). **Регистрационный номер:** ЛС-001028. Актуальная версия инструкции от 02.05.2012. Подробная информация содержится в инструкции по применению препарата.



150 Years
Science For A Better Life®

* 150 лет, Наука Для Лучшей Жизни



ТЕСТОСТЕРОН УНДЕКАНАТ

РПЖ: тестостероновый парадокс

У каждого 3-го россиянина независимо от возраста и профиля патологии при скрининговом обследовании можно выявить клинико-лабораторные признаки андрогенного дефицита. Наибольший удельный вес больных с андрогенным дефицитом выявляется на приемах у урологов и эндокринологов; 30–40 % мужчин, обращающихся к терапевтам и кардиологам, и около 20 % пациентов врачей-неврологов.

◀ Продолжение, начало на стр. 1

практике российских урологов и врачей смежных специальностей (И.А. Тюзиков, 2013).

По данным этой работы оказалось, что у каждого 3-го мужчины независимо от возраста и профиля патологии, с которой он обращается на первичный прием к любому специалисту, при скрининговом обследовании можно выявить клинико-лабораторные признаки андрогенного дефицита. При этом наибольший удельный вес больных с андрогенным дефицитом выявляется на приемах у урологов и эндокринологов; 30–40 % мужчин, обращающихся к терапевтам и кардиологам, и около 20 % мужчин-пациентов неврологов также имеют признаки андрогенного дефицита, который в рутинной клинической работе практически не выявляется и не лечится.

современные данные свидетельствуют о возможности развития андрогенного дефицита в любом возрасте.

3. Непонимание сущности гипогонадизма. Можно предположить, что это следствие неполноценной подготовки врачей в медицинских вузах.
4. Сложности клинической диагностики гипогонадизма. Недостаточность синтеза и/или эффектов андрогенов имеет характерные и вполне очерченные клинические симптомы, которые врачи часто не связывают с дефицитом мужских половых гормонов, из-за чего гормональная диагностика в российской клинической практике соматических и большинства урологических заболеваний практически не проводится.
5. Дефекты лабораторного определения уровня половых гормонов. Уровень тестостерона у одного и того же пациента

Только 0,6 % российских мужчин, которым показана андрогенозаместительная терапия, реально ее получают; ВАД не выявляется примерно у 99 % пациентов-мужчин. При этом интересно отметить, что до 30 % лабораторных исследований в мире не оправданы; в России же эта цифра достигает 80 %.

Гипогонадизм не замечен

Андрогенный дефицит – комплексная междисциплинарная медико-социальная проблема. Однако российские врачи по-прежнему «не видят» мужского гипогонадизма.

В России объективно в цифрах оценить «масштаб бедствия» в отношении гиподиагностики ВАД невозможно. Если учесть, что только 0,6 % российских мужчин, которым показана андрогенозаместительная терапия, реально ее получают, то можно представить, что ВАД не выявляется примерно у 99 % пациентов-мужчин. При этом интересно отметить, что до 30 % лабораторных исследований (определение уровня гормона) в мире не оправданы; в России же эта цифра достигает 80 %.

Почему российские врачи недостаточно активно выявляют гипогонадизм? Думаю, что объяснений может быть несколько.

1. Исторические страхи перед андрогенами (страх РПЖ), искусственно созданные в 1941 г. после опубликования результатов

колеблется в силу различных объективных и субъективных причин – сезонных и циркадных ритмов, диеты, поста, потребления алкоголя, физической и сексуальной активности, методики проведения анализа, способа хранения образца, различных установленных референтных значений в лабораториях и т.д.

6. Споры о том, какой специалист должен заниматься выявлением андрогенного дефицита у мужчин. Эффекты андрогенов у мужчин универсальны, а потому врач любой специальности может встретиться с «клиническими масками» дефицита андрогенов.

Последствия возрастного андрогенного дефицита

Андрогенный дефицит – доказанный, но пока официально не признанный дополнительный компонент МС у мужчин. Дефицит мужских половых гормонов находится в тесной патогенетической связи со всеми компонентами МС, прежде всего с ожирением и инсулинорезистентностью. Все эти

Назначение андрогенов при ВАД не индуцирует РПЖ, а способствует более раннему выявлению более злокачественного, но более локального, а потому курабельного РПЖ.

исследования Haggins и Hudge, впоследствии получивших Нобелевскую премию за самый страшный миф XX века. Сегодня представление о взаимосвязи андрогенов и РПЖ совершенно противоположное.

2. Эпидемиологические мифы о том, что андрогенный дефицит – это заболевание пожилых мужчин, хотя

патологические состояния взаимно отягощают состояние пациента

Более того, вполне уверенно можно говорить о том, что в этой патогенетической цепи негативных эффектов на мужское здоровье важную роль играет и нехватка витамина D, стероидного гормона, которая связана



Андрогель
тестостерон, 1%

Стоит быть мужчиной!



Контролируемая терапия дефицита тестостерона





Россия, 123557, г. Москва,
Средний Тишинский пер., д. 28.
Тел.: (495) 980 10 67; факс: (495) 980 10 68

со всеми перечисленными компонентами МС и андрогенным дефицитом.

Результатом этих патологических процессов могут быть многочисленные заболевания, в том числе онкологические и сердечно-сосудистые, а также семейное бесплодие, депрессии и урологические заболевания, среди которых наиболее частыми проблемами остаются доброкачественная гиперплазия ПЖ (ДГПЖ) и РПЖ.

Не тестостерон, а его дефицит – важный прогностический фактор как ДГПЖ, так и РПЖ. Дефицит мужских половых гормонов, а также компоненты МС достоверно ассоциируются с более злокачественным

РПЖ. Мы считаем, что если мы хотим продвинуться в лечении мужских заболеваний (прежде всего РПЖ), то мы должны пересмотреть отношение к тестостерону.

Тестостерон и рак предстательной железы

Есть ли у нас опыт назначения андрогенной заместительной терапии пациентам с историей РПЖ, РПЖ или высоким риском РПЖ? Есть. Интересно отметить, что такой опыт есть практически у каждого уролога, даже если они об этом сами не подозревают. Дело в том, что около 15 % случаев РПЖ протекают при ПСА менее 4 нг/мл.

Нет принципов ведения ГЗТ у пациентов с РПЖ. Но наличие истории радикального лечения локального РПЖ не должно пугать урологов или быть противопоказанием для назначения тестостерона при наличии клинических симптомов ВАД. Эти страхи развенчаны и в новых рекомендациях по ведению мужчин с гипогонадизмом ЕАУ (2013), и в проекте новых рекомендаций Международного общества по изучению проблем старения у мужчин (ISSAM, 2013).

РПЖ, более плохими результатами РПЭ, с ранней индукцией и быстрым прогрессированием ДГПЖ. Урологические последствия ВАД приводят также к многообразию симптомов нижних мочевых путей, не связанных с ДГПЖ или РПЖ, прежде всего – к ноктурии.

В мире нет ни одного исследования, которое бы доказало прямую связь тестостерона с РПЖ. Более того, накапливается опыт применения препаратов тестостерона у пациентов с установленным диагнозом

Мы разделяем точку зрения ученых о том, что назначение андрогенов при ВАД не индуцирует РПЖ, а способствует более раннему выявлению более злокачественного, но более локального, а потому курабельного РПЖ.

Если после радикального лечения РПЖ в течение 1 года отмечается снижение ПСА, то пациент может совершенно безопасно рассматриваться как потенциальный

Окончание на стр. 7 ▶

РПЖ: тестостерононовый парадокс

◀ Окончание, начало на стр. 1

кандидат для назначения ему препаратов тестостерона. И у нас есть такие пациенты, получающие андрогенную заместительную терапию после радикального лечения РПЖ, что не противоречит современным рекомендациям, включая рекомендации EAU по мужскому гипогонадизму (2013).

О тестостероне и пациентах

Тестостерон – универсальный гормон с огромным спектром физиологических эффектов, обуславливающих патоморфоз большинства гендерных заболеваний. Поэтому первая и ключевая мера борьбы с ВАД – это отказ от стандартов, которые не позволяют лечить мужчину персонализированно.

Необходимо активное обучение врачей всех специальностей, прямо или косвенно занимающихся вопросами мужского здоровья.

Считаю целесообразным организацию санитарно-просветительской работы и введение «цензорного контроля» в отношении рекламы, которая весьма агрессивно и убедительно представляет нашим пациентам неправдоподобную медицинскую информацию. Нередко мужчины, не посоветовавшись с врачом, начинают лечиться БАДами и тем самым только усугубляют свое состояние.

В настоящее время не существует принципов проведения ГЗТ у пациентов с РПЖ. Ясно одно: наличие истории радикального лечения локального РПЖ не должно пугать урологов или быть противопоказанием для тестостерона при наличии клинических симптомов ВАД. Эти страхи развенчаны и в новых рекомендациях по ведению мужчин с гипогонадизмом EAU (2013), и в проекте новых рекомендаций Международного общества по изучению проблем старения у мужчин (ISSAM, 2013).

В России проблеме гипогонадизма не уделяется должного внимания: россияне неохотно делятся проблемами со здоровьем. Из-за ментальных, культурных особенностей и злоупотребления алкоголем и табаком в РФ и регистрируется самая низкая в Европе ожидаемая продолжительность жизни.

Россияне вообще неохотно делятся проблемами со здоровьем, и даже анализ на ПСА сдают не более 8 % мужчин старше 50 лет. Именно из-за ментальных, культурных особенностей и злоупотребления алкоголем и табаком в РФ и регистрируется самая низкая в Европе ожидаемая продолжительность жизни.

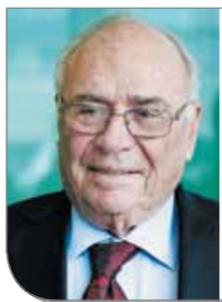
Основная проблема диагностики ВАД – отсутствие однозначных симптомов. Так, изменение частоты и длительности утренних эрекций может быть следствием других причин; уровень либидо – субъективный показатель, так как мужчина может самостоя-

на лице. Более того, можно использовать достаточно простые тесты: например, проверить, может ли он стоять на одной ноге с закрытыми глазами.

Необходимо установить, страдает ли пациент заболеваниями, которые обычно сопутствуют ВАД, и не принимает ли пациент кортизол или опиаты.

Если уровень тестостерона ниже 8 нмоль/л, то следует измерить уровень гонадотропинов (фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов), и только при отсутствии патологий гипофиза можно попробовать

Тестостерон для жизни



Бруно Лионенфельд
Доктор медицины, профессор Университета им. Бар-Илана, Рамат-Ган (Израиль), президент ISSAM, главный редактор журнала The Aging Male

Уровень андрогенов, как правило, начинает снижаться немногим позже 30 лет, и рано или поздно опускается ниже показателей, обеспечивающих нормальную жизнедеятельность.

При ВАД снижается минеральная плотность костей, что связано с уменьшением количества тестостерона, ароматизируемого в эстрадиол. Как следствие – травмы скелета: у 48 % мужчин с переломами шейки бедра зафиксирован ВАД, что вчетверо выше, чем в контрольной группе. Важно отметить, что 20 % пациентов

умирают в течение 6 мес после травмы; еще 40 % не возвращаются к прежнему качеству жизни.

Существует положительная корреляция между содержанием гормона и прохождением тестов на функциональность верхних и нижних конечностей у пожилых пациентов. С ВАД связаны появление диабета 2-го типа и снижение содержания гемоглобина.

Многие ли мужчины знают о своем гипогонадизме? Нет! Даже в США, где уровень диагностики ВАД достаточно высок, о своих гормональных нарушениях знают не более 5–10 %. В России, по всей видимости, данная проблема заслуживает еще меньше внимания.

Введение тестостерона не стоит воспринимать как лечение ЭД или эквивалент косметологических процедур.

тально оценить свое половое влечение по 10-бальной шкале, например. Если говорить об ЭД, то с этой проблемой мужчина обращается к врачу, когда уровень тестостерона снизился ниже 8 нмоль/л, тогда как ВАД может проявиться и при вдвое больших концентрациях.

Чтобы назначить тестостерон, необходимо провести трехкомпонентный тест и обратить внимание на физическую форму и фигуру пациента, оценить количество жировой клетчатки и размер яичек. Поинтересоваться частотой эрекций и скоростью роста волос

тестостерон и понаблюдать за ответом организма.

То же самое стоит делать и при пограничном уровне тестостерона (8–12 нмоль/л), сопровождаемого низким уровнем свободного тестостерона – менее 0,25 нмоль/л. Во всех остальных случаях нужно исключать другие возможные причины симптомов ВАД.

Введение тестостерона не стоит воспринимать узко – как лечение ЭД или эквивалент косметологических процедур. Поддержание уровня тестостерона на физиологическом уровне – это обязательное условие сохранения здоровья и нормального качества жизни, особенно после 50 лет. **УС**

Материал подготовили Алла Солодова и Сергей Шевченко

У 48 % мужчин с переломами шейки бедра зафиксирован ВАД, что вчетверо выше, чем в контрольной группе. Важно отметить, что 20 % пациентов умирают в течение 6 мес после травмы; еще 40 % не возвращаются к прежнему качеству жизни.



www.kazan2014.com

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в VIII Съезде онкологов и радиологов стран СНГ, который состоится 16–18 сентября 2014 года в городе Казани.

Место проведения: Российская Федерация, Республика Татарстан, г. Казань. Гостиничный торгово-развлекательный комплекс (ГТРК) «Корстон-Казань».

Президент Съезда: президент правления Общероссийского союза общественных объединений «Ассоциация онкологов России»; главный онколог РФ, директор ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН; президент Ассоциации директоров центров и институтов онкологии, радиологии и рентгенологии государств – участников Содружества Независимых Государств, заведующий кафедрой онкологии МГМУ им. И.М. Сеченова, академик РАН и РАМН, проф. **М.И. Давыдов**.

Председатель Съезда: главный онколог Приволжского федерального округа и Республики Татарстан, главный врач ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ Республики Татарстан», директор Приволжского филиала ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН, президент Ассоциации онкологических учреждений ПФО, заведующий кафедрой онкологии и хирургии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия», проф. **Р.Ш. Хасанов**.

В работе Съезда примут участие ведущие специалисты из России, стран СНГ, ближнего и дальнего зарубежья. В рамках Съезда планируется проведение конференции молодых онкологов.

Основная концепция Съезда – мультидисциплинарный подход в диагностике, лечении и реабилитации больных со злокачественными новообразованиями.

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СЪЕЗДА

1. Организация противораковой борьбы.
2. Профилактика и скрининг в онкологии.
3. Экспериментальная и фундаментальная онкология.
4. Диагностика и лечение злокачественных опухолей головы и шеи.
5. Достижения в диагностике и лечении опухолей головного мозга.
6. Диагностика, лечение и реконструктивная хирургия рака молочной железы.
7. Новые подходы в диагностике и лечении рака легкого и органов средостения.
8. Современное состояние диагностики и лечения злокачественных новообразований пищевода и желудка.
9. Вопросы диагностики и лечения колоректального рака.
10. Актуальные вопросы онкогинекологии.
11. Успехи в диагностике и лечении гемобластозов и лимфолифферативных заболеваний на современном этапе.
12. Диагностика и лечение злокачественных опухолей мягких тканей, кожи (рак кожи, меланома) и опорно-двигательного аппарата.
13. Современные подходы к диагностике и лечению онкоурологических заболеваний.
14. Детская онкология.
15. Высокотехнологичные методы морфологической диагностики и генетического определения типа опухолей различного происхождения и локализаций.
16. Лучевая диагностика и лучевая терапия злокачественных новообразований.
17. Анестезиология и интенсивная терапия в онкохирургии, паллиативная помощь и реабилитация онкологических больных.

Зарегистрироваться для участия в Съезде и ознакомиться с более подробной информацией вы можете на официальном сайте Съезда www.kazan2014.com

С уважением, Организационный комитет Съезда

Технический организатор – Агентство «АБВ-экспо», тел./факс: +7 (495) 988-8992, моб.: +7 (962) 954-0119, info@abvexpo.ru, www.abvexpo.ru

Российское общество урологов – это шанс для каждого



Юрий Геннадьевич Аляев

Член-корр. РАМН, проф., председатель Российского общества урологов, директор Клиники урологии им. Р.М. Фронштейна, зав. кафедрой урологии ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
ugalyaev@mail.ru

Год назад мы беседовали с новым председателем Российского общества урологов (РОУ) Ю.Г. Аляевым об изменениях, которые должны произойти в РОУ. Сегодня мы снова встретились с Юрием Геннадьевичем и узнали, почему на Конгрессе РОУ было вдвое больше участников, зачем Обществу прозрачность и как теперь любой член организации может попасть на стажировку в Европу.

– Юрий Геннадьевич, что самое значимое произошло в РОУ за год вашего руководства?

– Самое значимое событие – это, конечно, XIII Конгресс РОУ, который мы готовили в течение года и провели этой осенью. Мы практически изменили формат Конгресса, сделали 1-й и 3-й дни пленарными заседаниями, 2-й день – полностью секционный, организовали 10 секций. На пленарных заседаниях мы поставили глобальные вопросы – прежде всего, возможности регенеративной медицины, выращивание тканей, а также возможности использования стволовых клеток. Это то, что на наших площадках никогда раньше не обсуждалось.

В Конгрессе участвовало немало наших коллег из других стран – Голландии, Англии, Германии, Италии, США. На открытии с приветственным словом выступил глава комитета по международному сотрудничеству Европейской ассоциации урологов (EAU) проф. Кристофер Чеппл.

В этом году на мероприятие предварительно зарегистрировались 2308 участников – это небывалое количество! Обычно регистрируется и приезжает примерно 1100–1200 человек. В 2012 г. состоялось самое масштабное событие РОУ – Съезд урологов, который происходит раз в 5 лет, и он собрал чуть больше 1000 человек. А наш Конгресс за 3 дня работы посетили в итоге 1948 специалистов.

– С чем Вы связываете такое резкое повышение интереса?

– Самое главное – это тематика, инновационные направления, все-таки регенеративная медицина и биотехнологии сейчас очень актуальны. Также у нас проходило 10 секций, и председателю каждой из них была поставлена задача: начать работу секции с 20-минутного доклада, в котором представлен обзор новых возможностей диагностики и лечения (медикаменты, технологии), появившихся в урологии за последние 10 лет. Мы посчитали, что это практически значимо и необходимо. Соответственно, когда человек смотрит программу, он понимает, что приезжая на 3 дня, он может узнать о любом из интересующих его направлений урологии все новое, что произошло за последние 7–10 лет.

Предварительная регистрация на Конгресс была бесплатной, и только в случае регистрации на самом мероприятии предполагался регистрационный взнос.

Поэтому к началу Конгресса основная масса участников уже была зарегистрирована. Формат, я думаю, тоже имел значение – комфортная площадка в МВЦ «Крокус Экспо», организация в европейском стиле.

В целом мы уделили особое внимание привлечению новых коллег в Общество. Мы начали выдавать членам организации ID-карты. Каждого, кто вступал в РОУ, регистрировали, фотографировали и тут же на месте оформляли эту карту. Тем членам, которые давно вступили в Общество, мы эту карту тоже выдаем. Она предоставляет определенные льготы при участии в мероприятиях РОУ и получении наших изданий.

– То есть с приходом нового руководства ежегодный конгресс тоже заметно обновился?

– Да, и при этом мы сохраняем преемственность в нашем сообществе. Вы знаете, что 16 сентября ушел из жизни Николай Алексеевич Лопаткин, долгое время возглавлявший РОУ. И мы посвятили Конгресс его памяти. На первой странице буклета с программой Конгресса был опубликован портрет Николая Алексеевича. То есть урологи видят, что независимо от смены руководства уважительное отношение, любовь к учителям, традиции – они важны и сохраняются. Мы также за счет средств РОУ издали фотоальбом памяти Н.А. Лопаткина.

– Как же вы успели так быстро выпустить альбом?

– Обязательно нужно было успеть к Конгрессу. Мы сделали призыв в рассылке – коллеги, у кого из вас есть хорошие фотографии Николая Алексеевича, присылайте срочно. В итоге мы получили больше 2000 фотографий!

– В каких еще направлениях Вы работали в течение этого года?

– Наши усилия в течение года были направлены на то, чтобы создать благоприятные условия для работы наших коллег в регионах. Специально для региональных урологов РОУ совместно с Первым МГМУ им. И.М. Сеченова выпустило две монографии «Урология: иллюстрированное руководство» и «Интегративная урология» и разыскали возможности, чтобы вручить эти книги бесплатно всем членам РОУ, приехавшим на Конгресс.

Еще одна хорошая новость – с середины 2014 г. все члены РОУ, которые вступили в Общество до конца марта 2014 г., начнут получать журнал «Урология» бесплатно. Я такую задачу поставил еще год назад. На сегодняшний день меня избрали главным

редактором журнала «Урология», и я приложу все усилия, чтобы она была решена.

Также мы решили в 2014 г. переиздать на русском языке Клинические рекомендации по урологии EAU. И плюс выпустить еще и сокращенный вариант Российских клинических рекомендаций по урологии. Конечно, в чем-то они будут перекликаться, это неизбежно.

– Какой тогда смысл выпускать российские рекомендации?

– Смысл в том, что надо учитывать наше состояние медицинской помощи и нашу систему здравоохранения. У нас иная законодательная база, поэтому любые рекомендации должны быть адаптированы к нашим условиям.

– Появились ли у членов РОУ новые возможности для повышения своей квалификации?

– Да, мы начали разработку программы непрерывного дистанционного обучения урологов. Мы создаем серию электронных обучающих модулей по наиболее актуальным направлениям в урологии. Этого пока еще никто не делал в нашей стране. Выгод много: не надо куда-то ехать, чтобы обучаться, можно не тратить рабочее время, человек сам выбирает, когда ему заниматься, к тому же для членов РОУ модули будут доступны бесплатно. Пока что вышел первый модуль по теме «Гематурия». Он включает тематическую презентацию с постановкой клинической задачи: больной обратился с жалобами на кровь в моче, каковы дальнейшие действия уролога? И дальше дается пошаговое руководство, включающее все возможные варианты диагностики, методы лечения по данному случаю. В конце модуля содержатся контрольные вопросы для самопроверки обучающегося. Тему первого модуля мы выбрали как наиболее распространенную, в дальнейшем мы планируем выпустить еще 26 тематических модулей, в ближайшее время выйдет «Пиурия», потом будет «Почечная колика» и т.д. Мы надеемся, что если члены президиума и правления активнее будут включаться в работу, то мы сможем за 2 года выпустить всю серию. Я очень надеюсь, что президиум в ближайшее время перейдет от выполнения представительских функций к реальной работе.

– Очень приятно видеть, что РОУ теперь действительно ориентируется на потребности членов общества и становится современной организацией.

– Да, и здесь есть еще один важный принцип, который мы начали применять. РОУ стало

открытым, прозрачным, и мы не раз озвучивали это в рассылках и на сайте. Сколько у нас есть денег, сколько мы потратили – пожалуйста, вся отчетность теперь доступна членам организации. Проф. Магомед Алхазурович Газимиев, исполнительный директор РОУ, представил на Конгрессе финансовый отчет по итогам года РОУ. Мы стали финансово открытыми, и люди поверили, что все происходящее делается для них, и они могут это проверить.

– Удалось ли Вам создать базу данных членов РОУ, которой не было год назад?

– На сегодняшний день в нашей базе, при составлении которой нам очень помогло Российское общество онкоурологов, 4086 урологов. Но не все они члены РОУ. Наша задача – прояснить, кто из них является членом РОУ, а кого нам еще предстоит привлечь. Этой работой мы сейчас активно занимаемся. На заседании президиума в январе 2014 г. будет создана ревизионная комиссия, которая начнет помогать приводить деятельность региональных отделений РОУ в полное соответствие с уставом. В частности, комиссия будет заниматься плановой проверкой деятельности региональных отделений РОУ и сбором данных о членах организации.

Впервые за всю историю нашего Общества в 2013 г. членами РОУ стали 2 самостоятельные общественные организации. Это Профессиональная ассоциация андрологов России (ПААР) и Ассоциация молодых урологов России (АМУР). Устав РОУ позволяет вступать к нам в организацию и физическим, и юридическим лицам. РОУ является учредителем Региональной общественной организации содействия охране здоровья мужского населения «Мужское здоровье». Мы надеемся, что в 2014 г. и все остальные объединения урологов станут членами РОУ.

– А зачем им к вам вступить?

– Это обеспечит более плодотворное взаимодействие между нами, обмен опытом, развитие новых направлений. РОУ теперь де-факто становится лидирующим национальным объединением урологов, и все члены организации имеют преференции в доступе к нашим мероприятиям, изданиям и другим проектам.

Например, сейчас мы проводим среди членов РОУ розыгрыш 3 путевок на 2-недельную стажировку в Европу. Все без исключения члены РОУ могут принять участие в конкурсе, без каких-либо ограничений. Например, если человек не знает английского, мы не можем ограничивать его право как члена РОУ. У каждого есть шанс, которого, возможно, у многих раньше не было, пройти обучение в Европе. Единственное условие участия в этом розыгрыше – нужно быть членом РОУ. Победители будут выбраны случайным образом.

– Юрий Геннадьевич, что в этом году было самым трудным для Вас?

– Наверное, максимально возможный контакт с регионами, тут я ощущаю трудности. Кроме РОУ, у меня есть еще много направлений работы, поэтому меня просто физически на все не хватает. И хотя мы организовали за этот год 2 школы урологов в 20 городах, и каждая школа начиналась с моего видеобращения, я все же предпочитаю личный контакт с людьми, поэтому говорю, что мне этого контакта не хватает. **УС**

Беседовала Катерина Печуринко.
Информация предоставлена порталом Проуро.рф



Образование урологов: на пороге перемен

В России активно внедряется концепция развития непрерывного медицинского образования (НМО), направленная на повышение квалификации и уровня знаний медицинских работников, а в конечном итоге – на улучшение качества медицинской помощи.

Об основных задачах и проблемах, связанных с внедрением НМО, первых шагах, сделанных в этом направлении, шла речь на одном из пленарных заседаний XIII Конгресса Российского общества урологов.

Нормативными предпосылками для введения НМО являются Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», указы Президента РФ от 07.05.2012: № 606 «О мерах по реализации демографической политики РФ» и № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», а также Федеральный закон № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», вступивший в силу с 1 сентября 2013 г. Об этом напомнила Евгения Валерьевна Ших, профессор кафедры клинической фармакологии и преподавательницы внутренних болезней ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России.



Проф. Е.В. Ших

Среди основных задач создающейся системы НМО в России – оптимизация структуры, объемов и форм профессиональной подготовки; разработка и внедрение накопительных кредитных позиций на основе модульной организации подготовки в системе профессионально-квалификационного роста, а также совершенствование оценки специалистов (профессиональная аккредитация и сертификация).

По словам Е.В. Ших, в первую очередь нужно пересмотреть и оптимизировать действующую в России номенклатуру врачебных специальностей, количество которых в несколько раз выше, чем, например, в Германии, Великобритании и в среднем по Европе.

Она также отметила, что ключевым моментом развития НМО является внедрение и использование дистанционных образовательных технологий (ДОТ). Сегодня, по данным Министерства образования и науки России, ДОТ (телеконференции, вебинары, веб-трансляции, веб-презентации, мастер-классы, скайп, веб-сайты и т.д.) составляют менее 1% послевузовской подготовки. Улучшить этот показатель можно за счет технического оснащения, повышения компьютерной грамотности как врачей, так и преподавателей, но при наличии качественных учебно-методических и контрольно-измерительных материалов, мотивации кафедральных коллективов.

Что касается второй базовой задачи, то для ее осуществления планируется создание



Проф. М.И. Коган

структуры НМО, которая будет включать 250 ч/кредитов за 5 лет (кредиты – баллы, накапливаемые обучающимся в процессе получения образования). При этом 144 ч/кредитов должны быть получены в государственных образовательных учреждениях (по программе в 140 ч либо по 2 программам по 72 ч) и 106 ч/кредитов – за счет самостоятельного освоения образовательных материалов.

И, наконец, должен быть реализован третий базовый принцип, подразумевающий проведение аккредитации (переход к этой системе запланирован на 1 января 2016 г.) и присвоение квалификационной категории. На сегодняшний день в стране существует так называемая национальная рамка квалификаций, являющаяся частью Национальной системы квалификаций РФ, которую необходимо адаптировать к сфере здравоохранения.

Проф. Михаил Иосифович Коган рассказал о европейской системе кредитных единиц, которая поддерживается Европейской ассоциацией урологов (ЕАУ). Он отметил, что за 5 лет европейский уролог должен набрать 300 кредитов, большая часть которых (250) относится к последипломному (продолженному) медицинскому образованию, а в его рамках врач получает необходимую практическую информацию. Эти 250 кредитов врач набирает, участвуя в мероприятиях, относящихся к 1-й и 2-й категории образовательной активности. Категория 1 подразумевает участие в мероприятиях ЕАУ: конгрессах, заседаниях, симпозиумах, региональных встречах. Категория 2 – это деятельность в национальном масштабе за рамками ЕАУ. Она включает как посещение разнообразных научных мероприятий, тренингов, так и индивидуальное обучение – чтение журналов и участие в online-курсах.

Категории 3, 4 и 5 дают еще 50 кредитов. Они достаются практикующему врачу за систематическое улучшение и расширение знаний и навыков, а также развитие личностных качеств, необходимых для выполнения профессиональных обязанностей.

Категория 3 включает базовые и резидентские курсы, курсы Европейской школы урологии, развитие клинических или технических навыков, суперспециализацию или получение дополнительных компетенций, тестирование на месте работы, получение степени магистра и доктора, членство в Европейской школе урологии. Категория 4 – это доклады, постеры, другие типы презентаций, участие в дебатах, лекциях, выступлениях, интервью, научных публикациях.

Категория 5 предполагает участие в исследовательских проектах, организации симпозиумов, семинаров и курсов, в различных советах, исследовательских группах научного, профессионального или медицинского характера, занятие социально-культурной

деятельностью, участие в немедицинских обществах. Врач получает кредиты за каждый элемент образовательной активности. Кредиты из разных категорий не могут подменять друг друга.

По мнению проф. Когана, актуальность внедрения НМО в России обусловлена зачастую неудовлетворительным качеством медицинской помощи, несоответствием качества медицинского образования международным стандартам, отсутствием системы непрерывного повышения квалификации врачей. Мало того, порядка 15% врачей в России не проходят обучение в положенные сроки.

Разработанная в нашей стране концепция НМО обяжет врача повышать свою квалификацию в постоянном режиме, как это определено Болонским процессом.

Данная система будет вводиться в ближайшие годы. На сегодняшний день создан координационный совет НМО при Минздраве России, а в Министерстве образования и науки соответствующий сайт.

В конце ноября был запущен пилотный проект по внедрению НМО в 9 российских регионах – Москве, Санкт-Петербурге, Кемеровской, Липецкой, Тюменской областях, Хабаровском и Краснодарском краях, Республиках Татарстан и Дагестан. В рамках проекта, который рассчитан на 1 год, врачам будет предложено пройти 144-часовое обучение в государственном образовательном учреждении и 22-часовое на мероприятиях медицинских обществ.

В проекте на добровольной основе предложено участвовать врачам, которым необходимо продлить сертификат специалиста в конце 2014 – начале 2015 г. Через год будут подведены итоги пилотного проекта и утверждено положение о НМО.

Тему НМО продолжил д.м.н. Ника Джумберович Ахведиани, подробно остановившийся на модульной системе образования. Он отметил роль Интернета в расширении возможностей дистанционного обучения врачей. В качестве примера представлены выдержки из модуля «Тематурия», созданного на кафедре урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Об опыте применения ДОТ в ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России рассказал зав. отделом развития региональной урологии И.А. Шадёркин. В 2013 г. было проведено 12 циклов (175 лекций), в которых приняли участие 65 лекторов из 15 учреждений России.

Всего в курсах приняли участие 1798 урологов. Для осуществления дистанционного образования по модульному принципу был создан специальный проект UroEdu.ru.

Главный уролог РФ проф. Дмитрий Юрьевич Пушкарь сообщил об инициативе урологов МГМСУ проводить курсы для молодых врачей в возрасте до 30 лет, взяв за основу европейскую систему. «Я уверен, что когда мы будем набирать молодых специалистов на наши курсы, будем требовать от них свод знаний подобно тому, как это делается в Европе (European Core Curriculum – основной свод знаний, строго соответствующий учебному плану и обязательный для всех студентов вузов). Мы такой документ составили, и сейчас его утверждаем. Я думаю, что через 3–4 мес после заседания учебно-методической комиссии по урологии он будет представлен урологической общественности».

Наталья Андреевна Винарова, аспирант кафедры урологии и хирургической андрологии РМАПО, поделилась мнением



Проф. Д.Ю. Пушкар

относительно уровня и организации студенческого и последипломного образования. Она привела данные опроса, согласно которому 78% студентов считают, что программа цикла по урологии в университете разительно отличается от того, с чем врачу-ординатору приходится сталкиваться на практике. Среди ординаторов 2-го года обучения 78% не имеют возможности ассистировать на операциях, 59% не принимали участия в экстренных урологических операциях, 58% – в онкоурологических операциях, 57% респондентов считают, что их знания по урологии неудовлетворительны. Н.А. Винарова уверена, что система последипломного образования нуждается в изменениях, в частности, в увеличении срока обучения. Двух лет учебы в клинической ординатуре, по ее словам, мало для достижения профессионального уровня. Об этом, кстати, свидетельствует и опыт европейских стран, в которых на последипломное обучение отводится минимум 5 лет.

Лев Эльтерман, член совета директоров и председатель Международного общества русскоговорящих урологов (iRUS), MD (Chicago, IL), рассказал о принципах американского образования, подчеркнув, что они едины как для колледжа, так и для медицинской школы, и последующего обучения. Прежде всего, это объективность и неподкупность оценок, равенство возможностей, стандартизация экзаменов, централизованное тестирование. Он подробно остановился на тонкостях поступления и обучения в американской медицинской школе, после которой присваивается степень доктора медицины (MD), а также в резидентуре в США. В частности, обучение в резидентуре включает как минимум 1 год хирургии с 3-месячными циклами общей хирургии, интенсивной терапии, сосудистой хирургии, травматологии и 4 года обучения урологии. Аккредитация проходит каждые 5 лет. Резиденты должны показать сострадательное отношение к больным и эффективный подход к их лечению, теоретические знания и практические навыки по всем аспектам урологии, начиная от эндоурологии и заканчивая микрохирургией, а также знания смежных специальностей – радиационной безопасности, рентгенологии, ультразвуковых исследований и т.д., входящих в программу обучения. Доктор Эльтерман сообщил, что Американская урологическая ассоциация отрицательно относится к разделению урологов на поликлинических и оперирующих – они считают, что оперирующими должны быть все врачи-урологи.

Возможно, что и российская система в скором времени придет к такому формату образования и приобретения широких профессиональных навыков узкими специалистами.

Материал подготовлен Ириной Широковой совместно с порталом Проуро.рф

01 ЯНВАРЬ

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

02 ФЕВРАЛЬ

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28		

03 МАРТ

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

04 АПРЕЛЬ

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

05 МАЙ

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

06 ИЮНЬ

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
					1	
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

КАЛЕНДАРЬ

ДАТА	НАЗВАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ	ОРГАНИЗАТОР, ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ
ЯНВАРЬ	11.01–12.01	ГОНКОНГ, Гонконг	ESU http://www.uroweb.org/
	17.01–19.01	ПРАГА, Чешская Республика	Congress Consultants B.V. http://www.uroweb.org/
	25.01	ЛИНТИКАМ, США	AUA http://www.auanet.org/
	30.01–01.02	ТУРИН, Италия	Университет г. Турина www.technourologycongress.com/
ФЕВРАЛЬ	01.02–04.02	ДАВОС, Швейцария	EAU http://www.uroweb.org/
	08.02	ДАЛЛАС, США	AUA http://www.auanet.org/
	12.02–14.02	ЯРЕМЧЕ, Украина	Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого http://hotelvodospad.com.ua/
	13.02–14.02	МОСКВА, Россия	Минздрав России, ФГБУ «Научно-исследовательский институт урологии» Минздрава России, http://uro.ru/
	18.02–19.02	МОСКВА, Россия	Департамент здравоохранения г. Москвы http://www.rusmh.org/
	20.02–21.02	МОСКВА, Россия	Кафедра урологии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Общество реконструктивных урологов http://uro.ru/
	21.02–22.02	АМСТЕРДАМ, Нидерланды	ESU http://www.uroweb.org/
МАРТ	27.02	РИМ, Италия	ESU http://www.uroweb.org/
	09.03–11.03	ВАШИНГТОН, США	AUA, http://www.auanet.org/
	11.04–15.04	СТОКГОЛЬМ, Швеция	Congress Consultants B.V. http://www.uroweb.org/
АПРЕЛЬ	24.04–25.04	БЕРДСК (отель-курорт «Сосновка»), Россия	ООО «БизнесСтандарт» http://bs-sib.ru/
	24.04–27.04	КОБЭ, Япония	Секретариат JUA http://www.uroweb.org/
	26.04	САН-ФРАНЦИСКО, США	AUA http://www.auanet.org/
МАЙ	16.05–21.05	ОРЛАНДО, США	AUA, http://www.auanet.org/
	23.05–25.05	ВИЛЬНИУС, Литва	Congress Consultants B.V. http://www.uroweb.org/
	28.05–30.05	МОСКВА, Россия	ESPU, ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России, МОУ, Интернет-форум урологов, МООДУА, http://uro.ru/

Узнайте больше об урологии на профессиональном врачебном ресурсе

www.проуро.рф

ПРО УРО ПРОФЕССИОНАЛЬНО ОБ УРОЛОГИИ

дая уверенность
в успехе



ВИАГРА®
(силденафила цитрат) таблетки

Pfizer Представительство корпорации «Пфайзер Эйч. Си. Пи Корпорэйшн»: 123317, г. Москва Пресненская наб., 10. Тел.: (495)287-50-00, Факс: (495) 287-53-00

К Е Р О П Р И Я Т И Й

ИЮНЬ	06.06	Конференция РООУ в Приволжском федеральном округе	ЙОШКАР-ОЛА	РООУ http://www.roou.ru/
	11.06–14.06	Испанский национальный урологический конгресс 2014 (EAU 2014)	САНТА-КРУС-ДЕ-ТЕНЕРИФЕ, Испания	EAU http://www.uroweb.org/
	14.06–17.06	Конференция AUA по фундаментальной урологии	ШАРЛОТСВИЛЛ, США	AUA http://www.auanet.org/
	19.06–20.06	Невский урологический форум	САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, Россия	Кафедра урологии ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава РФ, http://www.uroforum.spb.ru/
ИЮЛЬ	06.07–12.07	Мастер-класс по общей урологии	ЗАЛЬЦБУРГ, Австрия	ESU http://www.uroweb.org/
СЕНТЯБРЬ	05.09	Комбинированное лечение опухолей мочевого пузыря. Юбилейная конференция РООУ	ОБНИНСК (пансионат «Лесное»), Россия	РООУ http://www.roou.ru/
	05.09–10.09	12-я Европейская образовательная программа по урологии для резидентов	ПРАГА, Чешская Республика	Congress Consultants B.V. http://www.uroweb.org/
	16.09–18.09	VIII Съезд онкологов и радиологов стран СНГ – 2014	КАЗАНЬ, Россия	Минздрав России, Ассоциация директоров центров и институтов онкологии, радиологии и рентгенологии государственных участников СНГ, Ассоциация онкологов России, ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН, Минздрав Республики Татарстан, РКОД Минздрава Республики Татарстан http://www.kazan2014.com/
	26.09–30.09	Конгресс Европейского общества медицинской онкологии (ESMO 2014)	МАДРИД, Испания	ESMO http://www.esmo.org/
ОКТАБРЬ	01.10–03.10	IX Конгресс РООУ	МОСКВА, Россия	РООУ http://www.roou.ru/
	31.10	Конференция РООУ в Сибирском федеральном округе	КРАСНОЯРСК, Россия	РООУ http://www.roou.ru/
НОЯБРЬ	13.11–15.11	Мастер-класс по реконструктивной урологии	БЕРЛИН, Германия	EAU http://www.uroweb.org/
	14.11–16.11	6-я междисциплинарная встреча по онкоурологии	ЛИССАБОН, Бельгия	EAU, ESMO and ESTRO http://www.emuc2014.org/

07 ИЮЛЬ

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

08 АВГУСТ

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

09 СЕНТЯБРЬ

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

10 ОКТАБРЬ

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

11 НОЯБРЬ

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

12 ДЕКАБРЬ

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

2014

Инфекции мочевых путей: НОВОЕ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ

В России инфекционные заболевания мочевых путей занимают 1-е место среди урологических заболеваний и представляют важную клиническую проблему.

Об этом было сказано на секции «Инфекционные заболевания в урологии», которая состоялась 7 ноября 2013 г. рамках XIII Конгресса Российского общества урологов. Об инновациях за последние 10 лет в лечении инфекционных заболеваний мочевых путей участником секции рассказала д.м.н., проф. Т.С. Перепанова (ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России).

Большое внимание в выступлении было уделено новым методам диагностики инфекций мочевых путей (ИМП), таким как прокальцитонинный тест, масс-спектрометр MALDI-TOF (матричная лазерная десорбционная ионизационная времяпролетная масс-спектрометрия), а также другим методам идентификации возбудителя и определения чувствительности к антибиотикам, дающим результат уже через час.

За последние 10 лет структура возбудителей инфекций нижних мочевых путей в России и во всем мире практически не изменилась. Но в связи с развитием резистентности микроорганизмов изменился подход к лечению – например, если в 2006 г. для ИМП рекомендовали и фосфомицин, и триметоприм, и фторхинолоны, то с 2010 г. цефалоспорины и фторхинолоны ушли в разряд альтернативных препаратов, и сейчас на первом месте находятся фосфомицин и нитрофурантоин, чувствительность к которым составляет 99 %.

Восстановление гликозаминогликанового слоя также является новым направлением в урологии, для чего применяются препараты гиалуроновой кислоты не только в виде инстилляций, но и в виде электрофореза.

Альтернативными методами профилактики рецидивирующих ИМП были названы

Канефрон® Н, Уро-Ваксом, интерферон альфа-2b, препараты клюквы, препараты гиалуроновой кислоты. Так, например, у комбинированного препарата растительного происхождения Канефрон® Н увеличение безрецидивного периода обеспечивается особыми компонентами, входящими в его состав: листьями розмарина, травой золототысячника, корнем любистока. Препарат обладает мочегонным, противовоспалительным, спазмолитическим, антимикробным, противовоспалительным и нефропротекторным действием. Снижает дизурию, уменьшает болевой синдром в области мочевого пузыря, рези, связанные с мочеиспусканием, улучшает результаты лечения антибиотиками при комбинированном лечении.

В 1992 г. возникло новое понятие биофильмов и биопленок, которое произвело переворот в микробиологии. Сейчас уже доказано, что и без инородного тела на слизистых оболочках может образовываться биофильм-инфекция – скопление бактерий внутри эпителиальной клетки человека. Именно поэтому иммунная система не распознает чужеродных агентов, и это коренным образом изменяет тактику лечения.

Профессор считает, что необходимо больше говорить об осложненных ИМП. Катетеры, дренажи, нефростомы являются инородными телами и, соответственно, очагами для развития уросепсиса. Поэтому у пациентов в септическом состоянии можно не искать другие очаги инфекции, если у них присутствуют инородные тела. Основные рекомендации по ведению таких больных: не промывать катетеры и дренажи, осуществлять их своевременную смену и по возможности быстро избавлять пациента от них, проводить адекватную антибактериальную терапию в соответствии с Российскими национальными рекомендациями. **УС**

Материал подготовила
Виктория Шадёркина

Bionorica®
Лекарственный растительный препарат
Канефрон® Н
При цистите, пиелонефрите, МКБ

- Повышает эффективность антибактериальной терапии
- Уменьшает количество повторных обострений
- Способствует уменьшению болей и резей при мочеиспускании
- Способствует отхождению конкрементов и препятствует их образованию

Природа. Наука. Здоровье.

www.bionorica.ru

Реклама

Школа РООУ: лапароскопические вмешательства при раке предстательной железы

2–3 декабря в Москве прошла III экспертная школа Российского общества онкоурологов (РООУ) при поддержке компании ИПСЕН, выпускающей препарат Диферелин®. Программа мероприятия была посвящена хирургическому и лекарственному лечению рака предстательной железы (РПЖ). Более 20 практикующих врачей со всей страны – от Санкт-Петербурга до Владивостока – слушали лекции о терапии при РПЖ, наблюдали за ходом лапароскопических операций, а также смогли сами попрактиковаться в их проведении на специальных тренажерах. Именно получение практических знаний и навыков по хирургическому лечению – главная цель участия в экспертной школе.

Проф. В.Б. Матвеев и доктор Pierluigi Bove провели в прямом эфире 3 лапароскопические радикальные простатэктомии. Пациент в ходе такой операции теряет не более 100–150 мл крови. Как отметил В.Б. Матвеев, лапароскопия пока слабо распространена в лечении урологических заболеваний в России. Однако

этот вид операции подходит лишь для больных из групп низкого и промежуточного риска; при планировании хирургического лечения пациентов с раком простаты высокого риска он отдает предпочтение открытому доступу. Кроме того, слушателям школы был представлен обширный теоретический материал о технических особенностях проведения лапароскопических операций для лечения онкоурологических заболеваний.

В лекциях говорилось о проведении неоадьювантной и адьювантной гормонотерапии у кандидатов для лучевой терапии и радикальной простатэктомии, а также об особенностях андрогенной абляции при диссеминированном опухолевом процессе, в том числе – при развитии кастрационно-рефрактерных форм заболевания. Также одной из основных тем лекций были рецидивы (в частности, ПСА-рецидивы) после радикального лечения. **УС**

Материал подготовил Сергей Шевченко

ИПСЕН
ООО «ИПСЕН»
Россия, 109147, Москва, ул. Таганская, 19
Тел: +7 (495) 258 5400, Факс: +7 (495) 258 5401
E-mail: ipesen@ipesen.com

Данный материал предназначен только для медицинских специалистов. Имеются противопоказания: обратитесь за консультацией к специалисту.
Диферелин® 11,25 мг не предназначен для лечения детей.

РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР:
Диферелин® 3,75 мг: ПМАО11452/01 от 13.08.2010,
Диферелин® 11,25 мг: ПСР-005557/06 от 17.07.2008.
ТОРГОВОЕ НАЗВАНИЕ: Диферелин®.
МЕЖДУНАРОДНОЕ НЕПАТЕНТОВАННОЕ НАЗВАНИЕ:
Трипторелин (Triptorelin).
ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА: лиофилизат для приготовления суспензии для внутримышечного введения пролонгированного действия 3,75 мг или 11,25 мг.
ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГРУППА: прогормональное средство, гонадотропин-рилизинг-гормон аналог.
КОД АТХ: L02AE04
ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ СВОЙСТВО:
Фармакодинамика:
Трипторелин является синтетическим деклетидом, аналогом природного гонадотропин-рилизинг-гормона (высвобождающего гонадотропин). После короткого начального периода стимулирует гонадотропную функцию гипофиза, что приводит к подавлению секреции гонадотропина и, соответственно, функции яичек. Постоянное применение препарата снижает секрецию тестостерона, концентрация которого могут достигать половой, который наблюдается после хирургической кастрации.
ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:
Рак предстательной железы.
Рак предстательной железы с метастазами.
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:
Повышенная чувствительность к Диферелину® или другим аналогам гонадотропин-рилизинг-гормона. Гормональнозависимый рак предстательной железы, состояние после орхидектомии.
С осторожностью – при астенозависимости, СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ:
Препарат вводят только внутримышечно.
Рак предстательной железы:
Диферелин® вводят в дозе 3,75 мг каждые 4 недели или 11,25 мг каждые 3 месяца длительно.
ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ:
– Аналергические реакции, такие как крапивница, сыпь, зуд и очень редко отек Квинке.
– Специальные случаи: головокружение, тошнота, рвота, увеличение массы тела, артериальная гипертензия, повышенная эмоциональная лабильность, нарушения зрения, боли в месте инъекции и повышение температуры тела, охладения кривошея.
– Длительное применение аналога гонадотропин-рилизинг-гормона может привести к деминерализации костей и является возможным фактором риска развития остеопороза.
– У мужчин – снижение потенции, опухание и болезненность грудных желез. В начале лечения больные раком предстательной железы могут испытывать временное снижение боли в костях, кортикальных метастазах (лечение симптоматическое). Отмечаются отдельные случаи импотенции, молочных желез и симптомов, связанных с компрессией метастазами спинного мозга (происходят через 1–2 недели). Также в этот период может наблюдаться временное повышение активности кислот фосфатазы в плазме крови.
УСТАНОВЛЕНИЕ ДОЗ:
При температуре не выше +25° С в недоступном для детей месте.
СРОК ГОДАШНОСТИ: Диферелин® 3,75 мг – 2 года,
Диферелин® 11,25 мг – 3 года.

Диферелин® 11,25 мг
трипторелин

Конференция РООУ в Казани: новое в хирургии и таргетной терапии



Михаил Игоревич Егоров

К.м.н., врач-уролог
ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России

michailegorov@mail.ru

29 ноября в Казани (Республика Татарстан) прошла конференция Российского общества онкоурологов (РООУ) при поддержке ГАОУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер Министерства здравоохранения Республики Татарстан», Приволжского филиала ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН, ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ассоциации онкологических учреждений Приволжского федерального округа и Фонда поддержки противораковых организаций «Вместе против рака». Заседания проходили в гостинице «Корстон-Казань» – одном из самых современных гостиничных комплексов этого гостеприимного города. Несмотря на то что мероприятие проводилось в Приволжском федеральном округе (ПФО), здесь собрались практикующие онкоурологи со всей страны, чтобы обменяться наработанным опытом и новыми знаниями.

В серии докладов выступили приволжские коллеги, продемонстрировав показательную статистику заболеваемости онкоурологическими заболеваниями.

Рак мочевого пузыря: трансуретральная резекция и кишечная пластика

Первая сессия была посвящена раку мочевого пузыря (РМП). О состоянии онкоурологической помощи в Республике Татарстан рассказал главный онколог ПФО и РТ, главный врач ГАОУЗ РКОД МЗ РТ, директор Приволжского

филиала РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН проф. Р.Ш. Хасанов. Он представил данные по уровню заболеваемости РМП, которые коррелируют с заболеваемостью в Центральном федеральном округе. Стоит отметить и высокий уровень оказания местной помощи пациентам с РМП, что говорит о профессиональном уровне организации здравоохранения в целом в Республике Татарстан.

Следующий доклад был посвящен трансуретральной резекции (ТУР) стенки мочевого пузыря с опухолью единым блоком, а также роли собственной и мышечной пластинок слизистой оболочки в прогнозе рецидивирования и прогрессирования поверхностного РМП. М.Ю. Ульянов рассказал не только о гистологической диагностике РМП, но и об особенностях техники выполнения ТУР. В своей работе он использует ретроградную методику ТУР. Данная методика, по мнению многих онкоурологов, требует огромного опыта и высокого профессионализма хирурга, потому что может привести к такому серьезному осложнению, как перфорация мочевого пузыря. Доклад вызвал активную дискуссию даже после его обсуждения в зале.

Со следующим сообщением выступил один из лидеров урологии Поволжья проф. Р.Х. Галеев, зав. отделением пересадки почки РКБ г. Казани. Он продемонстрировал результаты цистэктомии и кишечной пластики у больных РМП. Метод выбора кишечной пластики зависит от предпочтений и навыков хирурга. Р.Х. Галеев остановился на отсутствии преимуществ цистоластики по Штудеру и других модификаций кишечной пластики по сравнению с U-образной пластикой мочевого пузыря. Также докладчик представил ряд осложнений, основным из которых является стриктура уретеро-резервуарного анастомоза.

Рак почки: хирургические тактики

На 2-й сессии был представлен доклад проф. М.Э. Ситдыковой из Урологической

клиники им. А.В. Вишневского при Казанском государственном медицинском университете, посвященный эксомиотике и интервенционной ультразвуковой тактике при объемных образованиях почек. Новые исследования в области диагностики опухолевых заболеваний верхних мочевых путей позволили улучшить диагностику, лечение и дальнейшее наблюдение данной группы пациентов. Д.Д. Хамитов предложил к обсуждению непростую проблему: хирургическую тактику лечения двусторонних опухолей почек и опухолей единственной почки. Действительно, несмотря на достигнутые успехи в оперативном лечении данной категории больных, внедрение новых методов диагностики и различных хирургических систем, в ряде случаев требуется большой опыт хирурга для выбора правильной и наиболее выигрышной для пациента линии хирургической помощи. Заведующий онкологическим отделением Самарского областного клинического онкодиспансера А.Л. Горбачев показал, что лапароскопическая нефрэктомия применима не только на ранних стадиях рака почки, но и при стадиях выше T2 и наличии регионарных и отдаленных метастазов. Данная методика не уступает по малоинвазивности традиционные открытые пособия. В своем сообщении проф. В.Б. Матвеев систематизировал знания в таргетной терапии метастатического рака почки, продемонстрировав последние исследования механизма действия данной группы препаратов. Проф. Б.Я. Алексеев изложил алгоритм лечения пациентов с запущенными формами рака почки при последовательной терапии. К.м.н. А.С. Калпинский осветил новые возможности таргетной терапии метастатического рака почки.

Рак простаты: органосохраняющее лечение

Заведующий хирургическим отделением № 3 Пензенского онкологического диспансера к.м.н. Ф.Ш. Енгальчев доложил о результатах

хирургического лечения локализованного рака предстательной железы (РПЖ). Был поднят актуальный вопрос об эффективности скрининга рака простаты, что вызвало бурную дискуссию в зале. Доктор О.В. Мороз из Казанского онкоцентра поделился опытом применения брахитерапии РПЖ. Было четко продемонстрировано, что методика наиболее эффективна при правильном отборе пациентов. Проф. В.А. Атдуев из Нижнего Новгорода представил отдаленные функциональные и онкологические результаты радикальной простатэктомии. Он четко показал эффективность нервосберегающих методик в раннем восстановлении функции удержания мочи. К.м.н. И.И. Абдуллин, врач-уролог ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России, показал результаты проведения первых 100 лапароскопических радикальных простатэктомий. Доклад содержал не только статистические данные, но и видеоролики, демонстрирующие разные этапы операций.

Проф. Б.Я. Алексеев прочитал лекцию о современной комбинации хирургического лечения и гормональной терапии у больных РПЖ. Основываясь не только на литературных данных, но и на собственном опыте, профессор показал эволюцию представлений о комбинированном лечении рака простаты и ознакомил всех слушателей с наиболее доказательно эффективным подходом к этой проблеме. Проф. В.Б. Матвеев осветил проблему лечения кастрационно-резистентного РПЖ, вызвав огромный интерес к проблеме у аудитории.

Казань становится активным центром проведения крупных медицинских конгрессов – в следующем году здесь состоится VIII Съезд онкологов и радиологов стран СНГ. Он пройдет 16–18 сентября 2014 г. и соберет около 2500 специалистов. Тезисы принимаются на сайте kazan2014.com, там же можно пройти регистрацию для участия в мероприятии.



Выступление проф. Р.Ш. Хасанова



Выступление проф. В.Б. Матвеева

Современные подходы к лечению кастрационно-рефрактерного рака предстательной железы

EAU guidelines 2013

- Кастрационный уровень тестостерона < 50 нг/дл (1,7 нмоль/л).
- Три последовательных повышения простатического специфического антигена (ПСА) с интервалом в 1 нед с двумя 50 % повышениями выше надира при ПСА > 2 нг/мл.
- Прекращение приема антиандрогенов за 4 нед для флутамиды и за 6 нед – для бикалутамида.
- ПСА-прогрессия, несмотря на различные гормональные манипуляции.

Мы живем в то время, когда лечение рака предстательной железы (РПЖ) стремительно эволюционирует. Еще в 90-х годах в арсенале врачей была только андроген-депривационная терапия (АДТ), и развитие кастрационной резистентности определяло плохой прогноз для пациента. Сегодня появился ряд препаратов, рекомендованных как до начала химиотерапии (ХТ) доцетакселом – сипулейцел-Т, абиратерона ацетат, так и после нее – кабазитаксел, абиратерона ацетат, энзалутамид, радий-223.

Наилучшая последовательность применения новых препаратов еще не определена. Проф. В.Б. Матвеев на прошедшей в ноябре в Казани конференции Российского общества онкоурологов (РООУ) представил обзоры всех больших исследований последних лет, чтобы попытаться разобраться в этой проблеме.

SWOG 9916: как появился доцетаксел

Доцетаксел вошел в мировую практику в 2004 г. Тогда было показано, что он снижает риск смерти пациентов с кастрационно-резистентным раком предстательной железы (КРРПЖ) с 24 % (митоксантрон + преднизолон)

до 20 %. Увеличились медиана выживаемости, время до прогрессирования и повышения уровня ПСА, повысилось качество жизни. Однако при терапии доцетакселом пациенты страдают от анемии (5 % – здесь и далее III–IV степень), нейтропении (32 %), инфекционных осложнений (3 %). Но даже несмотря на это долгие годы доцетаксел оставался «золотым стандартом» в лечении КРРПЖ.

TROPIC: химиотерапия после доцетаксела

Исследование проводилось на базе 146 центров из 26 стран на пациентах с метастатическим КРРПЖ (мКРРПЖ) после ХТ доцетакселом. Первой группе пациентов назначали кабазитаксел + преднизолон, 2-й – митоксантрон + преднизолон (10 циклов). Медиана общей выживаемости (ОВ) составила 15,1 мес в группе кабазитаксела против 12,7 мес в группе митоксантрона. Но! Выяснилось, что токсичность кабазитаксела также превысила показатели во 2-й группе: пациенты страдали от фебрильной нейтропении (7,5 %), диареи (6,2 %), жаловались на общую слабость (4,9 %).

AFFIRM: новые блокаторы андрогеновых рецепторов

Энзалутамид – следующий шаг в АДТ. В отличие от предыдущих препаратов, он подавляет опухолевый рост, действует сразу на 3 звена сигнального пути андрогенового рецептора (АР): блокирует АР более выраженно, чем бикалутамид, ингибирует транслокацию АР в ядро, блокирует транскрипцию ДНК в опухолевых клетках. В настоящий момент завершено исследование AFFIRM у пациентов с прогрессирующим мКРРПЖ, которые ранее получали доцетаксел. Энзалутамид показал статистически достоверное улучшение медианы ОВ по сравнению с плацебо на 4,8 мес и на 37 % снизил риск смерти. В России препарат еще не зарегистрирован.

В сентябре 2014 г. будут известны результаты исследования PREVAIL у пациентов с прогрессирующим мКРРПЖ до ХТ.

COU-AA-301: развитие патогенетического лечения

В 2004 г. впервые заговорили о том, что высокие уровни андрогенов присутствуют в клетках РПЖ, несмотря на кастрационный уровень тестостерона. Это происходит потому, что опухоль продолжает получать андрогены из других источников в организме, в том числе в результате собственной их продукции.

Абиратерона ацетат – специфический ингибитор фермента CYP17 – подавляет все пути синтеза андрогенов, в том числе в яичках, надпочечниках, опухолевых клетках.

Исследование III фазы COU-AA-301 проводили на базе 147 центров в 13 странах у пациентов с мКРРПЖ, ранее получавших доцетаксел. Первая группа пациентов получала абиратерон + преднизон, 2-я – плацебо и преднизон. Медиана ОВ составила 15,8 мес в 1-й группе пациентов против 11,2 мес в группе плацебо. Наравне с этим абиратерон снижает время ПСА-прогрессии (8,5 мес против 6,6 мес). Выживаемость до прогрессии в группе абиратерона составила 5,6 мес против 3,6, а общий клинический ответ (изменение уровня ПСА) – 29,5 % против 5,5 %.

Нежелательные явления (НЯ) абиратерона главным образом обусловлены последствиями усиления выработки альдостерона в надпочечниках, что клинически проявляется задержкой жидкости (2,3 %), артериальной гипертензией (1,3 %), гипокалиемией (2,3 %). Также при применении абиратерона развиваются и другие характерные НЯ, связанные с отклонениями со стороны

биохимических показателей функции печени (3,5 %) и нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы (4,1 %). Наиболее часто среди НЯ III–IV степени встречались утомляемость (8 %), тошнота (2 %), боли в спине (6 %) и костях (5 %).

COU-AA-302: химиотерапия может и не быть

Завершилось исследование абиратерона ацетата у пациентов с мКРРПЖ, ранее не получавших ХТ. Его проводили на базе 166 исследовательских центров в 12 странах мира. Первая группа пациентов получала абиратерон + преднизолон, 2-я – плацебо + преднизолон. Абиратерон достоверно снижал риск смерти по сравнению с преднизолоном на 21 %; медиана ОВ с момента регистрации мКРРПЖ составила 35,3 мес против 30,1 мес в группе плацебо. Медиана выживаемости без прогрессирования была выше в 2 раза, чем в группе плацебо (16,5 мес против 8,2). Также абиратерон значительно отодвигает время до необходимости назначения ХТ (26,5 мес против 16,8). Почти 62 % пациентов из 1-й группы не принимали анальгетики: абиратерон отодвигает время усиления болевого синдрома.

Что делать дальше?

Еще несколько лет назад это трудно было представить, но сейчас новые препараты позволяют двигаться в сторону индивидуализации лечения РПЖ. В настоящий момент не существует доказательств преимущества той или иной последовательности лечения, в связи с чем предпочтение стоит пока отдавать наименее токсичному и хорошо переносимому лечению в качестве первой линии. **УС**

Материал подготовила
София Хакимова



Зитига®

абиратерона ацетат

- патогенетическое действие
- клинически доказанная эффективность
- при прогрессии на фоне андрогеновой индугации
- при прогрессии во время или после химиотерапии, включающей доцетаксел

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ по медицинскому применению препарата Зитига (Zytiga®) ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ВЕРСИЕЙ ИНСТРУКЦИИ

Регистрационный номер – ЛП 001632
Торговое название препарата – Зитига
Международное непатентованное название – абиратерон
Лекарственная форма – таблетки
Состав. Каждая таблетка содержит активное вещество абиратерона ацетат – 250 мг; вспомогательные вещества
Фармакотерапевтическая группа – другие антагонисты гормонов и их прочие аналоги.
Код АТХ – L02BX03
Показания к применению: препарат Зитига в комбинации с преднизолоном или преднизолоном предназначен для лечения метастатического кастрационно-резистентного рака предстательной железы.
Противопоказания: гиперчувствительность к активному компоненту или любому вспомогательному веществу препарата; детский возраст до 18 лет; тяжелое нарушение функции печени.
С осторожностью: больным с дефицитом лактазы, непереносимостью лактозы, глюкозо-галактозной мальабсорбцией; с нарушением функции почек тяжелой степени; больным, состояние которых может ухудшиться при повышении артериального давления или развитии гипокалиемии, например, больным с сердечной недостаточностью, с недавно перенесенным инфарктом миокарда или желудочковой аритмией; фракцией выброса левого желудочка менее 50%; сердечной недостаточностью III–IV функционального класса по классификации NYHA.
Способ применения и дозы: рекомендуемая суточная доза препарата составляет 1 г (4 таблетки по 250 мг) 1 раз в день за 1 час до еды или через 2 часа после еды. Таблетки следует глотать целиком, не разжевывая, запивая небольшим количеством воды. Препарат применяется вместе с низкими дозами преднизона или преднизолона. Рекомендуемая доза преднизона или преднизолона составляет 10 мг/сут. **Препарат нельзя принимать с пищей.**
До начала лечения препаратом Зитига, каждые 2 недели в течение первых 3-х месяцев лечения, а затем ежемесячно следует измерять активность сывороточных трансаминаз и концентрацию билирубина. Артериальное давление, концентрация калия в крови и степень задержки жидкости в организме следует оценивать ежемесячно. При пропуске очередной суточной дозы препарата Зитига, преднизона или преднизолона на следующий день следует принять обычную дозу пропущенного препарата.
Коррекция дозы у пациентов с нарушением функции печени. Если в ходе лечения развились признаки гепатотоксичности (повышение активности аланинаминотрансферазы (АЛТ) в 5 раз выше нормы или концентрации билирубина в 3 раза выше нормы), терапию следует немедленно прекратить до полной нормализации показателей функции печени. Продолжить терапию можно с уменьшенной дозы 500 мг (две таблетки) один раз в день. В этом случае контроль

активности сывороточных трансаминаз и концентрации билирубина должен осуществляться, как минимум, каждые две недели в течение трех месяцев, а затем – ежемесячно. Если признаки гепатотоксичности возникают при приеме в дозе 500 мг, терапию препаратом Зитига следует прекратить. Если у пациентов в любой период терапии развивается тяжелая форма гепатотоксичности (активность АЛТ превышает норму в 20 раз), препарат Зитига следует отменить, повторное назначение препарата у таких пациентов невозможно.
Особые группы пациентов
Применение у пациентов с печеночной недостаточностью. Для больных, имеющих до начала лечения нарушение функции печени легкой степени (класс А по классификации Чайлд-Пью) коррекция дозы препарата не требуется. Препарат Зитига нельзя применять у пациентов с умеренной или тяжелой степенью печеночной недостаточности, класс В и С по классификации Чайлд-Пью.
Применение у пациентов с почечной недостаточностью. Для больных с нарушением функции почек коррекция дозы не требуется. Тем не менее, следует с осторожностью назначать препарат Зитига пациентам, больным раком предстательной железы с нарушением функции почек тяжелой степени, поскольку клинические данные о применении препарата Зитига у таких пациентов отсутствуют.
Побочное действие. Наиболее частыми нежелательными явлениями при лечении препаратом Зитига являются периферические отеки, гипокалиемия, повышение артериального давления, инфекции мочевыводящих путей, гематурия, увеличение активности аспартатаминотрансферазы, увеличение активности аланинаминотрансферазы, диспепсия, переломы.
Инфекционные заболевания. Очень частые: инфекции мочевыводящих путей. **Нарушения со стороны эндокринной системы:** Нечастые: недостаточность функции надпочечников.
Влияние на результаты лабораторных исследований. Очень частые: гипокалиемия. Частые: гипертриглицеридемия, повышение активности аланинаминотрансферазы, повышение активности аспартатаминотрансферазы. **Со стороны костно-мышечной системы и соединительной ткани:** Частые: переломы (за исключением патологических переломов). **Нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей:** Частые: гематурия. **Нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы:** Очень частые: повышение артериального давления. Частые: сердечная недостаточность, в том числе острая сердечная недостаточность, левожелудочковая недостаточность, уменьшение фракции выброса левого желудочка; стенокардия, аритмия, фибрилляция предсердий, тахикардия.
Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: Частые: диспепсия.
Общие нарушения: Очень частые: периферические отеки.
Передозировка. Случаев передозировки препаратом Зитига в ходе клинических исследований не было. Специфического антидота нет. В случае передозировки прием препарата Зитига следу-

ет прекратить, и следует проводить общие поддерживающие мероприятия, включая контроль аритмии. Также следует контролировать функцию печени.
Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Рекомендуется с осторожностью назначать препарат Зитига пациентам, получающим препараты, которые метаболизируются через систему CYP2D6. В таких случаях следует рассмотреть возможность снижения дозы препаратов, в том числе декстрометорфана, метопролола, пропранолола, дезгидрамина, венлафаксина, галоперидола, ристеридона, пропafenона, флекаинида, кокаина, оксидона и трамадола. Отсутствуют клинические данные по применению препарата Зитига с препаратами, являющимися субстратами изофермента CYP2C8 (например, саклитакселем и репалгиндом). Следует проявлять осторожность при одновременном приеме с сильными ингибиторами изофермента CYP3A4 (кетоназол, итраконазол, кларитромицин, атазанавир, нефазодон, саквинавир, телитромицин, ритонавир, индинавир, нелфинавир, вориконазол) и индукторами (фенитоин, карбамазепин, рифампицин, рифабутин, рифапентин, фенобарбитал).
Особые указания. Препарат Зитига нельзя принимать с пищей.
Повышение артериального давления, гипокалиемия и задержка жидкости вследствие избытка минералокортикоидов. Препарат Зитига следует с осторожностью назначать пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в анамнезе. Перед началом применения препарата Зитига следует устранить гипокалиемию и артериальную гипертензию. У больных, получающих препарат Зитига, может наблюдаться повышение артериального давления, гипокалиемия и задержка жидкости вследствие повышения концентрации минералокортикоидов в крови из-за ингибирования CYP17. Введение глюкокортикоидов одновременно с препаратом Зитига приводит к снижению частоты и тяжести этих неблагоприятных явлений. Следует проявлять осторожность при лечении больных, состояние которых может ухудшиться при повышении артериального давления или развитии гипокалиемии, например, больных с сердечной недостаточностью, недавно перенесенным инфарктом миокарда или желудочковой аритмией. Артериальное давление, концентрация калия в плазме крови и степень задержки жидкости следует контролировать, как минимум, один раз в месяц.
Гепатотоксичность. При повышении активности АЛТ в 5 раз выше нормы или концентрации билирубина в 3 раза выше нормы, применение препарата Зитига следует немедленно прекратить. Препарат Зитига можно применять снова только после возвращения показателей функции печени к исходным значениям, и только при лечении более низкими дозами. Если у пациентов в любой период терапии развивается тяжелая форма гепатотоксичности (активность АЛТ превышает норму в 20 раз), препарат Зитига следует отменить, повторное назначение препарата у таких пациентов невозможно.
Женщины детородного возраста. Препарат Зитига не предназначен для применения у женщин. Для предотвращения случайного воздействия, беременные или способные забеременеть женщины не должны работать с препаратом без перчаток.

Контрацепция у мужчин и женщин. Неизвестно, присутствует ли абиратерон или его метаболиты в сперме. Необходимо использовать презерватив, если планируется половой акт с беременной женщиной. Если половой акт планируется женщиной детородного возраста, необходимо использовать презерватив наряду с другими эффективными методами контрацепции.
Беременность и лактация. Препарат Зитига не применяется у женщин. Препарат Зитига противопоказан беременным и способным забеременеть женщинам. Неизвестно, выводится ли абиратерона ацетат или его метаболиты с молоком.
Опасность взаимодействия с другими препаратами. При отмене преднизона или преднизолона следует проявлять осторожность и контролировать признаки недостаточности функции коры надпочечников. Если применение препарата Зитига продолжается после отмены глюкокортикоидов, то следует контролировать появление симптомов избытка минералокортикоидов. У пациентов, получающих преднизон или преднизолон при развитии стрессовых ситуаций может потребоваться повышенная доза глюкокортикоидов перед, во время и после стрессовой ситуации.
Информация о некоторых вспомогательных веществах, входящих в состав препарата Зитига. Данный лекарственный препарат содержит 1 ммоль (27,2 мг) натрия в каждой дозе (четыре таблетки), что необходимо принимать во внимание при лечении пациентов, получающих диету с контролируемым содержанием натрия.
Влияние на вождение автомобиля и работу с механизмами. Препарат Зитига не влияет или оказывает ничтожно малое влияние на способность управлять автомобилем и движущимися механизмами.
Условия хранения. При температуре не выше 30°C. Хранить в оригинальной упаковке в недоступном для детей месте.
Условия отпуска из аптеки. По рецепту.
Производитель:
Производство и первичная упаковка:
Патевон Инк., 2100 Синтес Коурт, Миссиссауга, Онтарио, L5N 7K9, Канада
Вторичная упаковка и выпускающий контроль: Янссен-Силаг Сп.А., Италия
Фактический адрес: 04010 Борго Сан Микеле, Латина, ул. С. Янссен.
Юридический адрес: Колонья-Моцезе, Милан, ул. М. Буонаротти, 23.
Держатель регистрационного удостоверения, организация, принимающая претензии:
ООО «Джонсон & Джонсон», Россия, 121614, Москва, ул. Крылатская, 17/2.
Контактные телефоны: тел.: (495) 755-83-57, факс: (495) 755-83-58



По всем вопросам, связанным с применением препарата, обращаться в представительство компании Янссен, фармацевтическое подразделение ООО «Джонсон & Джонсон» по адресу: 121614, г. Москва, ул. Крылатская, д. 17, корпус 2. Факс: 8 (495) 755-83-58, тел. 8 (495) 755-83-57 или звонить на бесплатный номер для России и стран СНГ 8-800-700-88-10. www.zytiga.ru

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПАЦИЕНТУ ПРЕПАРАТА ЗИТИГА (ZYTIGA®) ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ

Симптомы нижних мочевых путей: не только простата



Кристофер Чепл

Отделение урологии
Королевского госпиталя
(Шеффилд,
Великобритания)

Ученые активно исследуют как причины симптомов нижних мочевых путей (СНМП), так и вещества, позволяющие точно и эффективно решать эту проблему. И хотя молекул много, еще предстоит пройти долгий путь, прежде чем положительные результаты получат не только исследователи, но и пациенты. По-прежнему клинически значимыми остаются работы с ингибиторами фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5), блокаторами альфа- и бета-адренорецепторов.

Наш пациент – это мужчина, а не отдельно взятая простата с мочевым пузырем. Поэтому и подбирать терапию необходимо, учитывая этиологические факторы и сопутствующие заболевания.

Использование уроселективных альфа-блокаторов считается более целесообразным и безопасным. Мы считаем, что силодозин, не уступая по эффективности тамсулозину, более безопасен в отношении сердечно-сосудистых осложнений.

О терминологии

СНМП однозначно и стопроцентно не связаны с конкретным заболеванием, поэтому прежде всего мы должны обратить внимание на терминологию. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) в качестве гистологически подтвержденного или клинического диагноза – термин, которого стоит избегать, описывая СНМП у мужчин. Экспериментальные, клинические и эпидемиологические данные подтверждают многообразие причин СНМП, и сейчас мы наблюдаем некоторое «смещение равновесия» между ролью простаты и другими патогенетическими факторами.

Действительно, многие проявления СНМП могут быть связаны с ДГПЖ – едва ли не основной проблемой пожилых мужчин: если в 50–59 лет этот диагноз ставится 42 % мужчин, то у пациентов старше 80 лет ДГПЖ встречается почти в 90 % случаев.

Несмотря на значительную распространенность ДГПЖ, только у 50 % пациентов с гистологически подтвержденным диагнозом аденомы простаты (benign prostate enlargement, BPE) имеются СНМП. Обратное соотношение также верно: проявления СНМП однозначно не свидетельствуют о наличии доброкачественной обструкции простаты (benign prostate obstruction) или инфравезикальной обструкции (bladder outlet obstruction). Более того, только у 50 % мужчин с СНМП имеется инфравезикальная обструкция. Иначе говоря, достоверной и прямой корреляции между ДГПЖ, аденомой простаты, инфравезикальной обструкцией и СНМП нет.

Поэтому СНМП могут быть следствием как ДГПЖ, так и иных нарушений, не связанных с мочевыделительной и репродуктивной

системами. Например, ноктурия может быть следствием излишнего потребления жидкости или апноэ, из-за которого нарушается сердечная деятельность и изменяется процесс образования мочи.

У пациентов с жалобами на СНМП необходимо адекватно оценить мочеиспускание и выяснить, связаны ли жалобы с ДГПЖ или с другой патологией. Анализ мочи поможет исключить наличие инфекционных заболеваний, злокачественных изменений мочевого пузыря и мочекаменную болезнь. Не будет лишним проверить уровень простатспецифического антигена, что поможет выявить/исключить рак предстательной железы (РПЖ).

Необходимо также обратить внимание на общее состояние пациента: вес, индекс массы тела (ИМТ) и объем талии имеют положительную корреляцию с размером простаты. По данным Longitudinal Study of Aging cohort, каждый балл ИМТ (1 кг/м²) эквивалентен увеличению объема простаты на 0,4 мл. У мужчин с ожирением риск развития аденомы (BPE) в 3,5 раза больше по сравнению с мужчинами, имеющими нормальный ИМТ. Диабет, увеличение уровня сывороточного инсулина и глюкозы в крови достоверно связаны с риском увеличения

простаты, ДГПЖ и СНМП. Патологические механизмы, обуславливающие связь метаболических факторов с СНМП/ДГПЖ, полностью не раскрыты. По всей видимости, важную роль играет ишемия органов таза.

О первой линии терапии СНМП

Первая линия терапии СНМП – это альфа-блокаторы и ингибиторы 5-альфа-редуктазы (5-АРИ). Несмотря на высокую распространенность СНМП среди мужчин, антимускариновые препараты широко не используются. В клинических исследованиях доказана высокая эффективность комбинированной терапии, в том числе сочетаний «альфа-блокаторы + антимускариновые препараты», «альфа-блокаторы + 5-АРИ», «5-АРИ + антимускариновые препараты».

Более половины пациентов, нуждающихся в фармакологическом лечении ДГПЖ, имеют сердечно-сосудистые нарушения. У абсолютного большинства отмечаются выраженные симптомы накопления и опорожнения, наиболее тягостными из которых пациенты считают ноктурию, повышенную частоту мочеиспускания днем, неполное опорожнение мочевого пузыря и urgency позыва.

Альфа₁-адренорецепторы регулируют тонус мочеиспускательного канала: блокаторы альфа-рецепторов нивелируют динамический компонент ДГПЖ, устраняя гипертономус стромы предстательной железы, которая занимает большую часть гиперплазированной простаты.

Появление альфа-блокаторов связано с исследованиями Марко Кэйна (Marco Caine),

который в 1975 г. впервые использовал в клинической практике неселективный альфа-адренорецептор – феноксибензамин.

Вскоре были обнаружены подтипы альфа-адренорецепторов, после чего появились альфа-блокаторы – молекулы, обладающие максимальным сродством к альфа_{1A}-адрено-

Эффективность новейшего альфа-блокатора (силодозина) сопоставима с таковой тамсулозина. Силодозин достоверно превосходит тамсулозин в отношении одновременного уменьшения выраженности ноктурии, повышенной частоты мочеиспускания днем и неполного опорожнения мочевого пузыря.

рецепторам, вовлеченным в патогенез ДГПЖ. В настоящее время использование уроселективных альфа-блокаторов – тамсулозина и силодозина – считается наиболее целесообразным и безопасным.

В 2011 г. опубликованы данные многоцентрового двойного слепого исследования по силодозину в параллельных группах с активным и плацебо-контролем. В данном исследовании приняли участие 955 мужчин в возрасте старше 50 лет из 72 медицинских учреждений 11 стран Европы. Критериями включения в исследование были сумма баллов по шкале IPSS 13 и более, максимальная скорость потока мочи (Q_{max}) 4–15 мл/с.

После двухнедельного «отвыкания» от предшествующей терапии пациенты были рандомизированы в группы, которые получали плацебо, силодозин 8 мг ежедневно и тамсулозин 0,4 мг ежедневно. В результате сделано заключение: «силодозин – эффективное и хорошо переносимое средство для облегчения состояния при нарушениях накопления мочи и опорожнения мочевого пузыря; эффективность новейшего альфа-блокатора (силодозина) сопоставима с таковой тамсулозина; из использованных в исследовании препаратов лишь силодозин достоверно уменьшал ноктурию» (Ch.R. Chapple, F. Montorsi. Silodosin Therapy for LUTS in men with suspected BPH: results of an international, randomized, double-blind, placebo- and active-controlled clinical trial performed in Europe. Eur Urol Suppl 2011;59:342–52).

Мы считаем, что силодозин, не уступая по эффективности тамсулозину, более безопасен в отношении развития сердечно-сосудистых осложнений.

системы. Более того, у абсолютного большинства пациентов отмечаются выраженные симптомы накопления и опорожнения мочи, из которых наиболее беспокоящими пациенты считают ноктурию, частое мочеиспускание днем, неполное опорожнение мочевого пузыря и urgency позыва.

Сейчас подходит к концу новое исследование IV фазы по силодозину (Silodosin in Real-life Evaluation (SiRE)), в котором принимают участие более 1000 мужчин из 10 стран Евросоюза. Результаты и выводы по настоящему исследованию еще не представлены. По предварительным данным, подтверждается не только эффективность силодозина, но и его безопасность в отношении возникновения сердечно-сосудистых осложнений.

В принципе, определенная «вершина» в терапии СНМП альфа-блокаторами достигнута: увеличив селективность, удалось повысить эффективность и безопасность терапии. В настоящее время перспективным может быть применение комбинированной терапии, которая целесообразна при большом объеме простаты или отсутствии ответа на терапию альфа-блокаторами.

Альтернатива антимускаринам

Уротелий – это не просто «барьер» мочевого пузыря. Клетки мочевого пузыря экспрессируют многочисленные рецепторы, при стимуляции которых выделяются аденозинтрифосфат, NO, ацетилхолин, цитокины, NGF и другие активные вещества. Имеются данные, подтверждающие возможную роль этих молекул в патогенезе СНМП; на различных этапах исследований находятся фармакологические субстанции, действие которых направлено на рецепторы уротелия или их сигнальные пути.

В мочевом пузыре альфа-адренорецепторы играют далеко не главную роль: в гладкомышечных клетках мочевого пузыря сконцентрированы бета₃-адренорецепторы, антагонисты которых обладают релаксирующим эффектом, что подтверждено в экспериментах *in vivo* и *in vitro*. Селективные ингибиторы бета₃-рецепторов – мирабегрон и солабегрон – уже присутствуют как в рамках клинических исследований, так и на фармацевтическом рынке. И если солабегрон исследовался только для лечения женщин, то данные по мирабегрону изучены в отношении обоих полов.

В исследованиях третьей фазы Североамериканского рандомизированного клинического исследования (КИ) и Европско-австралийского КИ более 3000 человек, четверть которых – мужчины, рандомизированно получали плацебо или мирабегрон 50 и 100 мг. Обе дозировки мирабегрона оказались эффективными, улучшив состояние пациентов по таким показателям, как недержание, urgency, частота мочеиспускания.

Окончание на стр. 17 ▶

Симптомы нижних мочевых путей: не только простата

◀ Окончание, начало на стр. 16

частота мочеиспускания. Исключительно «мужской» оценки у мирабегрона нет, однако в исследовании на 200 мужчинах с инфравезикальной обструкцией и СНМП показана безопасность мирабегрона.

Мирабегрон уже зарегистрирован в России, и мы считаем, что он будет более безопасным и может быть альтернативой антимускариновым препаратам.

Лечение с бонусом

Ингибиторы ФДЭ-5 расслабляют гладкомышечную ткань простаты, уретры и детрузора. Учитывая это и высокую распространенность СНМП и эректильной дисфункции (ЭД), ингибиторы ФДЭ-5 длительное время исследовались в качестве возможного компонента для терапии СНМП.

В октябре 2011 г. FDA одобрило применение тадалафила 5 мг ежедневно для лечения мужчин с СНМП/ДГПЖ с сопутствующими нарушениями эректильной функции или без них. Одобрение FDA основано на 3 клинических исследованиях, в которых мужчины ежедневно принимали тадалафил 5 мг.

Прим. ред. Интересно отметить, что если еще несколько лет назад EAU считала ингибиторы ФДЭ-5 лишь перспективным направлением и вероятной терапевтической опцией для пациентов с СНМП и ДГПЖ,

то уже в 2013 г. EAU официально заявила: «тадалафил в дозировке 5 мг улучшает СНМП у пациентов с ДГПЖ столь же эффективно, как и альфа₁-блокаторы».

Я рассматриваю применение ингибиторов ФДЭ-5 как многообещающее направление, которое помимо облегчения СНМП дает пациентам дополнительный бонус – улучшение эректильной функции.

В мочевом пузыре сконцентрированы бета₃-адренорецепторы, антагонисты которых обладают релаксирующим эффектом. Селективный ингибитор бета₃-рецепторов мирабегрон уже зарегистрирован в России, и мы считаем, что он может быть альтернативой антимускариновым препаратам.

СНМП как ДГПЖ

«У мужчин, кастрированных до пубертатного периода, не развивается ДГПЖ», – таков результат долгосрочных исследований евнухов и христиан-сектантов, осколотивших своих чад «во имя чистоты плотской и духовной». У повзрослевших кастрированных мальчиков простата зачастую вовсе не пальпировалась, а при аутопсии размеры железы были практически младенческими. И хотя результаты демонстрируют важность тестостерона для роста и развития простаты, все-таки они наталкивают на мысль о том, что без тестостерона гиперплазия не развивается.

Данные о наследственном дефиците 5-альфа-редуктазы и клиническом опыте использования ингибиторов данного фермента подтверждают значимую роль тестостерона в гиперплазии предстательной железы.

Ученые рассматривали возможность использования антиандрогенов и агонистов ЛГРГ для терапии СНМП. В целом применение

данных групп препаратов непримлемо в силу тяжелых побочных эффектов, связанных с кастрацией. Но, учитывая, что антагонисты ЛГРГ могут приводить к среднему уровню гормональной супрессии, не вызывая побочных эффектов, связанных с кастрацией, некоторые исследования (в том числе клинические) все-таки были проведены.

F. Debruyne et al. внутримышечно вводили цетрореликс пациентам с СНМП. Оказалось, что антагонист ЛГРГ улучшает IPSS на 4 балла по сравнению с плацебо. Тем не менее данные результаты не были подтверждены в третьей фазе исследования, и в настоящее время использование данной группы препаратов уже не рассматривается в качестве потенциальной или клинически значимой терапевтической опции.

Тестостерон для СНМП

Имеются и противоположные данные о роли тестостерона в патогенезе СНМП. Например, известно, что поздний гипогонадизм ассоциирован не только с ЭД, но и с СНМП. Ученые также рассматривают дефицит тестостерона в качестве важного прогностического фактора в отношении ДГПЖ, отмечая, что андрогенный дефицит приводит к многообразию СНМП, не связанных с ДГПЖ, – прежде всего к noctурии.

Я рассматриваю применение ингибиторов ФДЭ-5 как многообещающее направление, которое помимо облегчения СНМП дает пациентам дополнительный бонус – улучшение эректильной функции.

В одном из исследований (M.D. Trifiro et al., 2009) ученые показали, что высокое соотношение тестостерона и дигидротестостерона, а также высокий уровень биодоступного тестостерона связаны с пониженным риском развития СНМП. Четкого объяснения этому нет, но, по всей видимости, «тестостероновый эффект» связан с влиянием андрогенов на автономную нервную систему, кровообращение органов таза, синтез оксида азота, ФДЭ-5 и другие «регуляторные звенья».

Влияние андрогенной заместительной терапии на СНМП K. Shigehara et al. проверили в небольшом исследовании, включившем мужчин с сочетанными расстройствами – СНМП и гипогонадизмом. Как результат, исследователи отметили улучшение симптомов по IPSS, Q_{max} и объема остаточной мочи.

Витамин D₃

Простатическая часть уретры, простата и мочевой пузырь содержат рецепторы к витамину D₃. Элокальцитол – агонист рецептора витамина D₃ – может снижать интенсивность пролиферации клеток стромы простаты и индуцировать апоптоз, не затрагивая сигнальные пути андрогенного рецептора.

В экспериментах на животных с инфравезикальной обструкцией элокальцитол не предотвращал гипертрофию мочевого пузыря, но снижал частоту спонтанных сокращений и сокращаемость детрузора, которые появляются при увеличении массы мочевого пузыря. В исследовании второй фазы, несмотря на способность агониста останавливать увеличение простаты, не было отмечено значимых отличий между группами плацебо и элокальцитолола.

Я не считаю это направление, как и предложение использовать антиандрогены и антагонисты ЛГРГ, перспективным. В принципе, эти исследования могут быть интересными для фундаментальной науки, но в ближайшем будущем они вряд ли будут применяться в клинической практике.

Интересные направления

Достаточно интересным мне видится использование ботулинического токсина и инъекций в простату. В настоящий момент на третьей стадии клинических исследований находится препарат Наймокс (Nymox), который, вероятно, может быть достаточно эффективным и удобным в терапии СНМП.

Наймокс (NX-1207) – это новая молекула с очевидной проапоптотической активностью. Под контролем трансректального ультразвукового исследования единственная инъекция (2,5 мг) вводится в простату, где вызывает локальную гибель клеток и уменьшение объема железы.

В целом же необходимо отметить, что в настоящий момент активно исследуются как причины СНМП, так и молекулы, позволяющие точно и эффективно решать проблему. И тем не менее открытым остается вопрос правильной диагностики: «найти виновный орган», а значит, и определить

правильную тактику лечения не так уж просто. И хотя исследуемых молекул много (в том числе не упомянутые в настоящем материале ингибиторы Rho-киназы, блокаторы пуринергических рецепторов, ингибиторы ECE и др. – Прим. ред.), еще предстоит пройти долгий путь, прежде чем положительные результаты получат пациенты, а не только исследователи.

Наиболее перспективными с клинической точки зрения я считаю альфа-блокаторы и их комбинации с препаратами других групп, антагонисты бета₃-адренорецепторов и ингибиторы ФДЭ-5. Остальные направления в настоящий момент представляют больше фундаментальный, а не клинический интерес. **УС**

Интервью записала и обработала Алла Солодова

УРОРЕК®

Силодозин 4 мг; 8 мг

Учащенное мочеиспускание

Никтурия

Чувство неполного опорожнения мочевого пузыря

Качество жизни

ДЛЯ ИДЕАЛЬНОГО СЧЕТА в матче против ДГПЖ

УРОРЕК® является наиболее уроселективным альфа-блокатором. УРОРЕК® способствует облегчению симптомов ДГПЖ, повышая уровень качества жизни пациентов.

- ✓ САМЫЙ УРОСЕЛЕКТИВНЫЙ АЛЬФА-БЛОКАТОР НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ^{1,2,3}
- ✓ БОЛЕЕ ВЫСОКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ В ОТНОШЕНИИ СИМПТОМОВ, ВЫЗЫВАЮЩИХ НАИБОЛЬШЕЕ БЕСПОКОЙСТВО У ПАЦИЕНТОВ (одновременно учащенное мочеиспускание, никтурия и чувство неполного опорожнения мочевого пузыря), по сравнению с тамсулозином⁴
- ✓ ДОКАЗАННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ В ОТНОШЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ⁵

1. Tatemichi S. et al. Yakugaku Zasshi 2006; 126: 209-216
2. Schwinn DA, Roehrborn CG. Int J Urol 2008; 15: 193-199
3. Lepor H. Rev Urol 2009; 11: S9-S13
4. Montorsi F. Eur Urol Suppl 2010; 9: 491-495
5. Silodosin Integrated Summary of Safety, September 2008, data on file

ООО «Русфик». Москва, Краснопресненская набережная, 12, ЦМТ, офис 747
Тел./факс: + 7 495 258-20-06, www.rusfic.ru

Для медицинских работников и специалистов здравоохранения.



RECORDATI

Курение усиливает риск внутрипузырного рецидива после радикальной нефруретерэктомии при раке верхних мочевых путей

Курение в анамнезе и мужской пол – это независимые факторы риска внутрипузырного рецидива после радикальной нефруретерэктомии. Большое количество выкуриваемых сигарет увеличивает частоту внутрипузырного рецидива при раке верхних мочевых путей (РВМП).

РВМП составляет 5 % всех уротелиальных опухолей. После радикальной нефруретерэктомии может развиваться местный, внутрипузырный или отдаленный рецидив, с частотой внутрипузырного рецидива около 15–50 %. В литературе описано несколько факторов риска внутрипузырного рецидива, включая пол, морфологические характеристики опухоли, локализацию и мультифокальность, а также проведение адъювантной химиотерапии, однако из-за методологических недостатков клинико-патологические прогностические факторы достоверно не изучены.

Хорошо известно, что курение оказывает влияние на характеристики уротелиального рака. Хотя при раке мочевого пузыря показана корреляция курения с частотой рецидива и выживаемостью, получено мало данных по РВМП, включая внутрипузырный рецидив.

Масаюки Хагивара (Masayuki Hagiwara) из Университета Кейо (Япония) с коллегами определяли прогностическую значимость курения как независимого фактора риска внутрипузырного рецидива.

В исследование включены 245 последовательных пациентов, которым проводилось хирургическое лечение РВМП в 3 институтах с 1994 по 2010 г. Проведен анализ взаимосвязи между развитием внутрипузырного рецидива и клинико-патологическими параметрами, включая курение.

Трехлетняя выживаемость без внутрипузырного рецидива составила 32,6 % у пациентов, продолжавших курить, 37,6 % у бывших курильщиков и 61,7 % у не куривших больных. Многофакторный анализ показал, что мужской пол (ОР – 1,90) и курение (ОР при курении в анамнезе по сравнению с отсутствием курения – 1,77, при курении в настоящее время по сравнению с отсутствием курения – 1,58) были независимыми прогностическими факторами риска внутрипузырного рецидива. Также обнаружено, что частота внутрипузырного рецидива после радикальной нефруретерэктомии выше у пациентов, выкуривающих более 50 пачек в год (ОР – 2,00).

Практикующие урологи не рискуют облучиться сверх меры

Исследователи из медицинского центра при Калифорнийском университете в Сан-Диего под руководством Сета Коэна (Seth A. Cohen) обнаружили, что у практикующих урологов нет данных об объемах радиационного воздействия при хирургическом лечении мочекаменной болезни (уролитиаза). Поэтому они оценили суммарную дозу, получаемую урологом за 9 мес.

В работе представлены серии флюороскопических облучений опытного хирурга, работавшего в академическом общем центре по удалению камней в период с апреля по декабрь 2011 г. Измерения радиационного воздействия проводились термолюминесцентным дозиметром, надетым с наружной стороны чехла для защиты щитовидной железы хирурга. Оценка радиационного воздействия (мбэр) за месяц вычислялась в соответствии с числом флюороскопических процедур при помощи диаграммы разброса для подсчета коэффициента корреляции рангов Спирмена.

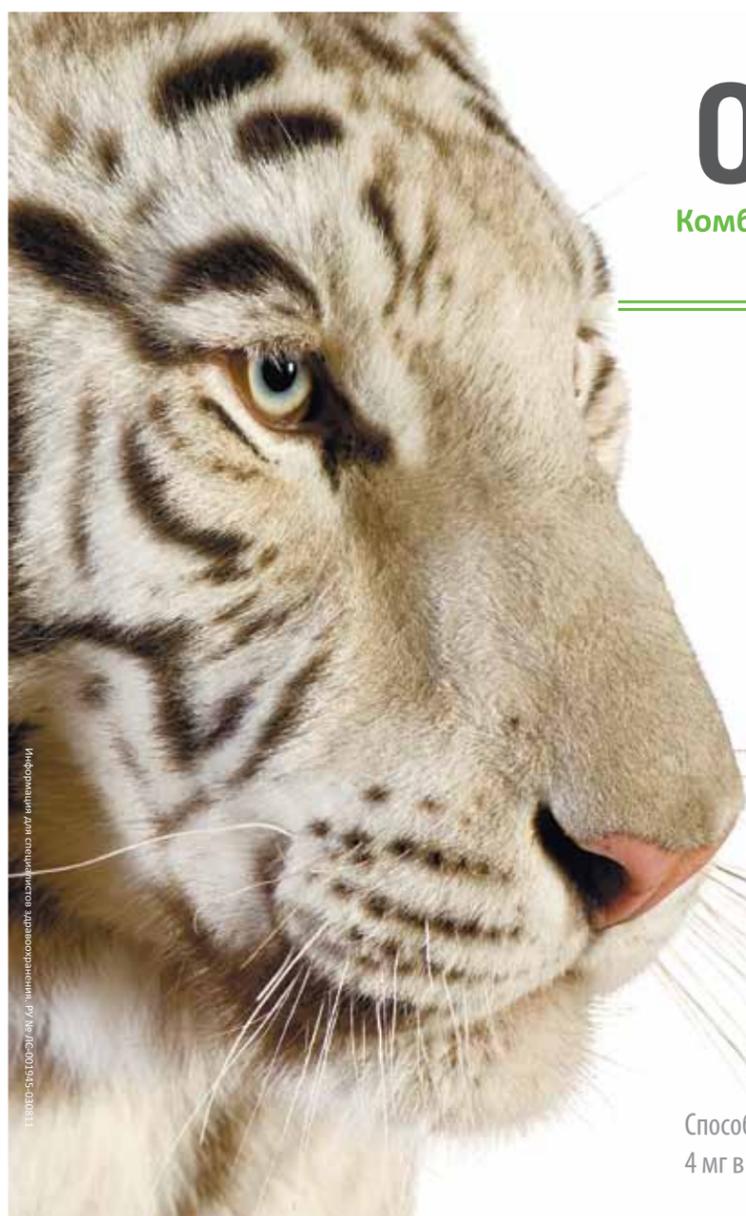
Получилось, что общее радиационное излучение за 9 мес в глубинной эквивалентной дозе составило 87 мбэр, эквивалентная доза облучения хрусталика глаза – 293 мбэр, поверхностная эквивалентная доза – 282 мбэр. Общая продолжительность флюороскопических процедур составила 252,44 мин. За это время организм врача перенес излучение от проведения 64 уретероскопий, 29 чрескож-

ных нефролитотомий, 20 цистоскопий с размещением уретерального стента, 9 ударно-волновых литотрипсий, 9 ретроградных пиелограмм, 2 эндоуретеротомий и 1 баллонной дилатации мочеточника.

Коэффициенты корреляции рангов Спирмена для вычисления взаимосвязи между продолжительностью флюороскопии и радиационным воздействием были незначительными для глубинной эквивалентной дозы ($p = 0,6$; ρ Спирмена = 0,2), эквивалентной дозы облучения хрусталика глаза ($p = 0,6$; ρ Спирмена = 0,2) и поверхностной эквивалентной дозы ($p = 0,6$; ρ Спирмена = 0,2).

Исследователи сочли, что общее радиационное воздействие за 9 мес не превышает принятые годовые нормы (5000 мбэр для глубинной эквивалентной дозы, 15 000 мбэр для эквивалентной дозы облучения хрусталика глаза и 50 000 мбэр для поверхностной эквивалентной дозы). Хотя продолжительность флюороскопии не соотносилась с радиационным воздействием, авторы считают, что дальнейшие изыскания в этой области могут открыть некоторые связующие факторы, например, наличие ожирения у пациента или расстояние от уролога до источника радиации.

Информация предоставлена порталом Проуро.рф



*Первый российский аналог соматостатина Октреотид • депо

Комбинированная терапия кастрационно-резистентного рака предстательной железы¹

№1*

Эффективность и безопасность Октреотид-депо доказана клиническими исследованиями, подтверждена практикой

Будь уверен!



ДЕПО
ФОРМА
в/м 1 раз
в 28 дней

- 60%* снижение уровня ПСА²
- 88%* отсутствие прогрессирования заболевания в течение 8 мес.²
- 80%* уменьшение или отсутствие болевого синдрома²
- 85%* объективный положительный ответ на лечение¹

Способ применения и дозы: Октреотид-депо 20 мг в/м 1 раз в 28 дней в комбинации с дексаметазоном: 4 мг в сутки в течение месяца, далее 2 мг в сутки в течение 2-х недель, далее 1 мг в сутки (поддерживающая доза)

ЗАО ФАРМ-СИНТЕЗ
115419 Москва, 2-ой Рощинский проезд, 8
Тел(495) 796-94-33, факс (495) 796-94-34
E-mail: info@pharm-sintez.ru
www.pharm-sintez.ru



* – % количества пациентов.
1. А.Д. Каприн, Н.Ю. Добровольская, Р.А. Гафранов, С.В. Фастовцев ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии Росмедтехнологий». Новая медицинская технология: «Октреотид-депо в комбинированной терапии больных с гормонорезистентным раком предстательной железы». Москва, 2009.
2. И.Г. Русских, А.А. Пиндусов «Современное представление о лечении кастрационно-резистентного рака предстательной железы». Журнал «Практическая онкология» № 13 №3, 2012/
Д.И. Егоров, С.А. Вираманян «Лечение кастрационно-резистентного метастатического рака предстательной железы. Опыт применения». Алтайский государственный медицинский университет. Алтайский филиал РОНЦ имени Н.Н. Блохина РАМН г. Барнаул 2012 г.

Посткоитальный цистит: когда в дело вступает хирургия



Борис Кириллович Комяков

Д.м.н., проф., зав. кафедрой урологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России

komyakovbk@mail.ru

В последние несколько лет циститу уделяется огромное внимание на всех урологических мероприятиях, встречах врачей смежных специальностей и в профессиональной литературе. Незнание коллегами других специальностей данной патологии приводит к неправильной трактовке и, как следствие, к выработке ошибочной тактики лечения.

Поэтому мы решили снова поднять тему посткоитального цистита в беседе с заведующим кафедрой урологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, д.м.н., проф. Борисом Кирилловичем Комяковым. Однако мы решили исключить из рассмотрения вопрос медикаментозного лечения и сконцентрировать внимание на возможностях хирургических методов.

– Борис Кириллович, какие причины возникновения посткоитального цистита Вы считаете основными?

– Кроме общеизвестных причин возникновения бактериального цистита (наличие микроорганизма, его проникновение в мочевой пузырь), существуют предрасполагающие факторы, способствующие развитию посткоитального цистита. Собственно, само название данной формы цистита говорит о том, что его провоцирует и поддерживает половой акт. Анатомической же предпосылкой к нему является влагалищная эктопия (ее еще называют женской гипоспадией) наружного отверстия уретры, при которой оно изначально располагается на границе или передней стенке влагалища. Значительно чаще у женщин встречается приобретенное патологическое состояние, именуемое гипермобильностью дистального отдела мочеиспускательного канала, т.е. его повышенная подвижность в связи с наличием уретрогименальных спаек. Такое состояние при половом акте способствует смещению уретры во влагалище и ретроградному инфицированию нижних мочевых путей влагалищной микрофлорой.

– Есть ли какие-то специальные диагностические приемы в распознавании эктопии наружного отверстия уретры?

– Конечно, это прежде всего правильно собранный анамнез – молодой возраст, появление дизурии после начала половой жизни, возникновение или обострение цистита спустя 12–36 ч после половых контактов. При осмотре больных на гинекологическом кресле надо оценивать состояние слизистой преддверия влагалища, расположение наружного отверстия мочеиспускательного канала, наличие его зияния и присутствия уретрогименальных спаек, степень ригидности гименального кольца или его остатков, обуславливающих интравагинальное смещение наружного отверстия уретры при половом акте. Далее проводится исследование по методике О’Доннел–Хиршхорна и общепринятые обследования – общий анализ мочи, анализ на инфекции, передающиеся половым путем, посевы мочи и отделяемого влагалища на флору и чувствительность к антибиотикам.

– Можно ли помочь таким пациенткам консервативными методами?

– В амбулаторных условиях данное состояние часто расценивается как неосложненный цистит. Регулярные и длительные курсы антибактериальной терапии не только не улучшают состояние пациенток, но и, как правило, приводят к развитию резистентности микрофлоры к большинству антибиотиков. Единственным эффективным методом лечения посткоитального цистита в результате гипермобильности и влагалищной эктопии уретры является хирургический. Впервые на это указал Р. О’Доннел в 1959 г. В 1965 г. – Р. Хиршхорн предположил, что билатеральная гименотомия может снизить частоту рецидивирования хронического цистита и предложил технически несложную корригирующую операцию – гименопластику. Однако она эффективна лишь при уретрогименальных спайках и небольшом смещении наружного отверстия уретры со своего нормального анатомического места. Спустя 3 года тот же Р. О’Доннел разработал хирургическую технику по перемещению наружного отверстия мочеиспускательного канала при его эктопии из влагалища в область клитора, которая была названа транспозицией уретры. В нашей стране в своем типичном варианте она стала применяться с конца прошлого столетия в клинике проф. О.Б. Лорана.

– Есть ли у этой операции какие-то недостатки? Или ситуации, при которых она будет неэффективной?

– Недостатком данной операции является единый продольный разрез влагалища для перемещения мобилизованного дистального отдела мочеиспускательного канала в область клитора. В результате возникающее натяжение уретры в длину создает давление на область укрывающих ее швов влагалища и делает ненадежной фиксацию наружного отверстия мочеиспускательного канала на новом месте. Это может привести к несостоятельности швов, обратному смещению уретры и рецидиву заболевания.

– Есть ли выход из этой ситуации? Может быть, есть модификации этой операции?

– Стремясь улучшить результаты хирургического лечения посткоитального цистита, в нашей клинике мы разработали модификацию операции по транспозиции дистального отдела уретры, подтвержденную патентом № 2408296 от 10.01.2011.

Техника операции следующая: в положении больной для влагалищных операций в мочевой пузырь вводится катетер Фолея, выполняется округлый окаймляющий разрез вокруг наружного отверстия уретры отступая от ее края 0,3–0,4 см и отдельный поперечный разрез стенки преддверия влагалища длиной 1,5 см, отступая 0,5–1,0 см от клитора (рис. 1). Затем тупым и острым путем выделяется дистальный отдел мочеиспускательного канала в зависимости от степени эктопии на протяжении от 1,5 до 3,5 см (рис. 2).

После чего через имеющийся сверху поперечный разрез влагалища формируется подслизистый тоннель до выделенной уретры. Конец ее захватывается зажимом и выводится через этот тоннель в область клитора (рис. 3). Выведенное в новом месте наружное отверстие мочеиспускательного канала по окружности фиксируется к слизистой преддверия узловыми викриловыми швами 3/0. Оставшаяся в области ранее располагающегося отверстия уретры влагалищная рана ушивается узловыми швами в продольном направлении (рис. 4).

Длина тоннеля зависит от степени смещения наружного отверстия уретры во влагалище, т.е. от расстояния между ним и клитором. По нашим данным, она варьировала от 1,0 до 3,0 см. При минимальной длине тоннель больше походил на перемычку из слизистого и подслизистого слоя или небольшой «мостик», который тем не менее так же надежно удерживал наружное отверстие уретры в заданном положении. Катетер Фолея удаляли из мочевого пузыря через день после операции, и большую выписывали на амбулаторное лечение.

– Сколько Вами прооперировано пациенток с посткоитальным циститом в результате эктопии и гипермобильности уретры?

– В урологической клинике СЗГМУ им. И.И. Мечникова на базе Санкт-Петербургского научно-практического центра урологии СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2» за 8 лет (с 2005 по 2013 г.) нами прооперировано 132 пациентки с посткоитальным циститом. У 19 из них была диагностирована влагалищная эктопия наружного отверстия уретры и у 113 была выявлена гипермобильность дистального отдела мочеиспускательного канала. Это были молодые женщины в возрасте от 18 до 42 лет. Они все были прооперированы – 28 женщинам была выполнена общепринятая пластика дистального отдела мочеиспускательного канала по О’Доннелу и 104 – по разработанному новому методу экстравагинальной транспозиции уретры. Добавление в название операции слова «экстравагинальная» уточняет, в каком направлении происходит смещение дистального отдела уретры, т.е. из влагалища наружу, а также указывает, о каком мочеиспускательном канале по половому признаку идет речь.

– Были ли осложнения?

– В раннем послеоперационном периоде у 6 пациенток произошло расхождение швов, обратное смещение уретры и рецидив заболевания. Из них 1 женщина оперирована по традиционному методу транспозиции дистального отдела уретры (I группа), а еще 1 – с использованием предложенной модификации (II группа).

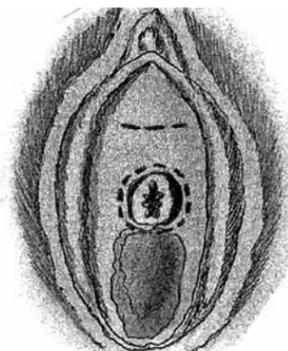


Рис. 1. Проекция разрезов вокруг наружного отверстия уретры и на планируемом ее новом месте в области клитора

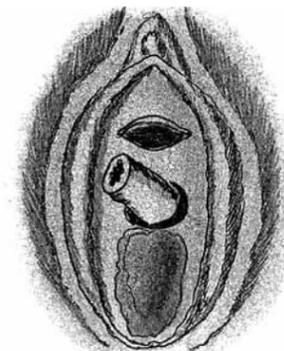


Рис. 2. Мобилизация дистального отдела мочеиспускательного канала

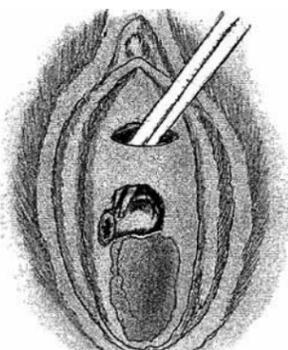


Рис. 3. Проведение выделенного дистального отдела уретры через сформированный тоннель в область ее будущего расположения

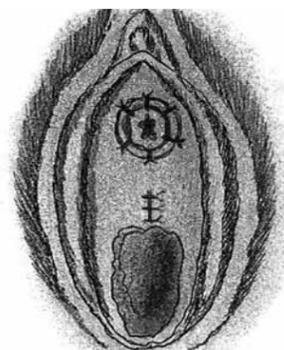


Рис. 4. Окончательный этап операции. Перемещенное и фиксированное на новом месте наружное отверстие уретры и продольные швы в месте его прежнего расположения

– Вы наблюдали за прооперированными женщинами? Каковы отдаленные результаты?

– Мы оценивали результаты как удовлетворительные и неудовлетворительные. К первым относились женщины, у которых отмечалось отсутствие жалоб, рецидивов инфекции нижних мочевых путей, связанных с половыми актами, а при контрольном обследовании через 3 мес проба по методу О’Доннел–Хиршхорна была отрицательной. В I группе пациенток (которым была выполнена стандартная транспозиция уретры) такие результаты были достигнуты у 23 больных. Но у 5 из них операция была неэффективной. Во II группе пациенток, которые были оперированы с использованием разработанного нового метода экстравагинальной транспозиции дистального отдела уретры, удовлетворительные результаты достигнуты у 103 женщин, а неудовлетворительные получены только у 1 пациентки.

– Считаете ли Вы, что новый метод эффективнее?

– Да, так как разработанный нами метод экстравагинальной транспозиции уретры позволяет уменьшить травматичность операции, снизить риск сужения уретры, повысить надежность фиксации наружного отверстия мочеиспускательного канала в области клитора и тем самым уменьшить вероятность рецидива заболевания.

Надеемся, что оригинальная методика лечения пациенток, предложенная проф. Б.К. Комяковым, – метод экстравагинальной транспозиции уретры – позволит уменьшить травматичность операции, снизить риск развития сужения уретры, повысить надежность фиксации наружного отверстия мочеиспускательного канала в области клитора и тем самым уменьшить вероятность рецидива заболевания. УС

Материал подготовила
Виктория Шадёркина

Фонд «Вместе против рака» и компания «Медицина сегодня» стали официальными партнерами IRCAD

25 ноября руководство Фонда поддержки противораковых организаций «Вместе против рака» и компании, специализирующейся на обучении врачебного персонала, «Медицина сегодня» с официальным визитом посетило Европейский институт хирургии в Страсбурге – IRCAD/EITS, который возглавляет проф. Жак Мареско. Результатом переговоров стало соглашение о том, что Фонд и компания «Медицина сегодня» теперь являются официальными представителями IRCAD EITS в России и на территории стран СНГ, получив эксклюзивное право на перевод и трансляцию международного

проекта «Web-хирургия» (WebSurg) среди русскоязычных пользователей.

Данное соглашение также упростило согласование и процесс получения виз для врачей, которые будут проходить образовательные курсы в исследовательском институте в Страсбурге. Фонд и компания «Медицина сегодня» понимают значимость обучения малоинвазивной хирургии, которая позволяет сократить постоперационный период и, соответственно, издержки на содержание пациентов. Еще не являясь официальными партнерами

исследовательского института, они с марта 2013 г. направили туда на обучение 48 российских врачей из Москвы и дальних регионов России.

«Очень важно уделять внимание качественному образованию хирургов, воспитывая в России и на постсоветском пространстве первоклассных специалистов, – комментирует соглашение президент фонда «Вместе против рака» Игорь Георгиевич Русаков. – Уникальность Института хирургии в Страсбурге – это возможность практики «живой» хирургии под руководством специалистов с мировым именем и обмен международным опытом. Наша цель – знакомство врачей с современными инновационными методами, которые объединяют хирургию и информационные технологии».

Ежегодно около 4 тыс. хирургов со всего мира проходят обучение у команды, состоящей из 800 международных экспертов. Практические тренинги на мини-пигах проводятся

В 2001 г. проф. Мареско провел революционную для мира медицины «операцию Линдберг», объединив хирургию с информационными технологиями. Управляя роботизированной консолью в Нью-Йорке, он искусно удалил желчный пузырь пациенту, который находился в это время в Страсбурге. Этот опыт определил дальнейшую философию IRCAD.

«Наши сотрудники с удовольствием помогут врачам подобрать наиболее подходящие для них курсы, проконсультируют по выбранной программе и заинтересовавшему эксперту, а также обеспечат визовую и логистическую поддержку, – говорит руководитель «Медицины сегодня» Катерина Ярова. – Опыт в организации обучающих программ в России и за рубежом и знание внутренней структуры IRCAD сделали из наших экспертов первоклассных помощников по подбору образовательных программ за рубежом. Успех наших врачей,

Фонд «Вместе против рака» и компания «Медицина сегодня» понимают значимость обучения малоинвазивной хирургии, которая позволяет сократить постоперационный период и, соответственно, издержки на содержание пациентов.

на автоматизированных хирургических площадках в экспериментальных операционных, подключенных к системе высокоскоростной передачи изображений. Лекции и прямые трансляции ведут талантливые хирурги – эксперты в области хирургии органов пищеварения, колоректальной, бариатрической, метаболической, урогенитальной, гинекологической, эндокринной, педиатрической, черепно-мозговой и артроскопической хирургии, а также желудочно-кишечной интервенционной эндоскопии, гибкой интервенционной эндоскопии и транслуминальной (чреспросветной) эндоскопической хирургии через естественные отверстия.

Тренинги по роботизированной хирургии проходят в 2 экспериментальных операционных IRCAD'a, которые оснащены роботами модели Da Vinci Si HD, хирургическими симуляторами и ассистирующими консолями. Уникальная система цветоподсветки показывает поведение сосудистой и желчевыводительной систем. Именно роботизированная хирургия и положила начало созданию IRCAD.

которые используют полученные знания на родине, – вот что делает нашу работу ценной».

Курсы IRCAD/EITS рекомендованы ведущими международными ассоциациями:

- Европейской ассоциацией эндоскопической хирургии (EAES);
- Обществом американских хирургов в области гастроинтестинальной эндоскопии (SAGES);
- Международной группой в области педиатрической эндохирургии (IPEG);
- Американским обществом гастроинтестинальной эндоскопии (ASGE);
- Европейским обществом гастроинтестинальной эндоскопии (ESGE)

и аккредитованы Европейским советом аккредитации непрерывного медицинского образования (EACCME) и институтом Европейского союза медицинских специалистов. **УС**

Материал подготовила
Ирина Хадасевич

МЕДИЦИНА СЕГОДНЯ

ОБУЧЕНИЕ И СТАЖИРОВКИ ВРАЧЕЙ за рубежом

Лучшая медицинская практика на базе ведущих медицинских клиник Франции, Германии, США, Испании, Японии, Китая, Швейцарии, Израиля и др.

ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ:

- По индивидуально разработанным программам для врачей и среднего медперсонала
- Стажировки на базе клиник
- Участие в школе-семинаре (выездные, телеобучение)
- Участие в показательных операциях университетских клиник

Заявку на обучение можно подать по:
тел.: 8 (495) 645-21-98
e-mail: info@protiv-raka.ru

Урология сегодня | № 6 (28) 2013

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

РЕДАКЦИЯ
 Главный редактор: Камолов Баходур
 Шеф-редактор: Шадёркина Виктория
 viktorishade@uroweb.ru

ВЕРСТКА
 Дизайнер-верстальщик: Гончарук Ольга

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

ПЕЧАТЬ
 ООО «Графика»
 Заказ № 328
 Тираж 10 000 экз.

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

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

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

Читайте в следующем номере:

- **Тканевая инженерия и регенеративная медицина** А. Солодова
- **11-я встреча EAU, секция онкоурологии** А. Солодова
- **Диагностика мужской инфертильности** М. Коган
- **Скрининг рака предстательной железы** А. Говоров