

В окружении
воспаления

4

Роботы
взрослеют

8

Понять
радиолога

12

Уроки
ESOU

16

От редактора



**Николай
Александрович
Григорьев**

д. м. н., профессор,
заведующий кафедрой
урологии Медицинской
школы ЕМС.

Уважаемые коллеги!

Это первое мое обращение к вам в качестве главного редактора газеты «Урология сегодня».

Вы знаете, что появлению этой газеты и ее успешному многолетнему развитию мы обязаны неиссякаемой энергии и организаторским способностям Баходура Шарифовича Камолова. Именно его творческий подход к жизни и здоровый авантюризм позволили собрать команду, которая публикует материалы, способные соперничать с любым профессиональным научным изданием. Полагаю, что никто не сможет упрекнуть газету «Урология сегодня» в выпуске некачественных текстов. На ее страницах всегда интересная, новая и достоверная информация с комментариями лучших отечественных и зарубежных специалистов. Мы все должны поблагодарить Б. Ш. Камолова за то, что у нас есть этот современный информационный ресурс, реагирующий на изменения во всех областях нашей профессиональной жизни.

Много лет назад Б. Ш. Камолов поделился со мной идеей создать газету для урологов. И я должен признаться, что довольно скептически отнесся к ней: тогда мне эта идея казалась неосуществимой и бесперспективной. Я ошибался! Газета появилась! Самое главное, что «Урология сегодня» сейчас является одним из наиболее читаемых урологических изданий в нашей стране. Свои ошибки нужно признавать, а если возможно, то и исправлять. Сегод-

ня, принимая должность главного редактора, я признаю свою ошибку. Стать главным редактором газеты «Урология сегодня» для меня не только большая честь, но и очень большая ответственность и я очень рассчитываю на вашу помощь, дорогие коллеги!

Образовательная миссия, пожалуй, — одна из самых важных составляющих профессиональной жизни врача. И наша газета — это открытая площадка для общения не только урологов, но и специалистов смежных дисциплин, чье мнение и опыт могут быть наиболее интересными для наших читателей. Именно поэтому мы с радостью приглашаем к сотрудничеству не только урологов. Пишите нам, предлагайте свои взгляды на содержание и оформление материалов. В текущем номере мы предлагаем новое решение — инфографику, размещенную в центре газеты. Ее можно использовать как самостоятельный плакат. Мы надеемся получить ваш отклик и предложения для разработки других подобных решений.

Если вы молоды и ваше имя еще неизвестно медицинской общественности, то это не означает, что вам нечего сказать: общение с молодыми коллегами и помощь им будут одной из важных задач нашей газеты. Мы ждем ваших материалов, идей и предложений. Требования к материалам прежние: честность и достоверность. Уверен, что совместными усилиями мы сможем сделать «Урологию сегодня» еще более популярной и интересной, читаемой и обсуждаемой.

Обязан напомнить, что 1 июня 2018 г. заканчивается прием тезисов и видеоклипов на предстоящий 29 Всемирный конгресс по урологии и достижениям в клинической урологии, который впервые будет проходить в Москве. Не откладывайте выполнение этой важной задачи. Достойные достижения заслуживают внимания, и не сомневайтесь в том, что такой будет признана именно ваша работа!

Тема номера

ПЭ: отличить от нормы

Задача врача — четко отличать преждевременную эякуляцию (ПЭ) от неправильного восприятия эякуляторной функции или завышенных ожиданий мужчины. О болезни и границах нормы, а также о неоднозначном отношении к диагнозу — в теме номера.

Масштабы распространенности преждевременной эякуляции (ПЭ) могут быть искажены. Сторонники такого взгляда отмечают, что жалобы на эякуляторные нарушения — это проявление ужесточающегося коитального императива, а также недостаточной осведомленности пациентов и врачей о вариантах нормы. Как результат — полнейший хаос: с одной стороны, не более 10 % больных обращаются за необходимой помощью, а с другой — часть мужчин с нормальной длительностью коитуса считают его слишком коротким.

Сторонники мнения об ужесточающемся коитальном императиве отмечают, что ПЭ в исключительно редких случаях становится причиной нарушения фертильности. С такой точки зрения, эякуляторное нарушение даже утрачивает медицинскую значимость, актуализируя психологические компоненты: нарушение взаимоотношений в паре, стресс, низкую самооценку и другое. Стоит отметить, что это и другие критические мнения, в том числе и о влиянии фарминдустрии на эпидемиологию и «подогрев интереса»,

в литературе высказаны медицинскими историками. Сами же урологи говорят не об избыточном, а о недостаточном внимании к проблеме, которая, несмотря на имеющуюся долю субъективности, действительно требует лечения.

За полувековую историю изучения ПЭ научное сообщество многократно пересмотрело критерии заболевания и варианты нормы, изучило этиологические факторы ПЭ и терапевтические мишени. Для лечения ПЭ на настоящий момент предназначен лишь один препарат. Но профессиональные ассоциации допускают применение и препаратов, не предназначенных для лечения ПЭ, — это накладывает дополнительную ответственность на врача.

Российские эксперты рассказали УС о клинических аспектах ПЭ и том, как отличить вариант нормы от нарушения и когда можно назначать лекарственные средства, не предназначенные для лечения ПЭ.

Продолжение на с. 2 ▶

2018 | ВАЖНЫЕ
МЕРОПРИЯТИЯ

IV НЕВСКИЙ
УРОЛОГИЧЕСКИЙ
ФОРУМ

7-8 июня
uroforum.ru

РООУ
Российское общество онкоурологов

XIII Конгресс
российского
общества
онкоурологов

4-5 октября
roou-congress.ru



29-й Всемирный
конгресс по
видеоурологии
и достижениям
в клинической урологии

5-7 октября
videourology2018.com

ПЭ: ОТЛИЧИТЬ ОТ НОРМЫ

Российские эксперты рассказали УС об истинных эякуляторных нарушениях и их медикаментозном лечении. А также о том, когда не нужно безоговорочно выполнять рекомендации Европейской ассоциации урологов (EAU).



Ника Джумберович Ахведиани

Доктор медицинских наук, профессор кафедры урологии Сеченовского университета, руководитель направления мужской сексуальной и репродуктивной медицины Европейского медицинского центра



Бадри Роиннович Гвасалия

Заведующий отделом андрологии 3 ЦВКГ им. А. А. Вишневого, доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической андрологии ФПК МР РУДН

До 40 % мужчин имеют преждевременную эякуляцию (ПЭ), однако не более чем у 1 % эякуляция происходит до пенетрации или менее чем через минуту после нее [1]. Согласно опросу, охватившему более 1200 россиян, от ПЭ страдают 28 % мужчин [2].

Если обратиться к литературе, то обнаруживается значительный разброс в распространенности ПЭ, и в некоторых источниках отмечена корреляция с культурой, религией, расой и т.д. Кроме того, на продолжительность коитуса может влиять сексуальный опыт или предшествующее воздержание. Объективно оценивать данные об эпидемиологии сложно как в силу указанных факторов, так и из-за разнородности используемых опросников. Например, некоторые из них предполагают дихотомическую шкалу: ответ да/нет на вопрос об удовлетворенности продолжительностью коитуса.

— Отсутствие четких диагностических критериев и «правильных» опросников остается проблемной стороной в выявлении и лечении ПЭ и в действительности может исказить истинную эпидемиологическую ситуацию, — отмечает Б. Р. Гвасалия.

Достоверная диагностика

В пятом издании «Руководства по диагностике и статистике душевных расстройств» (DSM-V), выпущенном в 2013 году, состояние определяется как ПЭ в случае, если время интравагинальной задержки семяизвержения (ВИЗС, англ. — *intervaginal ejaculation latency time*, IELT) составляет около 1 минуты во всех или практически всех эпизодах половых отношений и является причиной психологического дискомфорта для пациента и/или его партнерши [4]. В рекомендациях EAU точкой отсчета принята продолжительность коитуса длительностью 3 минуты и менее [5].

— Мы предлагаем ориентироваться на темпоральную границу 2 минуты, — отмечает проф. Н. Д. Ахведиани. — Она определена на основании опроса более 1200 русскоговорящих респондентов, проведенного в 2007 году.

Согласно определению, сформулированному российскими экспертами, преждевременным является семяизвержение, возникающее постоянно или периодически без должного контроля над ним до введения полового члена во влагалище (*ejaculatio ante portas*) или менее чем через 2 мин после интродукции (*ejaculatio praecox*), что сопровождается беспокойством мужчины состоянием эякуляторной функции, сексуальной неудовлетворенностью партнерши и межличностными конфликтами в паре.

Важным в этом и других определениях является упоминание о психологическом дискомфорте. Дело в том, что не все пациенты беспокоятся о скорости наступления эякуляции даже в случаях, когда она действительно происходит преждевременно. И, напротив, многие мужчины при нормальном или даже длительном половом акте высказывают беспокойство и неуверенность. В этом вопросе значение имеют ожидания партнерши, ее удовлетворенность, социокультурные установки, активность половой жизни и другие факторы. Например, отмечено, что мужчины, имеющие активную половую жизнь и частые сексуальные контакты, в меньшей степени проявляют беспокойство по поводу продолжительности коитуса в сравнении с теми, кто имеет нечастые половые отношения [6]. По всей видимости, именно частотой половых контактов мужчины восполняют дискомфорт от непродолжительного коитуса.

Заподозрить наличие эякуляторного нарушения и предположить необходимость лечения можно, если определить длительность полового акта.

Секундомер. Казалось бы, объективный, доступный и понятный диагностический инструмент. Однако EAU рекомендует не измерять продолжительность полового акта, а ориентироваться лишь на субъективное восприятие времени.

— Но кто из мужчин способен объективно отмерять секунды или минуты во время коитуса? — спрашивает проф. Н. Д. Ахведиани. — Мы не знаем. Поэтому мы все же просим пациентов измерять продолжительность полового акта по секундомеру, несмотря на то, что EAU данный диагностический метод не рекомендует.

Также, согласно современным рекомендациям EAU, для диагностики ПЭ не рекомендовано применять опросники. Такая позиция обоснована отсутствием доказательств диагностической ценности анкет, оценивающих эякуляторную функцию в баллах.

— В 2012 году мы предложили и по настоящее время успешно используем не количественный опросник, позволяющий определить наличие пяти обязательных признаков ускоренного семяизвержения, — Критерии Преждевременного Семяизвержения, сокращенно КриПС, — продолжает проф. Н. Д. Ахведиани.

КриПС не предназначена для количественного анализа или оценки степени тяжести ПЭ. КриПС — это анкета первичной диагностики:

при положительном ответе на 5 имеющихся вопросов можно говорить о наличии ПЭ, если же один из признаков ПЭ перестает определяться по КриПС, то проблему можно считать исчерпанной.

— Идея балльной оценки ПЭ, подобно тем опросникам, которые существуют для выявления и оценки эректильной дисфункции или симптомов нижних мочевых путей, заманчива, — отмечает проф. Н. Д. Ахведиани. — Однако подобный «калькулятор» не имеет практического смысла, для первичной диагностики нам достаточно иметь представление о наличии обязательных признаков ПЭ.

ПЭ в России

В РФ общая встречаемость первичной и вторичной форм ПЭ составляет 20,1 % и 7,6 % соответственно. В 15 % наблюдений констатировано *ejaculatio ante portas*, а в 85 % случаев — *ejaculatio praecox*. Несмотря на такие эпидемиологические данные, в т. ч. высокую встречаемость первичных форм ПЭ, не более 10 % россиян обращаются за медицинской помощью. В исследовании PEPA (the Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes [PEPA] survey), охватившем более 12 000 респондентов Европы и США, также не более 10 % мужчин обращались за медицинской помощью.

Данные приведены согласно опросу 1248 респондентов, проведенному в 2007 г.

Как отметили эксперты, КриПС решает проблему многих опросников, которые, по мнению критиков, искажают истинные эпидемиологические данные.

В рекомендациях EAU также отмечено отсутствие необходимости нейрофизиологических тестов для выявления ПЭ. Но определить гиперчувствительность головки полового члена без биотезиометрии практически невозможно. И в связи с этим эксперты также высказывают критику, отмечая, что медицинская проблема изучается только в отношении гетеросексуальных отношений и продолжительности генитально-генитального коитуса. То есть в отрыве от самого пациента. «Диагноз основан не на реакции на стимуляцию как таковую, а на позиции полового члена и скорости наступления эякуляции в заданной позиции», — отмечают Ilva Söderfeldt et al. в обзоре с критичным взглядом на ПЭ.

По мнению экспертов, определение порога чувствительности полового члена — один из основных этапов выявления и диагностики ПЭ [7].

— Если не проводить биотезиометрию, то приходится ориентироваться лишь на данные не очень точного лидокаинового теста, — поясняет проф. Н. Д. Ахведиани. — В свете того, что в РФ продается не вполне одинаковый по качеству лидокаиновый спрей, неточность последнего становится просто анекдотичной.

Этиология ПЭ

Причины ПЭ многообразны. В литературе и рекомендациях профессиональных сообществ отмечена связь с тиреоидными гормонами, диабетом, ожирением, ЭД и простатитом. Перечень факторов риска ПЭ регулярно пополняется. Но они не систематизированы и полноценно не приведены

в рекомендациях профессиональных ассоциаций. Основная классификация, предлагаемая в большинстве профессиональных сообществ, — это разделение ПЭ на первичную (врожденную) и вторичную (приобретенную).

— Первичная ПЭ определяется с момента сексуального дебюта и связана, прежде всего, с неврологическими причинами, которые мы можем разделить на центральные (серотонин-зависимые) и периферические, — поясняет проф. Н. Д. Ахведиани.

Периферические причины преимущественно связаны с избыточной иннервацией головки полового члена.

— В нескольких исследованиях было доказано наличие значительно большего количества, по сравнению с общей популяцией, числа нервных стволов дорзального пучка пениса у пациентов с ПЭ, — продолжает проф. Н. Д. Ахведиани. — Избыточная иннервация приводит к более высокой чувствительности полового члена, что обуславливает малую продолжительность фрикционной фазы коитуса до момента эякуляции.

Центральные причины преждевременного семяизвержения связаны с недостатком серотонина в синаптических щелях серотонинэргических нейронов церебрального эякуляторного центра. Это зависит от активности нейрональных серотониновых рецепторов и строения белка, называемого транспортером серотонина. Предполагается, что центральная регуляция эякуляции может нарушаться вследствие психогенных причин.

— Также первичное преждевременное семяизвержение связывают с некоторыми аномалиями развития крайней плоти: короткой уздечкой полового члена и функциональным фимозом, которые вызывают дискомфорт во время коитуса и вынуждают пациента быстрее достигать эякуляции, — поясняет проф. Н. Д. Ахведиани. — В таких случаях, соответственно, показано хирургическое лечение.

Вторичная форма заболевания носит приобретенный характер и может сочетаться с такими заболеваниями, как хронический простатит, эректильная дисфункция и гипертиреоз. Ожирение, сахарный диабет и гиперактивный мочевой пузырь могут повышать риск развития ПЭ, однако данные по этому вопросу пока представлены в литературе ограниченно.

В рекомендациях EAU отмечено, что при лечении вторичной формы ПЭ необходимо

исключить наличие ЭД и простатита. Основными методами диагностики ПЭ являются тщательный сбор медицинского и сексуального анамнеза, определение ВИЗС и физикальное исследование.

Таблетка от ПЭ

Фармакотерапия — это основа лечения ПЭ, отмечено в рекомендациях EAU. Однако до сих пор единственным лекарственным препаратом, имеющим показание для лечения пациентов с ПЭ, остается дапоксетин. Он относится к группе селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). В отличие от других препаратов данной группы, дапоксетин не обладает накопительным эффектом, что значимо выделяет препарат на фоне других лекарственных средств. Дапоксетин воздействует на центральные причины ПЭ, о которых уже было сказано выше.

— Именно короткий период полувыведения дапоксетина позволяет безопасно применять его при любой форме ПЭ, требующей назначения СИОЗС, — объясняет Н. Д. Ахвледиани.

СИОЗС появились в урологической практике в 70-х годах и действительно изменили представление о консервативной терапии ПЭ. С 1990-х годов урологи отмечают «фармакологический бум»: препараты из группы СИОЗС начинают широко применять не по психиатрическим показаниям, а off-label — при ПЭ.

— Ранее для лечения ПЭ использовались СИОЗС, имеющие длительный период действия, из-за чего проявлялись тяжелые нежелательные явления вплоть до повышения риска суицида, — рассказывает проф. Н. Д. Ахвледиани.

Короткий период полувыведения — одно из достоинств дапоксетина, позволившее приме-

нять препарат для лечения ПЭ. Однако из-за короткого периода полувыведения дапоксетин приходится применять регулярно или по требованию (on demand), что может снижать комплаентность пациентов, в том числе и из-за финансового бремени [8].

— Проблема снижения комплаентности вследствие высокой стоимости в большей степени актуальна для Европы и США, — отмечает проф. Н. Д. Ахвледиани. — В Российской Федерации с осени 2017 года производится и продается официальный препарат МНН дапоксетина — Примаксетин®, стоимость одной таблетки которого в среднем составляет около 100 руб., что для большинства пациентов не становится фактором ограничения.

Начальная дозировка препарата составляет 30 мг, однако в отсутствие желаемого эффекта врач может повысить дозировку до 60 мг. Эксперты также обращают внимание, что действие препарата продолжается 1,5–2 часа, и это необходимо учитывать при применении по требованию. Кроме того, согласно инструкции, препарат показан пациентам в возрасте от 18 до 64 лет. Он входит в список «Б» и доступен для назначения отечественными урологами, что полностью соответствует клиническим рекомендациям EAU.

EAU отмечает, что из всех лекарственных средств для лечения ПЭ предназначен только дапоксетин, но допускает и применение препаратов, которые не предназначены для терапии ПЭ. По словам экспертов, со всеми назначениями off-label стоит быть предельно осторожными, так как они требуют соблюдения дополнительных условий.

— Согласно рекомендациям, возможно назначение местных анестетиков (спреи и гели на основе лидокаина и прилокаина) за 20–30 мин до полового акта, которые

в сочетании с поведенческой терапией дают приемлемый эффект при ПЭ, — рассказывает Б. Р. Гвасалия. — Согласно EAU, возможно также применение ингибиторов ФДЭ-5, которые, однако, достоверно не влияют на ВИЗС, но повышают уверенность, снижают тревожность и уменьшают рефрактерный период до повторной эрекции. Мы применяем ингибиторы ФДЭ-5 при ПЭ с сопутствующими симптомами ЭД.

Проф. Н. Д. Ахвледиани обращает внимание, что заменять дапоксетин другими СИОЗС нельзя. Несмотря на их присутствие в рекомендациях EAU, назначение СИОЗС возможно при наличии психиатрического диагноза. Если же вопрос касается только эякуляторного нарушения, то из всей группы СИОЗС андролог может назначать только дапоксетин, который в РФ представлен препаратом Примаксетин®.

Фармакотерапия — это основа лечения ПЭ, отмечено в рекомендациях EAU. Хирургическое лечение не рассматривается в качестве альтернативы, но в ряде случаев оно может помочь. Перед применением агрессивных методик необходимо провести дополнительные исследования.

Препараты из группы ингибиторов ФДЭ-5 также не предназначены для лечения ПЭ, и поэтому при отсутствии нарушений эрекции их применение нецелесообразно.

— С анестетиками ситуация неоднозначна, — продолжает проф. Н. Д. Ахвледиани. — Если с помощью биотезиометрии полового члена подтверждена высокая чувствительность головки, то вполне обоснованно местное применение локальных обезболивающих для ее снижения.

Перспектива и альтернатива

В качестве перспективных препаратов для лечения ПЭ в литературе отмечаются ботулотоксин, аденоблокаторы и антагонисты окситоциновых рецепторов [9]. По мнению проф. Н. Д. Ахвледиани, препараты отмеченных групп вряд ли смогут составить конкуренцию дапоксетину, расширить арсенал терапевтических опций или разрешить проблемные стороны терапии ПЭ.

В интервью УС эксперты отметили, что ожидания в отношении альфа-блокаторов основаны на их эффекте угнетения фазы эмиссии эякулята, однако часто на первый план выходит другой эффект этих препаратов, который выражается в ретроградной эякуляции. А так называемый «сухой оргазм» является довольно сильным психотравмирующим фактором, едва ли менее значимым, чем ПЭ.

— С другой стороны, положительный эффект в плане эякуляторной функции на фоне приема селективных альфа-блокаторов может быть связан с улучшением симптомов нижних мочевых путей (СНМП) у соответствующей группы пациентов, — отметил Б. Р. Гвасалия. — В любом случае необходимы дальнейшие мультицентровые плацебо-контролируемые исследования в этом направлении.

В современных рекомендациях по лечению ПЭ хирургическое лечение не рассматривается в качестве возможной альтернативы консервативной терапии. В гайдлайнах EAU и AUA даже не упоминают о хирургических методах коррекции нарушений эякуляции, но в ряде случаев такой подход может помочь, единогласны эксперты. Например, пациентам, у которых неэффективна терапия СИОЗС или выражены нежелательные явления, может быть предложена селективная денервация головки полового члена.

Эксперты обращают внимание, что селективная пенильная денервация — это наиболее

агрессивная методика лечения первичной ПЭ, не ассоциированной с frenulum breve, и она может быть выполнена исключительно при подтвержденной с помощью биотезиометрии и лидокаинового теста гиперсенситивности glandулярной части пениса.

— При вторичной ПЭ выполнение селективной денервации не только неэффективно, но и опасно, — обращает внимание Б. Р. Гвасалия. — Денервация чревата серьезными осложнениями в виде полной потери чувствительности полового члена и ЭД, поэтому должна выполняться опытными специалистами с микрохирургическими навыками.

В качестве менее рискованной альтернативы можно рассматривать аугментацию головки полового члена путем введения препаратов гиалуроновой кислоты.

Применение агрессивных методик (в том числе нейротомии и гелевой имплантации) при вторичной ПЭ не только малоэффективно, но и может ухудшить эрекцию пациента. Более того, если до недавнего времени считалось возможным проведение циркумцизио при любых вариантах ускоренной эякуляции, то сейчас показано, что данная операция может помочь только при короткой уздечке полового члена.

Эпидемиология индустрии

«Люди, создающие критерии заболевания и предлагающие лечение, зачастую являются одними и теми же лицами, близко связанными с фармкомпаниями [...]. Страдающие испытывают облегчение, избавляясь от чувства вины и переходя к пониманию, что их проблема — медицинская и поддающаяся лечению, в то время как критики говорят о спекуляции», — пишут Iva Söderfeldt et al., отмечая неоднозначность самого диагноза.

Но необходимо обратить внимание, что если полвека назад под критерии ПЭ можно было подвести и здорового мужчину, но сейчас — нет.

Для диагностики ПЭ существуют четкие временные интервалы, по разным шкалам определяемые в диапазоне 1–3 минуты. Более структурированы и этиологические факторы ПЭ, описанные выше.

— Задача врача — четко отличать болезнь от неправильного восприятия эякуляторной функции или завышенных ожиданий мужчины, — подчеркивает проф. Н. Д. Ахвледиани. — Неслучайно сегодня отдельно выделяют такое состояние, как субъективная форма ПЭ, когда продолжительность полового акта более чем нормальная, но по каким-то причинам она не удовлетворяет пациента.

Кроме того, есть также варибельная форма ускоренной эякуляции, при которой длительность коитуса может быть изредка недостаточной (менее 3 минут). Но такие «осечки» характерны и для здоровых мужчин и не требуют никакого лечения.

По мнению опрошенных экспертов, в РФ отмечается низкий уровень осведомленности о ПЭ, а также избыточно агрессивный подход в ситуациях, которые не требуют этого. **УС**

Материал отражает независимое мнение экспертов.

НОВАЯ ЭРА ДОЛГОГО СЕКСА






**Международное
патентованное название
ДАПОКСЕТИН**

Примаксетин®
Дапоксетин

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
¹ McMahon CG, Althoff SE, Kaufman JM et al. (2011). Efficacy and safety of dapoxetine for the treatment of premature ejaculation: integrated analysis of results from five phase 3 trials. *The Journal of Sexual Medicine* 8: 524–39. ² Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Примаксетин®, АО «ФП «Оболенское», Россия, Московская область, пос. Оболенск. Тел: (4967) 36-01-07, Регистрационное Удостоверение ЛП-003857 от 27.09.2016.

Увеличивает продолжительность полового акта до 3 раз¹

Без синдрома отмены²

Прием по необходимости 1 раз в сутки²

Подробная информация на www.primaxetin.ru и интернет-сервисах:

www.apteka.ru www.pituti.ru
www.eapteka.ru www.zdravcity.ru

В окружении воспаления

Для лечения хронического простатита могут использоваться и подходы, не включенные в рекомендации профессиональных ассоциаций, но результатами любого лечения стоит делиться с мировым сообществом, предоставляя полные данные. Такова квинтэссенция Кокрановского обзора, опубликованного в январе текущего года.

Не более чем в 10 % случаев простатита удастся установить инфекционный агент, отмечено в рекомендациях Европейской ассоциации урологов (EAU). Но это не означает, что возбудителя нет: в ряде случаев причиной заболевания могут быть «изолированные патогены», такие как *M. tuberculosis*, *Candida sp.*, *Coccidioides immitis*, *Blastomyces dermatitidis* и *Histoplasma capsulatum*, — обращает внимание EAU [1]. Кроме того, в литературе отмечено, что простатит могут вызвать и вовсе необычные микроорганизмы, например, связанные с угревой сыпью *Propionibacterium acnes*.

Поэтому если не удастся обнаружить патоген, то, вероятно, он столь неспецифичен для простаты, что и заподозрить его наличие сходу невозможно. EAU рекомендует проводить точное микробиологическое исследование на выявление атипичных патогенов, таких как *Chlamydia trachomatis* или *Mycoplasma*. Но эта рекомендация дана с пометкой «weak».

Этиологические факторы хронического простатита еще более разнообразны и связаны как с неинфекционными причинами, так и с ранее перенесенными бактериальными заболеваниями. Karen S. Sfanos et al. в недавней публикации в *Nature Reviews Urology* отметили, что воспаление может персистировать месяцы и даже годы после элиминации инфекционного агента [2]. Причиной тому могут быть иммунологические реакции, а также, например, сохранение фрагментов бактериальной ДНК в сохрога апулаеа, формирующихся из дегенерирующих клеток [3]. Интересно, что бактериальная ДНК обнаруживается у значительной доли пациентов с хроническим простатитом/синдромом хронической тазовой боли (ХП/СХТБ) и история предшествующей инфекции передаваемой половым путем (ИППП) много чаще положительна именно у пациентов с ХП/СХТБ. Однако именно уропатогены в простатической жидкости у пациентов с ХП/СХТБ обнаруживаются не чаще, чем у здоровых мужчин.

Karen S. Sfanos et al. подробно описывают, почему хроническое воспаление может вносить значительный вклад в канцерогенез предстательной железы (ПЖ). Авторы отмечают, что воспаление связано с вероятным предшественником РПЖ — пролиферативной воспалительной атрофией — и может выступать так называемым драйвером канцерогенеза простаты посредством

окислительного стресса и генерации активных форм кислорода, которые индуцируют мутагенез. Кроме того, воспалительный стресс может вызвать эпигенетические изменения, способствующие неопластической трансформации.

В экспериментальных работах показано, что воспалительные изменения стромы способствуют перепрограммированию эпителиальных клеток ПЖ вплоть до стадии инициации опухоли. А простатическая инфекция, приводящая к нарушению эпителиального барьера, может быть ключевым фактором развития воспаления в строме.

Важно, что влияние воспалительного процесса в ПЖ не ограничивается мочеполовой системой, и этот факт ученые отмечают не только в экспериментальных работах. В 2011 году Chung S. D. et al. проанализировали данные Национальной базы страхования Тайваня, включающей более 1 миллиона бенефициаров. Оказалось, в когорте больных колоректальным раком 4,24 % ранее имели ХП/СХТБ, в то время как в контрольной группе (без онкологических заболеваний) этот показатель составил 2,81 %. Приняв в учет правки по наличию гипертензии, диабета и других факторов, ученые заключили увеличение риска колоректального рака у пациентов, имеющих в анамнезе ХП/СХТБ [4]. Данное исследование не было нацелено на выявление связи ХП/СХТБ с онкологическими или иными заболеваниями. Просто неожиданно высоким уровнем обращения по поводу ХП/СХТБ оказался именно среди пациентов, у которых впоследствии был выявлен колоректальный рак. Авторы отмечают, что известна связь воспалительных процессов в кишечнике с колоректальным раком. В связи с этим анатомическая близость систем органов позволяет выдвинуть гипотезу и о связи ХП/СХТБ с воспалительным процессом простаты и неопластическими процессами в кишечнике. Но авторы также подчеркивают, что отсутствуют данные о семейной истории каждого из пациентов и код классификатора позволяет в группу ХП/СХТБ включать широкий спектр симптомов, подобных простатиту. Кроме того, сам ХП/СХТБ — диагноз с зачастую неясной этиологией и без четких диагностических критериев. Поэтому однозначно утверждать о прямой связи простатита с колоректальным раком нельзя, хотя и стоит взять эту находку на заметку, считают ученые. Тем более что наибольшее значение этот феномен имеет у мужчин до 60 лет.

В декабре 2017 года Perletti G. et al. опубликовали результаты анализа 15 исследований случай — контроль, выводом которого стало заключение о связи ХП/СХТБ с развитием РПЖ [5].

Поэтому вопрос лечения ХП/СХТБ заслуживает пристального внимания как в свете улучшения качества жизни, так и в контексте профилактики онкологических заболеваний. Но сам выбор лечения ХП/СХТБ эксперты называют задачей со множеством неизвестных. Так, в 2016 году Magistro G. et al. провели анализ 28 рандомизированных клинических исследований (РКИ), в которых применялись антибиотики, альфа-блокаторы, гормональные препараты, противовоспалительные и иммуномодулирующие препараты [6]. Авторы пришли к выводу, что не может быть сделано заключение об эффективности какой бы то ни было терапии, если она проведена в монорежиме. «Наилучший вариант лечения предполагает мультимодальный терапевтический подход, учитывающий индивидуальный клинический фенотипический профиль пациента», — отметили Magistro G. et al.

«Авторы описывают то, что уже много лет известно экспертам в этой области, а именно, что монотерапия вряд ли может быть эффективна», — отметил Edward M. Schaeffer в комментарии, опубликованном в *Journal of Urology* [7].

Несколькими годами ранее был опубликован мета-анализ со схожими выводами относительно антибиотиков и альфа-блокаторов. В ответ на него в *Nature* появился комментарий от Rodney U. Anderson и Brian H. Nathanson: «...неэффективность этих препаратов — старая новость для тех из нас, кто специализируется на лечении ХП/СХТБ. Однако эти препараты до сих пор рутинно назначаются, а пациенты продолжают страдать...» [9]. Эксперты отметили, что в собственной практике при неэффективности терапии антибиотиками и альфа-блокаторами они обращаются к нефармакологическим способам лечения, таким как физиотерапия и когнитивная терапия. Но выбор дополнительных терапевтических опций для каждого пациента должен быть подобран индивидуально, отметили Rodney U. Anderson и Brian H. Nathanson.

В текущем году появился Кокрановский обзор по нефармакологическим методам лечения ХП/СХТБ [9]. Для анализа были использованы различные базы данных без языкового ограничения, в том числе

публикации научных конференций и так называемая «серая литература». Дата последнего поиска всех баз данных — август 2017 года. Иглоукальвание, циркумцизио и различные варианты физиотерапии оказали некоторое положительное влияние на улучшение симптомов ХП/СХТБ без значимого количества нежелательных явлений. Однако основной вывод все-таки касается необходимости провести более масштабные и методологически выверенные исследования.

«В большинстве случаев качество доказательств было низким, а это означает, что существует большая неопределенность в отношении результатов. Включенные исследования не были хорошо разработаны, имели небольшой размер выборки и короткое время наблюдения (обычно 12 недель)», — написали авторы обзора. В материалах Кокрановского обзора отмечено, что исследования, оценивающие простатические симптомы по NIH-CPSI (National Institute of Health — Chronic Prostatitis Symptom Index), должны включать не менее 74 пациентов. Кроме того, необходимо точно описывать методологию исследования, критерии включения пациентов и точный план лечения — это позволит в будущем проводить схожие исследования и говорить о воспроизводимости/невоспроизводимости результатов.

В контексте работы Кокрановской группы стоит отметить, что действительно во многих странах, и в РФ в том числе, для лечения ХП/СХТБ широко применяются методы и средства, не отмеченные в гайдлайнах и имеющие сомнительную доказательную базу. При этом данные о применении тех или иных средств часто публикуются лишь в национальных изданиях.

Такая ситуация мешает объективной оценке клинических данных, а также распространению информации о медицинских подходах, которые могут оставаться непонятными и непонятыми, но при этом иметь биологическое обоснование.

Редакция УС приглашает к обмену информацией и дискуссии об используемом лечении при ХП/СХТБ и эффективности применяемой терапии. [УС](#)

Список литературы находится в редакции.

Подготовила Алла Солодова



**МОСКОВСКАЯ
УРОЛОГИЧЕСКАЯ
ШКОЛА**

12-13 апреля 2018
Korston Club Hotel Moscow

ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ

- Онкоурология
- ДГПЖ
- Мочекаменная болезнь
- Реконструктивно-пластическая урология
- Урогинекология
- Нейроурология

urostandart.moscow

По вопросам участия обращайтесь: Марина Меркулова, тел.: +7 (495) 646-01-55 доб. 190, e-mail: uroschool@ctogroup.ru



ЖИЗНЬ ДАЁТ ПОВОДЫ
ДЛЯ СТРЕССА.
ВЫ ДАЁТЕ
ПОВОД ДЛЯ СЧАСТЬЯ

ДИНАМИКО
ЛОНГ

ТАДАЛАФИЛ 20 МГ

**СЕКСУАЛЬНУЮ ЖИЗНЬ МОЖНО
ИГНОРИРОВАТЬ
ИЛИ ПРОЛОНГИРОВАТЬ.**



ДИНАМИКО ЛОНГ. Краткая инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения. Регистрационный номер: ЛП-003558. Торговое название: ДИНАМИКО ЛОНГ. МНН: тадалафил. Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой. Фармакотерапевтическая группа: средство лечения эректильной дисфункции – ФДЭ5-ингибитор. Показания к применению: эректильная дисфункция. Противопоказания (полная информация – см. Инструкцию по применению): Гиперчувствительность к тадалафилу или любому другому компоненту препарата; одновременное применение тадалафила, нитратов и нитратоподобных лекарственных препаратов; наличие противопоказаний к сексуальной активности у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями; потеря зрения вследствие неартериальной передней ишемической нейропатии зрительного нерва; одновременный прием доксазозина, а также лекарственных препаратов для лечения эректильной дисфункции; ежедневное (более 2 раз в неделю) применение у пациентов с тяжелой почечной недостаточностью; недостаточность лактазы, непереносимость лактозы и глюкозо-галактозная мальабсорбция; детский возраст до 18 лет. Способ применения и дозы (полная информация – см. Инструкцию по применению): внутрь, независимо от приема пищи. Рекомендованная доза составляет 10 мг перед предполагаемым половым актом, в случае неэффективности – 20 мг. Препарат применяют по крайней мере за 30 минут до сексуальной активности. Максимальная частота приема – 1 раз в день. Для пациентов с частой сексуальной активностью рекомендуется применение препарата в дозе 5 мг ежедневно, 1 раз в сутки в одно и то же время. Суточная доза может быть снижена до 2,5 мг в зависимости от индивидуальной чувствительности. Побочные эффекты (полная информация – см. Инструкцию по применению): головная боль, «приливы» крови к лицу, заложенность носа, диспепсия, гастроэзофагеальный рефлюкс, боль в спине, миалгия, боль в конечностях. Срок годности: 2 года. Не применять по истечении срока годности. Отпускается по рецепту. С подробной информацией о препарате можно ознакомиться в инструкции по применению. DYNL-RU-00002-DOK-PHARM Отпускается по рецепту. Предназначено для информирования специалистов здравоохранения. Не предназначено для демонстрации пациентам.

teva

ООО «Тева» Россия, 115054, г. Москва, ул. Валовая, д. 35
тел.: +7 (495) 644 22 34, факс: +7 (495) 644 22 35
www.teva.ru

Реклама

Азы гериатрической оценки

Комплексная гериатрическая оценка (Comprehensive geriatric assessment, CGA) — удел специализированных центров, но отдельные ее компоненты может использовать любой специалист. Как онкологу оценить старость, изменятся ли от этого лечение и результативность? О компонентах CGA и «стариковских» калькуляторах риска — в обзоре УС.



Валентин Александрович Рубанов

Врач-уролог, член Европейской ассоциации урологов (EAU). Руководитель центра нейроурологии Европейского медицинского центра.

Для онколога каждый старик — это набор уникальных задач. Так отметили Carolina Hernandez Torres и Tina Hsu в обзоре о роли комплексной гериатрической оценки Comprehensive geriatric assessment (CGA) в онкологии [1]. И с каждым годом количество уникальных и одновременно сложных задач

увеличивается: к 2030 году около миллиарда людей будут пожилыми.

«Учитывая демографические тренды, можно сказать, что каждый онколог должен стать гериатрическим онкологом», — отметили Harvey Jay Cohen и Show More в редакционном мнении об эволюции гериатрической оценки в онкологии [2].

И хотя CGA — инструмент всеобъемлющий, используется он недостаточно: слишком громоздко и затратно по времени, требуется наличие подготовленных специалистов. Поэтому Европейская ассоциация урологов (EAU) рекомендует использовать упрощенные опросники-пятиминутки, при сомнительных результатах которых — переходить к CGA [3]. Но и сами компоненты CGA в отдельности

могут быть использованы онкологами и позволят самостоятельно корректировать назначения или заподозрить необходимость обращения к гериатру, отметили Carolina Hernandez Torres и Tina Hsu в European Urology Focus.

Оценить повседневность

В основе гериатрического обследования — оценка активности способности пациента к самообслуживанию. В онкологии с этой целью используются Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) performance status (PS) или Karnofsky performance status (KPS).

Однако около 80 % пожилых онкологических пациентов имеют оценку по ECOG PS 0–1

баллов, и при этом 50 % из них требуют помощи в повседневной жизни (Instrumental activities of daily living, IADLs). Для врачей и самих пациентов зависимость от третьих лиц не кажется очевидной, но при детальном опросе может выясниться, что старость проявляется в таких повседневных мелочах, как посещение магазина, самостоятельное приготовление пищи, использование телефона и управление деньгами.

Опросники IADLs (Instrumental activities of daily living) и ADLs (Activities of daily livings) позволяют оценить эти не всегда очевидные признаки старости и рекомендовать простые физические упражнения для улучшения состояния больного или большую поддержку со стороны родственников и медицинского персонала в период лечения.

Табл. 1. Методы комплексной оценки состояния пациента в гериатрии и меры, предлагаемые при выявлении нарушений

Предмет оценки	Метод оценки	Описание	Патологические значения (весь диапазон значений)	Предлагаемые меры
Функциональный статус	Шкала активности в повседневной жизни Katz	Опросник из 6 пунктов, посвященный базовым повседневным действиям	≤5 (0–6)	ЛФК, трудотерапия, обеспечение бытовой безопасности дома, организация посещения врачами на дому, оценка риска падения, обеспечение физической активности
	Инструментальная шкала Lawton для оценки повседневной активности	Опросник из 8 пунктов для оценки возможности самообслуживания	≤7 (0–8)	
	Временной тест на сидение, вставание и ходьбу	Измеряется время, необходимое пациенту для того, чтобы из положения сидя на стуле встать без помощи рук, пройти 3 метра, развернуться, пройти обратно и сесть на стул	>12 с	
Коморбидность	Индекс коморбидности Charlson	Тест на наличие 19 сопутствующих патологий с учетом их выраженности	≥1	Информирование пациента с обсуждением прогноза и возможностей для лечения; направление к специалистам
	Индекс коморбидности Charlson (новая версия)	Тест на наличие 12 сопутствующих патологий	≥1	
	Кумулятивный индекс коморбидности (гериатрический вариант) CIRS-G	Опросник из 14 пунктов; каждое сопутствующее состояние оценивается по шкале от 0 до 4 баллов	(0–56)	
	Шкала оценки коморбидности у взрослых ACE-27	27 пунктов; выраженность сопутствующей патологии оценивается от 0 до 3 баллов	Общий показатель коморбидности варьирует от 0 (нет сопутствующих заболеваний) до 3 (тяжелая патология)	
Полнипрагматизация	Шкала оценки назначений для пожилых пациентов STOPP	65 показателей потенциально неверных назначений, приводящих к межлекарственному взаимодействию и нежелательному воздействию на болезнь; двукратного назначения аналогичных препаратов и средств, усугубляющих симптомы гериатрических заболеваний	— (неприменимо)	Отмена неверных назначений, внимательный анализ схем лечения в дальнейшем, консультация клинического фармаколога для переоценки назначений и усовершенствования схемы лечения
	Шкала контроля схем лечения START	22 показателя, разработанные методами доказательной медицины для выявления оплошностей в назначениях для пожилых больных	—	
	Критерии Beer	Список потенциально нежелательных схем лечения пациентов старшего возраста	—	
Когнитивные функции	Мини-шкала оценки психического статуса (MMSE)	Тест из 11 параметров, диагностирующих восприятие, внимание, способность к счету, память, речь и ориентацию	≤23 (0–30)	Направление на формальную оценку когнитивного статуса; профилактика делирия; обеспечение возможности дать согласие на лечение; патронаж и оформление медицинской доверенности на имя представителя
	Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MOCA)	12-шаговая оценка когнитивной функции. Исследуются кратковременная память, функция пространственного зрения, способность к целенаправленной деятельности, внимание и ориентация	<26 (0–30)	
	Тест Mini-Cog	Скрининг-тест, включающий запоминание слов и рисование циферблата	<3 (0–5)	
	Короткий тест Blessed на ориентацию, концентрацию и функцию памяти	6-шаговый опросник для оценки ориентации, внимания и памяти	>10 (0–12)	
Психический статус	Гериатрическая шкала депрессии	15 вопросов для самостоятельного анализа с вариантами ответа «да/нет», позволяющие оценить риск депрессии	>5 (0–15)	Психотерапия, направление к психологу или/и психиатру; возможно, медикаментозное лечение тревожности и депрессии; программы поддержки, духовное попечительство
	Госпитальная шкала тревоги и депрессии	14 вопросов для самостоятельного анализа, посвященные тревоге (7 пунктов) и депрессии (7 пунктов)	>8 (0–21) для разделов «депрессия» и «тревога»	
Социальная поддержка	Социально-бытовые условия	Оценка условий жизни и получаемой социальной помощи	—	Помощь в транспортировке, медицинский уход на дому, обеспечение бытовой безопасности; группы поддержки, помощь соцработников
	Опросник результатов лечения и социальной поддержки	19 вопросов, касающихся эмоциональной поддержки, материальной поддержки и результатов медицинской помощи	Низкие значения неблагоприятны (0–100)	
Питание	Мини-тест для оценки питания (Mini nutritional assessment)	6 вопросов, позволяющих выявить недостаток питательных веществ	<24 (0–30)	Консультация диетолога, особые рекомендации по питанию, уход за полостью рта, пищевые добавки



Рис. Алгоритм оценки состояния здоровья пожилых пациентов в онкологии.

Объективно оценить функциональный статус пожилого пациента можно с помощью теста «time up and go» (TUG) прямо в кабинете врача. Для этого больному надо подняться со стула и пройти 3 метра, развернуться, вернуться и присесть. Результат фиксируется по количеству затраченных секунд.

Столь элементарный тест напрямую коррелирует с уровнем послеоперационных осложнений и смертностью после химиотерапии [4, 5]. Так, пациенты, затратившие меньше 20 секунд, подвержены большим осложнениям в 13 % случаев; больше 20 секунд — в 50 % случаев.

Мониторинг функционального состояния необходим для решения о первичном лечении и прогнозе нежелательных явлений. Как отмечают Carolina Hernandez Torres и Tina Hsu, эти простые оценки могут быть предикторами значительного снижения функционального статуса при назначении противоопухолевой терапии [6].

Сопутствующие заболевания и полифармация

Функциональное состояние пациента не коррелирует с профилем сопутствующих заболеваний, и эти две оценки должны быть проведены независимо в каждом конкретном случае [7].

Гериатры используют анкеты, опросники и чек-листы, которые позволяют оценить наличие и выраженность сопутствующих заболеваний, а именно:

- Charlson Comorbidity Index (CCI) и Charlson Comorbidity Index options (updated index);
- Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics (CIRS-G);
- Adults Comorbidity Evaluation- 27 (ACE-27).

Оригинальный опросник CCI остается наиболее используемым и распространенным в оценке коморбидности онкологических пациентов, он рекомендован консенсусным мнением экспертов в качестве предпочтительного инструмента [8].

Однако другие инструменты могут быть более полезными. Так, CIRS-G более чувствителен и информативен, чем CCI. Препградой к его широкому применению считается необходимость более тщательной подготовки для работы с ним. Опросник ACE-27

был составлен специально для оценки уровня сопутствующих заболеваний у онкологических пациентов и включает 27 показателей [9].

В случае, если пациент принимает несколько медикаментов, в том числе для коррекции сопутствующих заболеваний, целесообразной будет консультация с клиническим фармакологом. Настороживающей должна быть ситуация, когда пациент принимает более четырех препаратов, причем это справедливо не только в отношении пожилых людей.

Полифармация повышает риск нежелательных явлений, в том числе связанных со взаимодействием препаратов. Более того, снижается комплаентность к терапии [10].

Опросники Screening Tool of Older Persons' Prescriptions (STOPP) и Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment (START) предназначены для оценки полифармации [11].

Но, несмотря на количественную оценку, граница дозозапрещенного по данным шкалам не определена. Поэтому рекомендации в отношении полифармации расплывчаты и сводятся в свертке и перепроверке необходимости того или иного назначения, а также оценке рисков нежелательных явлений, связанных, в том числе, со взаимодействием препаратов.

Депрессия и память

Депрессивные состояния характерны для большинства пожилых людей и без онкопатологии: более 58 % людей старше 60 лет имеют депрессивные расстройства [12]. А для пациентов с распространенными формами злокачественных новообразований депрессия является независимым предиктором ранней смерти [13]. Поэтому онкологу нельзя недооценивать значение психологической или психиатрической помощи, медитативных техник и психологической поддержки.

Пора ли приступать к ним, предварительно помогут понять результаты опросника Geriatric Depression Scale (GDS). Укороченная версия опросника GDS состоит из 15 вопросов (возможные ответы да/нет) и требует не более 5–7 минут для заполнения. При оценке более 5 баллов у пациента имеет место высокий риск депрессивных изменений.

Уровень социальной поддержки также является независимым фактором смертности у пациентов старшего возраста [14]. Medical

Outcomes Survey (MOS) позволяет оценить уровень социальной поддержки, материальной поддержки и поддержки со стороны любящих людей. Опросник содержит 19 вопросов для самостоятельного заполнения [15].

Отмечено, что у 50 % онкологических больных диагностируются когнитивные нарушения [16]. Этот факт важен в связи с отсутствием адекватной оценки пациентом осложнений на фоне химиотерапии. Международная ассоциация гериатрической онкологии International Society of Geriatric Oncology (SIOG) рекомендует проводить скрининг когнитивных нарушений всем пациентам старше 70 лет [17]. Определение когнитивной функции также имеет смысл перед началом обсуждения вариантов лечения.

Для оценки когнитивной функции есть несколько опросников. Наиболее широко применяемый в условиях клиники — Mini Mental Status examination (MMSE) — содержит 11 задач. Однако Montreal Cognitive Assessment гораздо более специфичен, чем MMSE [18]. Наиболее простым и удобным в применении является опросник Mini-Cog, состоящий всего из нескольких вопросов.

Питание

Пониженное питание и потеря веса характерны для онкологических больных и встречаются чаще, чем в 44 % случаев. При этом снижение веса является общепризнанным и известным фактором риска смерти и более длительного пребывания в условиях стационара [19].

Так, для пациентов с пониженной массой тела пребывание в стационаре увеличивается до 19,3±19,4 по сравнению с 13,3±19,4 днями в контрольной группе (P < 0,0001) [20]. Благоприятный прогноз имеют пациенты с потерей веса не более 5 %, а выраженным фактором риска смертности является потеря веса более чем на 10 % [21]. Mini-Nutritional Assessment является удобным опросником, включающим 6 вопросов для оценки уровня питания. Низкие показатели этого опросника коррелируют с худшей переносимостью химиотерапии и повышенной смертностью [22].

Проще, чем кажется

Вряд ли CGA может быть рутинной для всех онкологических пациентов. Да и требуется ли

она всем — вопрос спорный. SIOG и National Comprehensive Cancer Network (NCCN) рекомендуют проходить CGA всем пациентам старше 70 лет. Но и более молодой возраст — не критерий для отказа от CGA.

Мета-анализ исследований показал, что внедрение CGA снижает смертность у больных гериатрического профиля с сохранением функциональных показателей [23]. Использование CGA в 70 % случаев позволило избежать возможных последствий терапии, чем при стандартном онкологическом обследовании [24].

Ряд исследований демонстрируют, что результаты CGA повлияли на изменение тактики лечения чуть ли не в половине случаев, другие говорят об отсутствии влияния полученных данных на результаты предлагаемого лечения. Данные рандомизированного клинического исследования (РКИ), показавшего отсутствие различий в общей выживаемости (ОВ) при применении CGA, расстраивают сторонников гериатрического подхода [25].

Однако в этом РКИ отмечено снижение токсичности и улучшение качества жизни пациентов, что для стариков может быть даже более значимым, чем преодоление теоретических рекордов по ОВ. И хотя CGA кажется сложным и громоздким исследованием, более 3/4 пациентов способны самостоятельно пройти анкетирование, затратив менее получаса. Более того, сами опросники сейчас «подстраиваются под рядового специалиста» и все чаще используются именно как ориентир для выявления необходимости обращения в профильные геронтологические центры, отмечает Harvey Jay Cohen в уже процитированной статье об эволюции гериатрической оценки.

На основании анкетирования и минимальных клинических исследований предложены калькуляторы для вычисления возможных рисков химиотерапии — CARG и CRASH.

В литературе эксперты единогласно отмечают, что проведение CGA — это удел специализированных гериатрических центров. Но в практике онколога могут присутствовать и отдельные компоненты CGA или модифицированные или упрощенные опросники, которые если уж и не изменят онкологическое лечение, то вовремя подскажут обратиться за помощью к коллегам. [УС](#)

Список литературы находится в редакции.

Взросление детской хирургии

Урологические операции остаются самыми распространенными среди всех робот-ассистированных вмешательств в педиатрии. Но роботы взрослеют вместе с детьми, и нынешние успехи технологий — это лишь «Жестяная Лиззи от Генри Форда». О том, как детские хирурги «пересаживаются» на роботов и как приспособить робота к ребенку — в интервью с экспертом, оперирующим детей.



**Пьер Моно/
Pierre Monod**

Доктор медицины, проф. (Франция), руководитель Центра роботической хирургии сети клиник EMC (European Medical Centre)

С момента первой робот-ассистированной операции, выполненной ребенку, прошло 15 лет, и сейчас развитие хирургии стойко ассоциируется со становлением роботических технологий. Детская роботическая хирургия пока находится в стадии взросления, хотя в урологии роботы применяются гораздо чаще, чем в любой другой педиатрической специальности.

Недетские игрушки

Размер имеет значение — именно так можно охарактеризовать «врожденную» проблему, с которой столкнулись детские хирурги при внедрении в практику технологий роботических операций. С течением времени стало ясно, что первое поколение роботических хирургических платформ не подходит для педиатрии, поскольку изначально разработанные для операций на взрослых роботические инструменты гораздо шире (до 12 мм в диаметре) и длиннее, чем обычные лапароскопические инструменты, применяемые в педиатрии. Результаты опроса хирургов из 14 стран показали, что второй по значимости проблемой после стоимости роботической платформы является непригодность роботических инструментов для выполнения операций у детей, а именно для работы в условиях ограниченного пространства (J Pediatr Surg, 2014).

У детей, по сравнению со взрослыми, площадь передней брюшной стенки и объем свободного пространства в брюшной полости гораздо меньше. Так, если при создании пневмоперитонеума у взрослого пациента создается более 5 л объема свободного пространства, то у детей объем пространства не превышает 1 л, а минимальное расстояние между троакарами не позволяет работать под удобным углом триангуляции и использовать максимальное количество рук робота. В настоящее время отсутствует единая точка зрения в отношении того, с какого возраста детям возможно безопасно и удобно выполнять робот-ассистированные операции и какие параметры следует оценивать, чтобы обоснованно принимать решение о подборе больших на операцию. Эксперты стараются определить эти критерии. Так, Finkelstein J. B. et al. (J Pediatr Urol, 2015) считают, что наименьшая степень «конфликта» инструментов достигается при выполнении операции у детей, у которых расстояние между передними верхними подвздошными осями или между лобковой костью и мечевидным отростком превышает 13 см и 15 см соответственно, что примерно соответствует 6-месячному возрасту.

«Роботы и инновационные технологии, развиваются, как дети: они не могут сразу стать взрослыми и способными на все. Им нужны время и ресурсы для расширения возможностей», — отмечает Peters C. A. в своей статье (Pediatrics, 2009). Сторонники и энтузиасты роботической хирургии не сомневаются, что

роль роботических операций будет увеличиваться. Другие же пребывают в ожидании появления большой доказательной базы, чтобы обоснованно принять или отказаться от роботической хирургии. Однако в литературе по робот-ассистированным операциям в педиатрии сравнительные исследования составляют лишь 14 % от общего объема информации (J Pediatr Surg, 2013), а некоторые эксперты вообще считают неправильным сравнивать новый и не до конца освоенный хирургами метод с устоявшейся технологией. При этом нужно понимать, что скорость технического прогресса сейчас превосходит скорость формирования научного обоснования инновационного метода. И, как подметил британский эксперт по фармакоэкономике Martin Vuxton, что-то новое успевает устареть прежде, чем его внедрение будет признано возможным.

«Платформа Da Vinci Xi — это лучший выбор для выполнения урологических операций у детей, но она все еще не зарегистрирована в России, — уточняет профессор Пьер Моно. — Da Vinci Si HD — также достаточно удобная и функциональная система, поскольку она может быть оборудована 5-миллиметровыми инструментами».

Пока из уже доступных и разрабатываемых платформ только две системы имеют манипуляторы диаметром 5 мм. Первая — Avatera (Avatera Medical, Германия), которая все еще находится в стадии сертификации, т.е. не разрешена к клиническому применению.

Помимо этого, в США в 2015 году FDA одобрило клиническое применение системы однопортовой хирургии SurgiBot (Transenterix, США),

сегмента манипулятора делает ось артикуляции более длинной, что вынуждает дальше отступать от ткани, чтобы полностью использовать потенциал ангуляции инструмента, — пишет он в своей статье. — В условиях уменьшенного объема свободного пространства это вызывает большие трудности, в связи с чем использование стандартных 8-миллиметровых инструментов с технологией EndoWrist® в настоящее время более предпочтительно».

Причем интересно то, что эти различия не являются исключительно субъективным восприятием со стороны хирурга. Quentin Ballouhey, попросив две команды хирургов выполнять тренировочные задания в небольшом по объему кубическом симуляторе, выявил, что при использовании 5-миллиметровых



Рис. Особенности роботических операций в педиатрии

«Нужно стремиться принимать в практику новые технологии, особенно те, которые касаются наиболее распространенных операций. Только это позволит покорить очередную вершину в хирургической детской урологии», — говорит Minki Baek в статье, анализируя свой десятилетний опыт робот-ассистированных операций (Investig Clin Urol, 2017).

Новые разработки

В последние годы ведутся разработки специальных педиатрических платформ для роботической хирургии, однако ближайшая тенденция развития пока противоречива. Меньший по сравнению со взрослыми пациентами спектр и поток оперативных вмешательств, для которых могут быть использованы роботические платформы, снижает интерес производителей к нише в педиатрической хирургии. Яркий пример такой тенденции — это исчезновение 5-миллиметровых манипуляторов из предлагаемого спектра инструментария у Da Vinci Xi

в которой возможно использовать два 5-миллиметровых манипулятора и 5-миллиметровый гибкий лапароскоп с 3D/HD-визуализацией.

Парадоксальный выбор

В указанном ранее опросе консольных хирургов был вопрос: какие размеры инструментов и камеры для вас наиболее предпочтительны при выполнении робот-ассистированной операции ребенку?

Интересно, что более половины из них предпочли использовать инструменты диаметром 3 мм, а камеру диаметром 5 мм (J Pediatr Surg, 2014), при этом такие размеры инструментария не являются самыми распространенными, а большинство хирургов вообще отказываются использовать в своей практике миниатюрные инструменты. Marcelo Orvieto назвал разочарывающим свой опыт использования 5-миллиметровых инструментов (BJU Int, 2012). «Змеобразная форма дистального

инструмента значительно чаще происходят столкновения инструментов и повреждения соседних структур (Surgical Endoscopy, 2017).

В отношении камеры робота da Vinci® большей популярностью также пользуются более широкие лапароскопы диаметром 8,5 мм и 12 мм, так как они, в отличие 5-миллиметрового лапароскопа, позволяют передавать стереоскопическое изображение.

Пожалуй, эти факты снова подчеркивают необходимость совершенствования существующих роботических инструментов, поскольку пока что хирургам приходится делать парадоксальный выбор, отдавая предпочтение массивным инструментам.

Пиелопластика как эталонная операция

Первой робот-ассистированной операцией в детской хирургии была именно роботическая

Робот для детей

Специалисты Европейского медицинского центра (EMC) прооперировали двоих детей на роботе. Этот опыт — уникальный для РФ



Зухра Рустамовна Сабирзянова

К. м. н., ведущий научный сотрудник отдела комплексных методов диагностики и лечения заболеваний органов мочеполовой системы у взрослых и детей ФГБУ «Российский научный центр рентгенодиагностики» МЗРФ

Гидронефроз (ГН) — одно из наиболее распространенных заболеваний органов мочевыделительной системы (ОМВС), требующее хирургической коррекции в детском возрасте. Фетальный ГН имеет место быть в 5 % беременностей, и прогноз зависит, в основном, от степени дилатации. В 65–75 % случаев ГН имеет левостороннюю локализацию и чаще встречается у мальчиков.

Методики резекции и пластики лоханочно-мочеточникового сегмента у детей отработаны и внедрены в клиническую практику.

В настоящее время в РФ практически во всех детских урологических клиниках выполняются операции по лапароскопической пиелопластике. Среди робот-ассистированных пособий в педиатрии пиелопластика считается «пионером» и обладает достаточной доказательной базой. Пиелопластика впервые была выполнена в начале текущего века, и на настоящий момент именно она считается наиболее отработанной и безопасной робот-ассистированной операцией в педиатрии. Однако для РФ опыт робот-ассистированных операций у детей — уникальный. Насколько нам известно, в нашей стране робот-ассистированные операции у детей не выполняются.

Прооперированные нами пациенты — два мальчика в возрасте 1 г 10 мес. и 2,5 г. У обоих пациентов заболевание было выявлено пренатально при помощи ультразвукового скрининга, как выявляются до 70 % пороков развития органов мочевыделительной системы (ОМВС). Согласно международной классификации Общества фетальных урологов (Society for Fetal Urology, SFU), гидронефротическая трансформация носила степень SFU3 из четырех возможных и имела левостороннюю локализацию. Обоим детям первичное рентгенологическое обследование проводилось по месту жительства в первые месяцы жизни, и дальнейшее наблюдение не установило отрицательной динамики. Как правило, динамическое наблюдение на первом году жизни направлено на оценку изменения уродинамики верхних мочевых путей на фоне роста ребенка после его «вертикализации».

В литературе имеются данные об успешном выполнении робот-ассистированной пиелопластики младенцам в возрасте 3–7 месяцев. Однако показанием к операции при одностороннем процессе в первые месяцы жизни является гидронефротическая трансформация тяжелой степени со снижением секреторной функции почки. На настоящем этапе урология пороков развития носит превентивный характер и направлена на коррекцию функционального состояния органа до возникновения клинических проявлений заболевания и его осложнений, позволяя сохранить секреторную функцию почки при своевременной коррекции нарушений уродинамики. Такие клинические проявления заболевания, как абдоминальный болевой синдром или инфекция мочевых путей, не характерны для детей младшего возраста, и у оперированных нами пациентов они не отмечались.

Послеоперационное наблюдение детей, оперированных на роботе, проводится нами в соответствии с теми же принципами, что и при других методиках пиелопластики: УЗ-контроль через месяц после операции и затем каждые полгода; оценка функционального состояния почки и верхних мочевых путей методом динамической нефросцинтиграфии через 6 мес и 2 года после операции.

пиелопластика, выполненная в 2002 году. Теперь пиелопластика по Хайнс-Андерсену при обструкции лоханочно-мочеточникового перехода стала самой распространенной операцией в детской урологии, выполняемой в робот-ассистированном варианте, а также единственным вмешательством, в отношении которого накоплен достаточный клинический опыт, демонстрирующий эффективность и безопасность методики. В исследовании Barbosa J. A. et al. (J Pediatr Urol, 2013) при сравнении с открытой пиелопластикой робот-ассистированная операция позволяла чаще и быстрее достигать полной ликвидации гидронефроза. В самом крупном исследовании, включившем 783 пациента из 15 клиник, при сравнении лапароскопической пиелопластики и робот-ассистированной выявлена сопоставимая эффективность операций в ликвидации гидронефроза (99,5 % vs 97,3 %, P = 0,11), но частота интраоперационных и послеоперационных осложнений (7,4 % vs 3,8 %, P = 0,06) была выше после лапароскопических операций (7,4 % vs 3,8 %, P = 0,06 и 7,7 % vs 3,2 %, P = 0,02 соответственно) (J Pediatr Urol, 2016).

Расстановка троакаров при выполнении пиелопластики описывается в двух вариантах: либо все троакары устанавливаются по срединной линии, либо, согласно принципу триангуляции, порт для камеры устанавливается парамби-

лиально, а порты для инструментов — по срединной линии выше пупка и в нижнем квадранте живота на стороне операции. Также возможна установка дополнительного 5-миллиметрового троакара, однако он используется не у всех детей и не всеми хирургами. «При установке троакаров мы соблюдаем те же принципы, что и в лапароскопической хирургии у взрослых пациентов, — говорит профессор Пьер Моно. — Основное отличие обусловлено более высоким риском повреждения внутренних органов при установке первого троакара, поэтому он всегда устанавливается по открытой методике Хассона. Несомненно, что на этапе освоения детским хирургом робот-ассистированных операций важную роль играет уже имеющийся опыт лапароскопических операций».

Самым распространенным интраоперационным осложнением при выполнении роботической пиелопластики были сложности при установке J-J мочеточникового стента. Интересны и даже немного неожиданными данные исследования Casella D. P. et al. (J Urol, 2013), согласно которым роботическая пиелопластика выполняется быстрее лапароскопической (200 мин vs. 265 мин), а стоимость операции при этом почти не отличается (\$15337 vs. \$16067).

Эти факты позволили ЕАУ в рекомендациях 2016 года констатировать «одинаково



НЕ ПРОСТО ИЗДАТЕЛЬСТВО —
СООБЩЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ
СПЕЦИАЛИСТОВ

Издательский дом
«АБВ-пресс»

www.abvpress.ru

ЖУРНАЛЫ

ОНКОУРОЛОГИЯ
ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Опухоли ГОЛОВЫ и ШЕИ
научно-практический рецензируемый журнал

УСПЕХИ
МОЛЕКУЛЯРНОЙ
ОНКОЛОГИИ

Онкологическая
КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

Нервно-мышечные БОЛЕЗНИ

ОПУХОЛИ
ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

АНДРОЛОГИЯ И ГЕНИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

ОНКОПАТОЛОГИЯ

НЕЙРОХИРУРГИЯ

ОНКО ГЕМАТОЛОГИЯ

РУССКИЙ ЖУРНАЛ **ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ**

КЛИНИЦИСТ

МЕДИЦИНСКИЙ ТУРИЗМ
ЖУРНАЛ О ДОСТИЖЕНИЯХ МИРОВОЙ МЕДИЦИНЫ И ЛОГИСТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ

Российский Биотерапевтический Журнал
Rossiysky Bioterapevticheskiy Zhurnal

ГАЗЕТЫ

Онкология Сегодня
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ИЗДАНИЕ ДЛЯ ОНКОЛОГОВ

Урология сегодня
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ИЗДАНИЕ ДЛЯ УРОЛОГОВ

СОВРЕМЕННАЯ КАРДИОЛОГИЯ

НЕВРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ГАЗЕТА ДЛЯ НЕВРОЛОГОВ

Наши издания доступны в печатной форме, на сайтах издательства, а также в мобильных приложениях

хорошие результаты открытой, лапароскопической или робот-ассистированной пиелопластики при ее выполнении в клиниках с достаточным опытом». Относительно спорным является вопрос: какой опыт считать достаточным? Sorensen M. D. et al. (J Urol, 2011) выявили, что хирургу для достижения плато «кривой обучения» необходимо самостоятельно выполнить 15–20 робот-ассистированных операций.

«Мы наблюдаем важный тренд в развитии педиатрической хирургии — это стремление освоить и интегрировать в практику робот-ассистированные методики всех операций, выполняемых лапароскопически, — подводит итог профессор Пьер Моно. — В первую очередь, это касается объемных реконструктивных операций на органах грудной клетки, брюшной полости и малого таза». Дальнейший путь внедрения роботических операций в детскую урологию лежит через усовершенствование роботического инструментария, накопление опыта и проведение

сравнительных исследований в экспертных центрах, а также широкое внедрение программ тренинга.

Thomas P. Cundy называет существующие роботические технологии «Жестяной Лиззи». Они, по его мнению, «открывают шлюзы для технологических совершенствований» и останутся в памяти как начало детской роботической хирургии.

Уже в недалеком будущем роботическая хирургия сможет раскрыть весь свой потенциал и, возможно, станет основной опцией в лечении многих урологических заболеваний в педиатрии, считает Thomas P. Cundy. И, как в свое время «Жестяная Лиззи» посадила Америку на колеса, так и более доступные и совершенные технологии пересадят детских урологов на роботов. **УС**

Список литературы находится в редакции

Подготовил **Владислав Бугаёв**

ГОЛОВНОЙ МОЗГ 1

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) — антидепрессанты, нежелательные явления которых — аноригемия и задержка эякуляции. Это и стало предпосылкой для применения СИОЗС при ПЭ. В отличие от других препаратов группы СИОЗС, дапоксетин имеет короткий период полувыведения, поэтому его применение безопасно при любой форме ПЭ.

Дапоксетин — единственный препарат, предназначенный для лечения ПЭ. Остальные терапевтические подходы, несмотря на присутствие в практике и рекомандациях профессиональных ассоциаций, на самом деле используются офф-лейбл.

СПИННОЙ МОЗГ 2

Также в 2017 г. Shéhensse С et al. описали половой диморфизм на уровне L3-L5. Они считают, что галанин-эргические нейроны формируют здесь так называемый спинальный генератор эякуляции (spinal ejaculation generator, SEG), при повреждении которого у мужчины отсутствует эякуляция. При травме вибриционной стимуляция полового члена (PUS) неэффективна.

В настоящее время изучаются фармакологические субстанции, воздействующие на нейроны спинного мозга. При травме позадочничка восстановление нормальной эякуляторной функции возможно при условии сохранения нейронов на уровне T11-S4 и L3-L5.

ПОЛОВОЙ ЧЛЕН 3

При повышенной чувствительности головки полового члена обоснованно применение локальных анестетиков. Возможны также селективная нейротомия или применение филлеров, расширяющих конечные ветви тыльных нервов полового члена.

Короткая уздечка полового члена и функциональный фимоз могут вызывать дискомфорт, вынуждая мужчину быстрее достигать эякуляции. Анатомические особенности подлещат хирургической коррекции.

Эректильная дисфункция может быть этиологической причиной ПЭ или ошибочно восприниматься как ПЭ. ИФДЭ-5 могут быть назначены в качестве монотерапии или в сочетании с дапоксетином. Однако применение ИФДЭ-5 при отсутствии ЭД обоснованно и противопоказано.

ЦИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА 4

Гипотиреоз и гипертиреоз могут быть причиной вторичной формы ПЭ. Показана тиреостатическая терапия с контролем через 1 и 2 мес.

5 **ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**
Хронический простатит может быть причиной вторичной формы ПЭ. Показана консервативная терапия.

поводу состояния эякуляторной функции?
 Да Нет

4. Отмечаете ли вы постоянную или периодическую невозможность доставить сексуальное удовлетворение половой партнерше?
 Да Нет

5. Вялилось ли состояние вашей сексуальной функции причиной конфликтных ситуаций с половой партнершей?
 Да Нет

ЭВОЛЮЦИЯ ТЕРМИНА

1970

W. Masters и V. Johnson предложили под ПЭ понимать отсутствие контроля над семяизвержением, необходимым для достижения удовлетворительной, с позиции партнерши, продолжительности коитуса более чем в 50% половых актов.

КРИТИКА: Определение признано несовершенным из-за множества причин женской аноригемии.

1992

Согласно МКБ-10, ПЭ — это неспособность к контролю над семяизвержением, обуславливающая трудности в достижении сексуального удовлетворения обоими партнерами. Указано, что эякуляция семени или жидкости может возникнуть либо до интродукции, либо в период времени, не превышающий 15 секунд с момента пенетрации.

КРИТИКА: Граница в 15 секунд в качестве значимой для диагностики преждевременной эякуляции не подтверждена.

2000

Медикализации эякуляции требует четкого определения с определением необходимо клинических исследований.

В «Руководстве по диагностике и статистике душевных расстройств» (DSM-IV), выпущенном Американской психиатрической ассоциацией (APA), ПЭ — это эякуляция, возникающая постоянно или периодически после минимальной сексуальной стимуляции, до интродукции или непосредственно после введения полового члена во влагалище партнерши, что нередко сопровождается межличностными конфликтами в паре на фоне обсуждаемого эякуляторного нарушения. Впервые выделены первичная и приобретенная форма ПЭ.

КРИТИКА: Отсутствие конкретной терминологии «минимальной стимуляции».

2001

EAU включила в свои рекомендации «клинические рекомендации раздел, посвященный эякуляторным нарушениям, согласно которым ПЭ — это неспособность контроля над эякуляцией, достигаемая после точного для обеспечения удовлетворительной продолжительности коитуса. ПЭ подразделяется на докитальную (ejaculatio ante coitum) и интракитальную (ejaculatio graeco) формы.

2004

Согласно Американской ассоциации урологов (AUA), ПЭ — эякуляция, возникающая ранее желаемого срока, до или вскоре после интродукции, что сопровождается психологической угнетенностью одного или обоих партнеров.

КРИТИКА: Не детализировано понятие о докитальной продолжительности коитуса.

2007

Экспертный комитет ISSM заключил, что основываясь на принципах доказательной медицины, возможно формулировать определение только в отношении первичной формы ПЭ. Первичная ПЭ — это эякуляция, всегда или почти всегда до вагинальной пенетрации или приблизительно через минуту после нее, что обусловлено невозможностью отсрочить семяизвержение при любом или почти любом половом сношении. Нарушение сопровождается психологической подавленностью, разочарованием партнеров и стремлением уклониться от интимной близости.

С 2007 и до настоящего времени — Определенное ISSM принято научным сообществом и в т.ч. приведено в рекомендациях EAU. Применение указанных критериев считается актуальным и для вторичной ПЭ. Однако в рекомендациях EAU вторичная ПЭ — это снижение времени интродукции или приблизительно до примерно 3 минут или менее. Не всегда мужчины, считающие, что они страдают первичной ПЭ, соотносят перечисленным в дефиниции ISSM критериям, поэтому предложено констатировать естественно вариабельное ускоренное семяизвержение и преждевременное добную эякуляторную дисфункцию.

ВОПЛОЩАЯ ИДЕИ БУДУЩЕГО

oblr pharm

До настоящего времени

СЕМЯИЗВЕРЖЕНИЕ С ОПЕРЕЖЕНИЕМ

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ЭЯКУЛЯЦИЯ — САМОЕ РАСПРОСТРАНЕННОЕ СЕКСУАЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО, ОДИНАКОВО ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЕСЯ ВО ВСЕХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

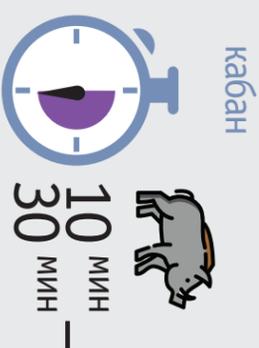
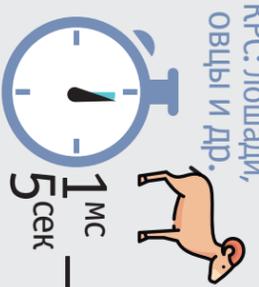
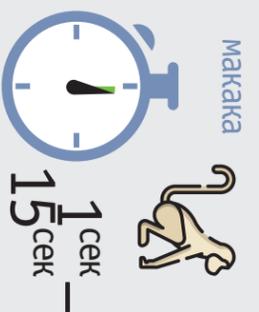
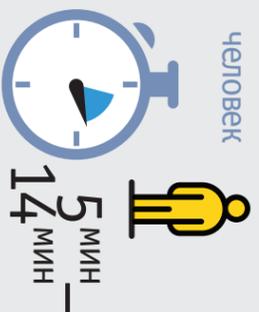
ЭЯКУЛЯЦИЯ: НОРМА И ОТКЛОНЕНИЯ



20–50% мужчин имеют ПЭ

>1% мужчин эякуляция наступает менее чем через 1 мин после интроэкции или до интроэкции

Преждевременная эякуляция (ПЭ) — это семяизвержение, наступающее без волевого контроля и ранее желаемого срока, до или вскоре после интроэкции. По данным эпидемиологических исследований, длительность коитуса при ПЭ составляет от 10 сек до 3 мин. Однако длительность коитуса более 2 мин считается и вариантом нормы, если не беспокоит самого мужчину

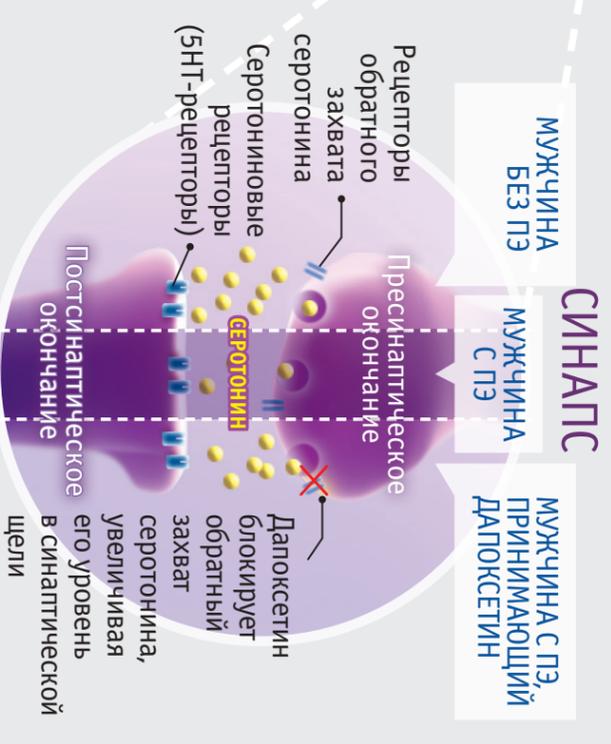
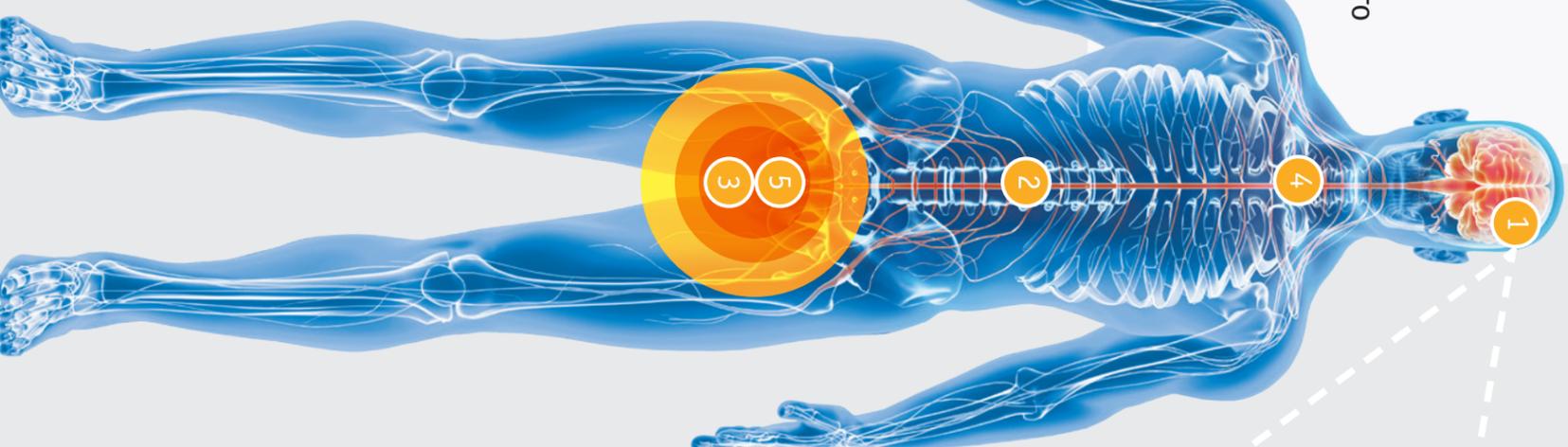


Вариации нормы: 2–44 мин

Высокая скорость эякуляции — эволюционно выгодный признак, так как позволяет в дикой природе оставаться настороже и не упустить момент опасности, например, подстерегающего хищника. Кроме того, быстрая эякуляция позволяет оплодотворить большее количество самок. Биологи отмечают увеличение периода до эякуляции у одомашненных животных.

У многих млекопитающих эякуляция наступает через несколько секунд или даже через доли секунды после интроэкции. У животных эякуляция может быть множественной в период одного сношения или происходить постоянно на протяжении всего коитуса.

Длительный период до эякуляции, отмеченный у кабана (до 30 мин) — это приспособление, позволяющее оставить эякулят не во влагалище, а в шейке матки, увеличив таким способом шансы на распространение своего генотипа.



КРИТЕРИИ

EAU рекомендует не измерять продолжительность полового акта и не использовать квантитивные опросники. Однако для объективной оценки продолжительности коитуса все-таки нужен секундомер и критерии ПЭ.

КРИТЕРИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СЕМЯИЗВЕРЖЕНИЯ

1. Ваша эякуляция возникает периодически или постоянно до введения полового члена во влагалище или менее чем через 2 минуты от начала полового акта?

Да Нет

2. Отмечаете ли вы постоянную или периодическую недостаточность контроля над семяизвержением?

Да Нет

3. Испытываете ли вы беспокойство по

Понять радиолога

Радиолог расшифровывает мпМРТ предстательной железы, а уролог транслирует эти данные в практику. Чтобы мпМРТ приобрела клиническую значимость, потребуются скрупулезные образовательные мероприятия. Об эволюции интерпретационной шкалы мпМРТ и взаимопонимании между урологами и радиологами — в материале УС.



Искандер Ильфакевич Абдуллин

К.м.н., руководитель центра лечения заболеваний простаты Европейского медицинского центра

В августе 2016 года Benjamin Spilseth et al. направили членам Society of Abdominal Radiology и Society of Urologic Oncology опросники. Оценив результаты, авторы составили пожелания к доработке шкалы PI-RADSv2 (Prostate Imaging Reporting and Data System) и отметили основные разночтения межэкспертной оценки. Едва ли не главной находкой стало экстремально низкое количество откликнувшихся специалистов: 12 % радиологов и 8 % урологов. «Недостаток опыта в МРТ предстательной железы, вероятно, предопределил неучастие в опросе», — отметили Benjamin Spilseth et al., анализируя исследование.

PI-RADSv2

PI-RADSv2 — это система унифицированного подхода к интерпретации магнитно-резонансной томографии (МРТ) предстательной железы. Оценочные категории PI-RADSv2 суммируют уровни подозрения или риска рака предстательной железы (РПЖ) и используются для определения плана диагностики и лечения РПЖ.

По данным PI-RADSv2 можно сделать вывод о целесообразности биопсии простаты или

выбрать тактику активного наблюдения Шкала PI-RADSv2 предназначена для выявления первичного клинически значимого РПЖ до проведения биопсии или после. Большинство экспертов рекомендуют всем пациентам с подозрением на рак простаты (повышение маркеров и/или положительные данные пальцевого ректального исследования) перед биопсией простаты выполнять мпМРТ.

— Предполагается, что с помощью PI-RADSv2 должна быть снижена вариативность методик проведения, интерпретации и заключений мпМРТ, — поясняет И. И. Абдуллин. — Ожидается, что PI-RADSv2 позволит проводить воспроизводимые МРТ-исследования, систематизировать отчеты и унифицировать общение между рентгенологами, урологами и онкологами.

PI-RADSv2 — это уже усовершенствованная версия первой шкалы (PI-RADSv1), которая появилась в 2012 году. Но PI-RADSv1 оставляла возможность субъективности в оценке. Поэтому координационный комитет PI-RADS принял два решения: (1) исключить из протокола исследования МР-спектроскопию, учитывая техническую сложность ее выполнения и наличие данных многоцентровых исследований о ее бесполезности; (2) снизить роль динамической МРТ с контрастированием из-за трудностей в однозначной интерпретации ее результатов.

— По сути, мы не видели первую версию, так что сейчас просто говорим о появлении новой системы, — говорит И. И. Абдуллин в интервью УС.

Несмотря на новизну PI-RADSv2, в литературе уже имеются результаты исследований, показавших ее практичность и эффектив-

ность. В мета-анализе 14 исследований (1785 мпМРТ) обобщенная чувствительность и специфичность мпМРТ в диагностике РПЖ составили 78–82 % и 79–82 % соответственно (Eur Urol, 2015). По данным Greer и соавт. (Radiology, 2017), частота выявления клинически значимого рака в результате биопсии при категории PI-RADS 2 равна 15,7 %; при категории PI-RADS 3 — 33,0 %; при категории PI-RADS 4 — 70,5 %; при категории PI-RADS 5 — 90,7 %.

Эксперты отмечают высокую согласованность в оценке результатов, одинаково высокую чувствительность и специфичность при выявлении образований в периферической и транзитной зоне.

— Хотя все же и имеются данные о том, что заключения различных экспертов могут отличаться, — продолжает И. И. Абдуллин. — По данным стэнфордского исследования, после проведения мпМРТ у одной группы больных выявляемость PI-RADS 3 варьировала от 3 % до 27%, PI-RADS 4 — от 23 % до 65 %, PI-RADS 5 — от 40 % до 80 %. Возможно, такая разнородность чтения мпМРТ связана не только с различиями в квалификации, но и с ограничениями протокола PI-RADS. В нашей клинике оценка результатов мпМРТ проводится консилиумом специалистов лучевой диагностики во главе с ведущим специалистом по лучевой диагностике заболеваний простаты И. А. Трофименко.

В контексте этих данных интересно отметить, что в приведенном выше опросе половина радиологов и урологов отметили, что широкому и рутинному применению PI-RADSv2 мешает неопытность и неосведомленность коллег. Однако оказалось, что большинство специалистов, имеющих

претензии к коллегам, работали в неакадемических центрах. Между же урологами и радиологами академических и экспертных центров, рутинно выполняющими мпМРТ и описывающими ее по шкале PI-RADSv2, межэкспертных разногласий не возникает.

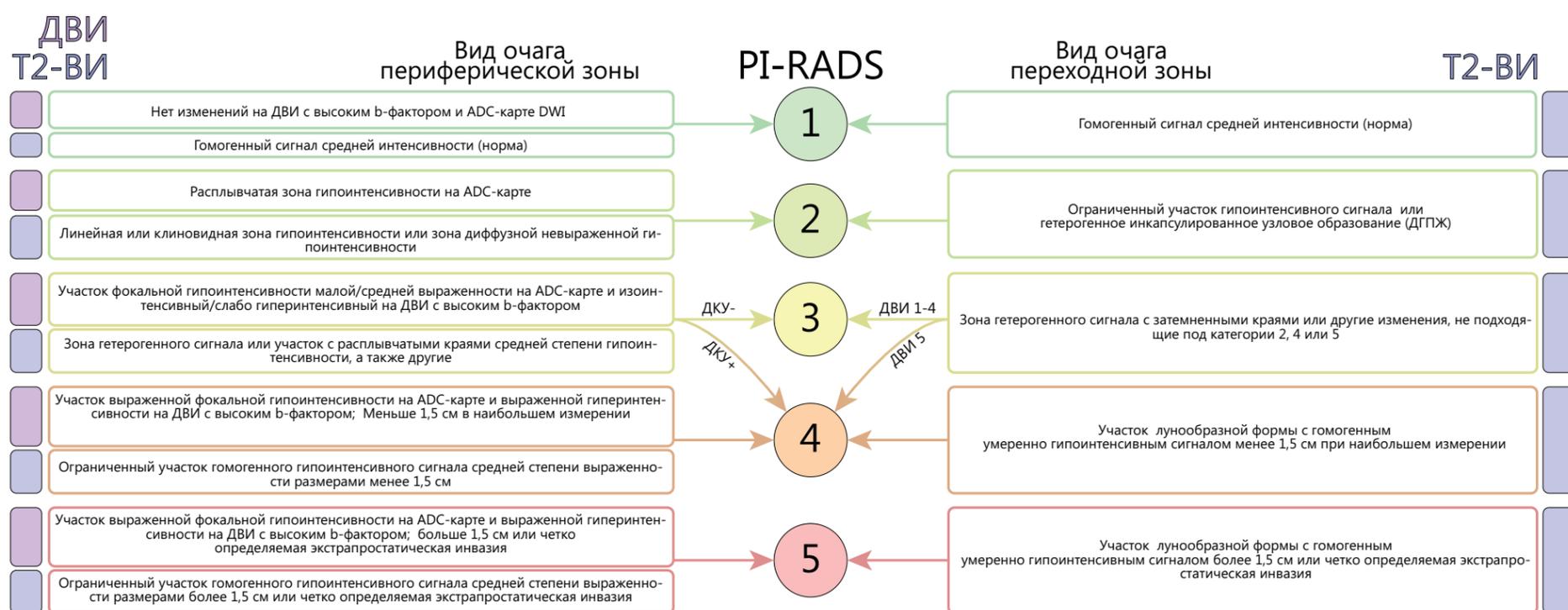
PI-RADS 3 как серость

«Один из главных недостатков PI-RADS v2 — это отсутствие четких рекомендаций по проведению биопсии, особенно при выявлении PI-RADS 3», — отмечает Michele Scialpi (Turk J Urol, 2017). Авторы шкалы считают целесообразным проведение биопсии при категории PI-RADS 3 или выше.

При PI-RADS 3 вопрос о назначении биопсии решается с учетом лабораторных данных, результатов пальцевого ректального исследования и анамнеза. Дело в том, что частота выявления рака при биопсии очагов PI-RADS 3 отличается значительной вариабельностью — от 5 % до 26 % (Curr Urol, 2015).

— Выявляемость клинически значимого рака в этих очагах относительно невелика, однако она есть, — отмечает в интервью УС И. И. Абдуллин. — Исходя из нашего опыта, если из очагов PI-RADS 3 была выявлена аденокарцинома, то в подавляющем числе случаев был получен суммарный балл по Глиссону 6 (3+3) и в незначительном числе 7 (3+4). Поэтому в настоящее время всем пациентам с PI-RADS 3 мы рекомендуем фьюжн-биопсию.

Однако есть работы, которые позволяют дифференцировано относиться к этой группе пациентов. Например, D. Junker на 141 пациенте продемонстрировал, что при наблюдении за пациентами с PI-RADS 3



ДВИ – диффузно-взвешенные изображения ДКУ – динамическое контрастное усиление T2-VI – T2-взвешенные изображения

Отрицательное ДКУ (ДКУ-)
Нет раннего контрастирования, диффузное контрастирование не показывает фокальные участки, выявленные на T2-VI или ДВИ, или фокальное контрастирование, характерное для участков ДГПЖ, выявленных по T2-VI.

Положительное ДКУ (ДКУ+)
Очаговое образование с ранним контрастированием, зона которого совпадает с участками, подозрительными по T2-VI и/или ДВИ.

Рис. Шкала PI-RADS v2

в течение года у 76 % пациентов категория PI-RADS меняется в большую или меньшую сторону. Причем в сторону PI-RADS 4 изменения происходят быстрее. Авторы работы предлагают пациентам с PI-RADS 3 воздержаться от немедленной биопсии и делать ее только если образование будет переквалифицировано в сторону увеличения.

A Michele Scialpi предлагает подразделить PI-RADS 3 на две подгруппы: 3a — опухоли объемом менее 0,5 см³, которые характеризуются индолентным течением; 3b — опухоли объемом более 0,5 см³, имеющие высокий риск агрессивного течения. В соответствии с этим предлагается различный алгоритм: при образованиях 3a рекомендуется оставить больного под активным наблюдением с периодическим определением уровня ПСА и повторным выполнением мпМРТ спустя год, а при образованиях 3b предлагается выполнять прицельную биопсию. Вероятно, что такой подход позволит снизить количество необоснованных биопсий.

— Авторы предполагают, что подобное разделение позволит в два раза снизить частоту ненужных биопсий и на 30 % увеличить выявление клинически значимого рака, — продолжает И. И. Абдуллин. — Было бы интересно провести наблюдение за пациентами, разделенными на подгруппы 3a и 3b, как было сделано в исследовании Junker. Это позволит определить, какие очаги более склонны к апгрейду. Я думаю, что в будущем могут появиться и категории 3c, 3d и так далее.

Второсортные режимы?

«Одним из спорных вопросов остается целесообразность применения контрастного режима с гадолинием. Нужен ли он на самом деле? Насколько велики риски, связанные с его использованием, и какова эффективность контрастного исследования, особенно с позиции его стоимости?» — задается вопросом Elmira Hassanzadeh (Abdominal Radiology, 2016).

— Динамическое контрастное усиление при визуализации простаты необходимо для дифференцировки очагов PI-RADS 3 от очагов PI-RADS 4, — отмечает И. И. Абдул-

лин. — Контрастное усиление не только значительно удлиняет процедуру МРТ, но и увеличивает ее стоимость. Насколько необходимо при каждом МРТ простаты проводить контрастное усиление, остается вопросом.

«Несмотря на то, что авторами шкалы подчеркивается второстепенность динамической МРТ с контрастированием, ее выполнение все равно рекомендовано всем пациентам, так как считается, что контрастирование позволяет лучше охарактеризовать образования PI-RADS 3, —

ний PI-RADS 3, однако для окончательного суждения нужны исследования».

Пожалуй, следующим логическим шагом эволюции технологии мпМРТ и шкалы PI-RADS представляется получение ответа на вопрос о роли динамической МРТ с контрастированием. Широкое использование текущего варианта шкалы во множестве центров позволит в будущем при анализе большого количества данных ответить на этот вопрос.

Будущее

В настоящем виде система стандартизованной оценки далека от идеала. Как и другие системы универсальной интерпретации (BI-RADS, LI-RADS и т. д.), шкала PI-RADS остается «живым» документом, который меняется вслед за прогрессом технологий и клинической практики. Andrew Rosenkrantz из New York University Langone Medical Center (Radiology, 2017) выделяет некоторые слабые места шкалы, которые в будущем требуют уточнения или изменения. Во-первых, эксперт отмечает двусмысленность при разделении таких характеристик в режиме DWI, как «малая/средняя выраженность гипоинтенсивности» (PI-RADS 3) и «выраженная гипоинтенсивность» (PI-RADS 4). Также, по мнению эксперта, в шкале применяются и другие неоднозначные термины: «фокальные изменения», «затемненные края» и «четко определяемая инвазия». В приложении к оригинальной статье приводится описание данных терминов и иллюстративный материал, однако на практике даже среди опытных экспертов возникают разногласия в определении данных категорий.

«Составление полноценного атласа с иллюстрациями изменений, подходящих или не подходящих под определенные критерии, также позволило бы снизить вариабельность в экспертных заключениях, — считает Andrew Rosenkrantz. — К тому же, если в исследованиях будет выявляться значительная вариабельность в интерпретации этих терминов, то, возможно, их исключение из следующей версии шкалы PI-RADS будет необходимым и обоснованным».

Также сложна постановка заключения. Неоднозначна оценка изменений в перифе-

ОТЛИЧИЯ ДВУХ ВЕРСИЙ ШКАЛ PI-RADS	
1 VERSION	2 VERSION
27-секторное изображение	39-секторное изображение
MP-спектроскопия — возможный, но не обязательный к использованию режим	MP-спектроскопия исключена
Равноценная роль режима DCE (5-балльная система оценки)	Режиму DCE отведена вторичная роль в оценке выявленных изменений
Размер очагового образования не имеет значения (при T2-ВИ и DWI)	Размер образования 1,5 см (по данным T2-ВИ и DWI) считается пограничным между изменениями PI-RADS 4 и 5
Равнозначность всех режимов мпМРТ	Наличие «первостепенных» режимов исследования (DWI для периферической зоны и T2-ВИ для переходной зоны)
Диапазон оценок шкалы: 4–20 (T2-ВИ+DWI+DCE+MP-спектроскопия, по 5 баллов на каждый режим)	Диапазон оценок шкалы: 1–5

Если в первой версии системы PI-RADS проводилось изучение всех фаз контрастирования гадолинием вне зависимости от локализации и характера выявленного очагового образования, то в системе PI-RADSv2 режим DCE имеет значение только при оценке очаговых образований периферической зоны, которые изначально оценены как PI-RADS 3 по режиму DWI.

В такой ситуации при гиперконтрастировании образования (DCE +) итоговая категория меняется на PI-RADS 4. И на этом роль динамического МРТ с контрастированием заканчивается. «Режим DCE имеет очень узкую применимость, в связи с чем необходимость его использования следует тщательно изучить», — считает Elmira Hassanzadeh.

«Основной причиной «понижения в должности» режима DCE во второй версии системы PI-RADS были данные о малой добавочной пользе его применения. Но, учитывая собственный опыт и данные других исследований, мы посчитали неправомерным полностью отказаться от его использования в рамках рутинно выполняемого мпМРТ», — отмечают авторы шкалы.

отмечает Erik Ruda. — Но на каких исследованиях сформирован данный вывод — остается неясным. Почему бы вместо того, чтобы усложнять технологию МРТ, просто не выполнять прицельную биопсию всем пациентам с PI-RADS 3? Мы считаем, нужно стремиться к упрощению протокола МРТ исследования».

Авторы шкалы ответили на этот комментарий следующим: «Мы согласны, что для выявления клинически значимого рака предстательной железы режим DWI является ключевым и более информативным, чем режим DCE. Однако в некоторых ситуациях использование DWI для визуализации определенных областей железы может быть технически скомпрометировано «артефактами» исследования. У нас сложилось впечатление, что режим DCE позволяет с большей уверенностью интерпретировать изображения».

К примеру, Vos и соавт. (Eur Urol, 2013) показали, что количественные и полуквантитативные параметры DCE на томографе 3T позволяют разграничивать степень злокачественности очагов (low-grade vs. intermediate-grade vs. high-grade) в периферической зоне. Поэтому мы считаем, что режим DCE позволяет улучшить диагностику образова-

Вариант исследования мпМРТ

В оригинальной версии протокола PI-RADSv2 не указаны рекомендуемые параметры для проведения исследования. Принципиальные условия — это проведение исследования на томографе мощностью 3T без применения эндоректальной катушки и без задержки дыхания.

Параметры	Аксиальные T2-ВИ высокого разрешения	Аксиальное DWI	Аксиальное динамическое МРТ с контрастом (DCE)	Аксиальные T1-ВИ
Время повторения (TR)	3710 мс	4700 мс	4,22 мс	3,92 мсек
Время эхо (TE)	113 мс	93 мс	1,35 мс	1,24 мс
Толщина среза	3 мм	3,5 мм	3,5 мм	2 мм
Поле обзора (FoV)	220 мм	160 мм	220 мм	400 мм
Время сбора данных (TA)	4 мин 29 сек	6 мин 37 сек	4 мин 46 сек	21 сек
Размер пикселя	0,4 × 0,4 мм	3,1 × 3,1 мм	1,4 × 1,5 мм	1,4 × 1,5 мм
Комментарии		b-фактор — 0, 500, 1000, 1500 и 2000 с/мм ²	Контрастный препарат на основе гадолиния вводится из расчета 0,1 мл/кг и скорости 2,5 мл/сек	Позволяет исключить наличие гематомы

рической зоне предстательной железы. Образования этой зоны, которые характеризуются изменениями интенсивности сигнала только на ADC-карте или только на DWI с высоким b-фактором, не соответствуют категории PI-RADS 3 (слабо- или умеренно-выраженные изменения интенсивности на обеих сериях снимков) или PI-RADS 4 (выраженные изменения интенсивности на обеих сериях снимков). Такая неоднозначность может приводить к значительной вариации в заключениях, что также следует учесть в последующих версиях шкалы. Matthew Greer (Radiology, 2017) согласен, что в системе PI-RADSv2 имеется относительный перекрест между категориями PI-RADS 2, 3 и 4, что вызывает трудности четкой дифференцировки этих образований.

Другим обсуждаемым вопросом остается необходимость применения не только качественной, но и количественной оценки изменений. Наиболее важным для этой цели представляется вычисление индекса коэффициента диффузии (apparent diffusion coefficient, ADC). Как пример, на ежегодном конгрессе Международного сообщества по изучению магнитного резонанса в медицине ISMRM для более точного разграничения рака предстательной железы low grade vs. high grade было предложено оценивать среднее значение ADC (ISMRM 24th Annual Meeting; 2016).

К настоящему времени возможности мпМРТ позволяют с большей степенью вероятности выявлять клинически значимый рак в транзитной зоне предстательной железы, по сравнению с изменениями в периферической зоне. Однако изменения на границе периферической и центральной зон, а также в области передней фибромускулярной стромы чаще всего являются сложными для дифференциальной диагностики.

Заключение

Система унифицированной оценки PI-RADSv2 — важнейший компонент внедрения мпМРТ в практику. Она настроена на оптимизацию принципов лечения. Но экспертному сообществу необходимо исправить недостатки существующей системы, которые, возможно, связаны с небольшим опытом ее использования, а также недостаточным пониманием принципов постановки заключения. «Недостаточно было составить систему PI-RADS, потребуются скрупулезные образовательные мероприятия, чтобы сделать мпМРТ понятной и клинически значимой», — отмечают Benjamin Spilseth et al.

— Настало время, когда каждый уролог, занимающийся диагностикой и лечением рака простаты, должен уметь читать мпМРТ, — завершает И. И. Абдуллин.

Да и в целом тренд, отслеживаемый в научной литературе подтверждает, что урологи и онкоурологи должны практически наравне с радиологами «разбираться в картинках», а не просто потреблять готовые заключения. Так, в текущем году Tzour DT et al. показали, что при пересмотре данных КТ урологи в трети случаев оказались более точными в определении количества и размеров камней. Заключением стал вывод о необходимости совместной оценки КТ радиологами и урологами. Безусловно, при условии, что уролог имеет соответствующую подготовку.

К тому же, как подметили Benjamin Spilseth et al., для одного и того же исследования важен взгляд не только радиолога, расшифровывающего мпМРТ, но и уролога, который эти данные транслирует в клиническую практику. [УС](#)

Список литературы находится в редакции

STEPS — привилегия общения

В программе STEPS действует принцип «First come — first served», поэтому значение имеют не только документы, но и время их подачи. О дедлайнах подачи документов и требованиях к кандидату — в материале от специалиста, принявшего участие в STEPS в 2018 году.



Александр Олегович Васильев
К. м. н., ассистент кафедры урологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова

Конгресс Европейского общества по онкологической урологии (European Society of Oncological Urology, ESOU) — мероприятие образовательное, как правило, обобщающее. Здесь late-breaking abstracts, появившиеся в течение предшествующего года, обсуждаются не в будущем времени или сослагательном наклонении, а в контексте правок к GuidelinesEAU. Спокойно и взвешенно ESOU расставляет все точки на «i», резюмируя итоги года.

STEPS

Ежегодно в ходе ESOU проводится уникальная образовательная программа STEPS (Sessions To Evaluate Progress in the management of urological cancers) в формате круглого стола молодых онкоурологов с мировыми лидерами. STEPS состоит из четырех тематических секций, модерлируемых авторитетными экспертами, в этом году — С. P. Evans, R. E. Hautmann, P. F. A. Mulders и D. Pfister.

Ежегодно в программе принимают участие всего 20 молодых специалистов, по пять человек в каждой секции. Поэтому я называю участие в STEPS шансом привилегированного взаимодействия. Мне сложно представить иные обстоятельства, при которых общение с экспертами могло бы быть столь же близким и неограниченным.

Но, пожалуй, самое ценное в STEPS — это нацеленность на разбор клинических случаев. Ведь важно не только быть в курсе мировых трендов и новейших научных данных — об этом можно узнать и из литературных источников. Важно уметь решать повседневные клинические задачи, и это то, чему учат в STEPS в рамках гайдлайнов, но с учетом новых данных. Именно поэтому участие в программе без опыта практической клинической работы — лишь трата времени.

Теперь, имея собственный опыт участия в STEPS, я могу сказать, что дискуссия за круглым столом с мировым экспертом — это не страшное испытание от «авторитетного экзаменатора». Доброжелательность экспертов не ниже их профессионализма, беседа проходит «на одной волне», и участники не ограничены в своих вопросах и предположениях.

Steps к STEPS

Принять участие в программе STEPS может любой молодой специалист. Предпочтение отдается кандидатам с опытом практической работы более трех лет, а также с опытом участия в онкоурологических проектах и/или

исследовательских программах. Значение имеет количество публикаций и наличие опыта проведения клинических исследований. Все это кандидат описывает в анкете-заявке, в дополнение к которой требуется перечень печатных российских и зарубежных работ, а также постеров и тезисов, с которыми кандидат принимал участие в зарубежных медицинских конгрессах.

В анкете-заявке также следует указать степень приоритетности в изучении онкоурологических тем: рак предстательной железы (РПЖ), рак почки, рак мочевого пузыря и рак яичка (в порядке возрастания от 1 до 4, где 1 — наиболее интересующая тема, 4 — наименее интересующая).

Моя научно-практическая деятельность в большей степени посвящена изучению РПЖ, поэтому абсолютное большинство публикаций рассматривает именно эту нозологию. Несмотря на это и указанный интерес к секции по РПЖ, меня приняли к участию в секции по раку почки. Почему так? В неформальной обстановке эксперты пояснили, что, распределяя кандидатов по тематикам круглых столов, научный комитет STEPS стремится «подтянуть слабые стороны». Поэтому распределение обусловлено не только желанием и интересом, но также количеством публикаций по теме, процентный состав которых является наибольшим после основного пула работ.

Безусловно, для участия в программе требуется знание английского языка. Однако при принятии к рассмотрению документов оргкомитет не требует сертификатов IELTS или TOEFL, равно как и любых других документов, подтверждающих владение языком. Никакого тестирования на знание языка также не проводится. Вероятно, считается, что кандидат, имеющий публикации на английском и опыт участия в зарубежных конгрессах, не может не знать языка. Помимо отмеченного, для заявки требуется сопроводительное письмо от руководителя отделения.

После одобрения

После одобрительного решения участнику высылается официальное письмо, подтверждающее его участие в программе по одной из четырех заявленных тем, а спустя некоторое время — ситуационная задача по теме круглого стола.

Разбор клинических примеров ориентирован на последние научные достижения. Эксперты задают вопросы каждому участнику или предлагают на выбор тот или иной метод лечения. Особое внимание уделяется альтернативным методам лечения и медикаментозной терапии. По окончании программы каждому участнику направляется письмо с той же самой ситуационной задачей, которая была прислана на этапе принятия кандидата в программу. Своего рода выходной контроль знаний позволяет совсем по-другому взглянуть на клинический пример и иначе, с учетом полученных знаний, ответить на поставленные вопросы.

Я не могу сказать, что в ходе дискуссии меня что-то удивило, ведь разбор случаев проходит

в рамках существующей практики и актуальных гайдлайнов. Однако есть некоторые детали, которые, я думаю, повлияют на мою практическую деятельность.

Так, модератор круглого стола P. Mulders отметил необходимость бронхоскопии с биопсией в случае подозрения на метастатическое поражение легких и коррекции терапии с учетом полученных данных. А при разборе клинического случая пациентки 49 лет с метастатическим раком почки (с метастазом в ребро) было особо подчеркнуто, что, за исключением мозга (а в ряде случаев — и костей), метастазы должны быть по возможности удалены. Также эксперт обратил внимание на целесообразность лучевой терапии при метастатическом поражении головного мозга и костей, что приводит к уменьшению болевой симптоматики.

В дискуссии я поднял вопрос о целесообразности проведения криоабляции костных метастазов, на что P. Mulders ответил, что проведение криоабляции возможно только лишь в рамках экспериментального исследования. Кроме того, были подняты вопросы диагностики опухоли почки с учетом современных технологий, а также вопросы оказания специализированной помощи с учетом полученных данных патогистологического заключения и существующих линий терапии.

Эти знания важны, поскольку позволяют прецизионно назначать лечение каждому конкретному пациенту.

Дедлайны

Официально программа организована и поддерживается компанией IPSEN, однако решение в пользу кандидата принимает только научный комитет, оценивая предоставленные документы. Представитель IPSEN также присутствует на дискуссии, но участия в ней не принимает.

В свете сказанного я хочу выразить благодарность специалистам IPSEN, без помощи которых было бы невозможно участие в программе, и одновременно подчеркнуть отсутствие любого вмешательства со стороны компании. На мой взгляд, такая организация процесса — не что иное, как действительная заинтересованность в декларируемых целях, повышении уровня знаний специалистов.

Следующий конгресс ESOU пройдет 18–20 января 2019 г. в Праге (Чехия). Подача документов для участия в программе STEPS открыта до 5 октября 2018 г. на сайте esou19.org

Хочу обратить внимание, что при отборе кандидатов действует принцип «First come — first served». Поэтому желающим принять участие в STEPS стоит заручиться поддержкой своего руководителя и не откладывать подачу заявки. [УС](#)

Подготовила Алла Солодова

19
лет

Витапрост®
ЭКСПЕРТ
в лечении простаты

STADA



**Универсальный¹
инструмент**
в лечении заболеваний
простаты

Витапрост®

простаты экстракт

Таблетки

Наиболее удобная для пациента лекарственная форма. Оптимальна на втором этапе терапии ХП и ДГПЖ, а также для ежегодных профилактических курсов.

РУ № 002487 от 18.05.2012

Суппозитории

Классическая форма – более 10 лет самый назначаемый урологами лекарственный препарат от хронического простатита²

РУ № Р N001136/01
от 10.05.2007

Плюс

Лекарственный препарат разработанный специально для лечения бактериального простатита. Содержит суточную дозировку антибиотика – фторхинолона ломефлоксацина гидрохлорида (400 мг)

РУ № ЛСР-002821/07
от 20.09.2007

Форте

Лекарственное средство с удвоенной дозировкой³ для лечения ДГПЖ, без отрицательного влияния на половую функцию. Оптимален для реабилитации пациентов после биопсий простаты.

РУ № ЛСР-002488/07
от 16.03.2012



АО «НИЖФАРМ», Россия, 603950, г. Нижний Новгород, Бокс-459, ул. Салганская, д. 7. Дата выпуска рекламы: март-апрель 2018
ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ТОЛЬКО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

1. Показания к применению линейки препаратов Витапрост составляют более 90% от всех заболеваний простаты - доля простатита и ДГПЖ по отношению ко всем заболеваниям простаты составляет до 95,74% [Аполихин О.И., Севрюков Ф.А., Сорокин Д.А., Карлукhin И.В., Пучкин А.Б., Семёнычев Д.В., Кочкин А.Д. Динамика и прогнозы заболеваемости доброкачественной гиперплазией предстательной железы в Нижегородской области / Экспериментальная и клиническая урология, Номер №3, 2013: <http://ecuro.ru/node/2907>]
2. По данным PIndex Ipsos Comcon 2006–2016
3. Содержание простаты экстракта в препарате Витапрост суппозитории – 50 мг, в пересчете на водорастворимые пептиды – 10 мг. Содержание простаты экстракта в препарате Витапрост Форте – 100 мг, в пересчете на водорастворимые пептиды – 20 мг.

ESOU — знаменатель европейского



Сергей Александрович Рева
К.м.н., врач отделения онкоурологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург

ESOU18 | 26-28 January 2018
Amsterdam, The Netherlands

eau European Association of Urology

ESOU — подведение итогов ушедшего года в начале текущего. В 2017 году более восьми тысяч публикаций в рецензируемых медицинских журналах было посвящено раку предстательной железы (РПЖ). Об основных из них и том, как они меняют практику, — в обзоре материалов ESOU от участника конгресса.

СПАСЕНИЕ БЕЗ ПРЕИМУЩЕСТВ?

О сальважной терапии говорят то же, что раньше говорили о первичном лечении рака простаты высокого риска: «все равно будет прогрессировать».

Главное, что изменилось в лечении loco-регионарного рецидива, — это улучшение качества визуализации, связанное с техническими достижениями лучевой диагностики, — отметил в своем выступлении V. Malavaud (Франция). Он обратил внимание, что создание оптимальной зоны абляции зависит от распространения заболевания, которое часто бывает сложно оценить при прогрессии после HIFU или лучевой терапии. Кроме того, хорошая визуализация может предотвратить и развитие осложнений лечения, частота которых теоретически выше при повторном воздействии на предстательную железу. V. Malavaud в ходе конгресса продемонстрировал видео криоабляции, подчеркнув, что сегодня нет данных о преимуществе или недостатке одного метода спасительной терапии над другим.

Alberto Bossi, один из ведущих европейских специалистов в области лучевой терапии, посвятил свой доклад спасительному варианту ее проведения у больных РПЖ после РПЭ. Большая эффективность ранней лучевой терапии при БХР берет свое начало с работы Stephenson 2007 года, когда была показана значительно большая выживаемость без прогрессирования при начале лечения до повышения ПСА более 0,5 нг/мл (Stephenson A. J.

et al., JCO, 2007). Теперь накоплено много данных о преимуществе как можно более раннего проведения ЛТ (Fossati N. et al., Eur Urol, 2016) и даже при неопределяемом уровне ПСА — до достижения уровня 0,2 нг/мл (Tendulkar R. D. et al., JCO, 2016).

Известны и факторы риска, сопровождающие повышение ПСА, — стадия T3b и выше, сумма Глисона 8 и выше, положительный хирургический край (ПХК) и, возможно, быстрое время удвоения ПСА. A. Bossi отметил, что не все повышения ПСА одинаково опасны, и невозможно однозначно выявить пациентов, нуждающихся в проведении спасительной ЛТ. В будущем, вероятно, поможет геномный классификатор, как было показано в работах Zhao S. et al. (Clin Cancer Res, 2016) и Den R. et al. (J Clin Oncol, 2015). Пока же стоит ориентироваться на клинические и, прежде всего, морфологические данные.

Необходимость дополнения сальважной ЛТ гормональной терапией подтверждают данные двух новых проспективных исследований: RTOG 9601 и GETUG-16. Первое показало увеличение общей выживаемости больных при проведении спасительной ЛТ в сочетании с приемом бикалутамида 150 мг в сутки по сравнению с только ЛТ (Shiple et al., NEJM, 2017); второе — увеличение выживаемости без биохимического рецидива

в течение 5 лет при сочетании ЛТ+ГТ (6-месячный прием гозерелина) с 62% до 80% (Carric et al., Lancet Oncol, 2016). Как и в случаях с остальными вариантами сальважной и адьювантной лучевой терапии, необходимы более персонализированные подходы к выбору группы пациентов, которым они должны назначаться.

Van der Poel HG (Голландия) сообщил о результатах сальважной РПЭ. В этом случае, по словам докладчика, онкологические результаты довольно привлекательны, однако частота осложнений высока: значительно повышается частота стриктур и недержания мочи (до 40%) (Phillippou et al., Eur Urol, 2017). Схожий результат получен в недавнем системном обзоре, посвященном роботической сальважной простатэктомии: в 1% случаев отмечено повреждение прямой кишки и в 40% — недержание мочи (Zagar et al., Minerv Urol Nefrol, 2017). Mandel P. и коллеги в прошлом году опубликовали рекомендации, поддерживающие эффективность сальважной радикальной простатэктомии (РПЭ), в которых указывается, что эффективность операции выше при благоприятных исходных показателях (T2b и меньше, сумма Глисона 7 и меньше) и относительно невысоком (менее 10 нг/мл) ПСА перед сальважной РПЭ (Mandel P. et al., BJU Int, 2017).

В этом же исследовании проведено сравнение результатов РПЭ после различных методов первичного лечения; лучшая выживаемость без прогрессирования отмечена после фотодинамической терапии (ФДТ) и высокоинтенсивного

сфокусированного ультразвука (HIFU), хуже — после ЛТ и значительно хуже — после брахитерапии. Также докладчик привел результаты национальной голландской базы данных по выполнению спасительной терапии — результаты выживаемости после методик соответствуют данным Mandel P. et al. Данные собственного опыта автора показывают меньшую выраженность недержания после HIFU, и именно эти больные РПЖ в стадии T2, как отмечено в выводах, являются идеальными кандидатами для сальважной РПЭ. Также отмечено, что данных об онкологической эффективности сальважных процедур сегодня недостаточно. Критерий вероятности развития недержания — «апикальный эффект» первоначальной терапии, проявляющейся в протяженности сохраненной уретры (MUL).

В ходе дискуссии Steven Joniau в ответ на вопрос о целесообразности сальважной терапии как таковой сказал, что сегодня мы говорим о сальважном лечении то же, что раньше говорили о первичном лечении: «не надо лечить рак простаты высокого риска, так как он все равно будет прогрессировать».

Сегодня отношение к первичной РПЭ поменялось и, видимо, очередь за сальважной РПЭ. С другой стороны, «если мы что-то делаем, то это не значит, что это надо делать», — заключил дискуссии Alberto Bossi, отмечая необходимость более жесткого отбора пациентов для какой-либо из перечисленных методик.

ОЛИГОМЕТАСТАТИЧЕСКИЙ РПЖ

Единственно возможный вариант лечения РПЖ в стадии M+ — системная терапия, считает N. Mottet.

Концепция олигометастатического рака была озвучена Hellman S. и Weichselbaum R. R. еще в 1995 году, после чего определение данного процесса менялось, в том числе и в отношении РПЖ. Прежде всего, необходимо понимать, идет речь о синхронном поражении (первичные метастазы) или метакронном (предшествующее лечение первичного очага и возникновение метастазов при наблюдении). Однако эксперты отмечают, что нынешняя классификация не отвечает требованиям современных тенденций об усилении активности лечения омРПЖ. Еще в 2006 году Rubin P. et al. предложили классификацию мРПЖ в зависимости от количества очагов: единичный очаг (M1), 2–5 метастазов (M2), множественные метастазы одного органа (M3) и полиметастатический процесс в нескольких органах (M4).

Первыми эффективностью лечения первичного очага при олигометастатическом раке простаты признали радиологи, в последние годы к ним присоединились хирурги.

Сегодня признано, что безопасность и патоморфологические показатели (статус хирургического края и пр.) циторедуктивной простатэктомии сопоставимы с местнораспространенным РПЖ (Mandel P. et al., Curr Opin Urol, 2017). Тем не менее, известные на сегодня исследования носят ретроспективный характер и только одно (Gandaglia et al., 2017) имеет адекватную медиану наблюдения — 63 месяца. В заключение M. Brausi отметил, что, несмотря на впечатляющие результаты, мнение актуальных стандартов заключается в возможности использования циторедуктивной РПЭ только в клинических исследованиях (EAU Guideline, 2017).

V. Jercecek-Fossa (Италия) сообщила о достижениях лучевой терапии в лечении омРПЖ. Аналогично хирургическому лечению, согласно современным данным, в этой ситуации локальное лучевое воздействие повышает эффективность и улучшает онкологические результаты. В докладе было приведено мнение K. Harrington (Лондон): «ЛТ при распространенном процессе должна считаться частью

иммунной терапии». На позитивный лад настраивает то, что сегодня проводится 29 проспективных исследований, изучающих лечение олигометастатического рака с применением лучевой терапии для локального контроля — в различных техниках, сочетаниях препаратов и т. д. В их числе, например, работа P. Ost et al. (J Clin Oncol, 2017) — первое проспективное рандомизированное клиническое исследование при омРПЖ, в настоящее время находящееся во 2-й фазе испытания. Также ведутся поиски предикторов «истинной олигометастатичности» процесса, среди которых, например, microRNA-200c.

N. Mottet свое сообщение начал с критики всего того, что говорилось в сессии до него. «Это может работать, или это... но это не доказательная медицина!» — коротко подытожил председатель секции по РПЖ Европейской ассоциации урологов. По его словам, единственно возможный вариант лечения РПЖ в стадии M+ — системная терапия, стало быть, дальнейшее обсуждение вариантов лечения может идти только в этом русле: сравнение схем, комбинаций, эффективности и осложнений. Тех же самых позиций участники сессии придерживались и в дискуссии, однако N. Mottet признал, что пациенты с местнораспространенным агрессив-

ным РПЖ на момент диагностики уже во многих случаях (по некоторым данным — в 50% случаев) являются олигометастатическими, но с невыявленными метастатическими очагами, что возвращает проблему в озвученное с самого начала русло — к вопросам диагностики.

Принимая во внимание теоретическую возможность эффективности хирургического удаления за пределами простатической ямки, было предложено несколько развернуть обсуждение в сторону метода лечения поражения регионарных лимфоузлов после радикального лечения — открывая (эту позицию отстаивал S. Joniau, Leuven) или роботическая (N. Suardi, Милан) сальважная ЛАЭ (СЛАЭ). Начав с ее эффективности в целом, N. Suardi сообщил о том, что клиническое прогрессирование (отсутствие очагов при лучевых исследованиях) в течение 3 лет наблюдения после СЛАЭ не отмечается у 60% (собственные данные), а полный ответ по ПСА варьирует от 22,4% (Tilki D. et al.) до 73% (Karnes et al.). По опыту урологов миланского госпиталя San Raffaele, если нет поражения регионарных ЛУ, метастазов в забрюшинные ЛУ не отмечается. Однако если вовлекаются

узлы до бифуркации аорты, то вероятность наличия позитивных ЛУ парааортально и паракавально выше и надо выполнять диссекцию в этих зонах. Для этого при использовании робота необходимо выполнять редокинг — перестановку портов и разворачивание пациента.

В 2017 году вышла статья, посвященная эффективности СЛАЭ, выполненной имен-

но роботическим способом, которая показала, что результаты не хуже (количество удаленных лимфоузлов и метастатически пораженных), но несут в себе преимущество в виде уменьшения длительности госпитализации (Abreu A. et al., BJU Int, 2017). К такому же выводу пришел Мультиинститутский совет по спасительной лимфаденэктомии, проведенный в 2017 году (Multiinstitutional sLND collaboration, EAU, 2017).

S. Joniau, говоря о преимуществах открытой СЛАЭ, при том, что сам активно оперирует на роботе, отметил не только технические удобства (нет необходимости в переустановке оборудования), но и эргономику — возможность заглянуть во все места за сосудами. Вопрос выполнения или невыполнения спасительной ЛАЭ в дискуссии не обсуждался: оба докладчика отстаивали позицию ее необходимости в ряде случаев.

Говоря о необходимости зональной оценки количества удаленных и пораженных ЛУ, оба сошлись во мнении, что «чем больше данных мы имеем, тем больше у нас возможности воспользоваться этими данными», — как с научной, так и с клинической точки зрения (например, возможное последующее распределение лучевого воздействия).

НЕОАДЬЮВАНТ

К неoadьювантной терапии гораздо больше вопросов, чем ответов на них: нет показаний для ее проведения, системы контроля эффективности и тактики при неэффективности.

Согласно рекомендациям, неoadьювантная гормональная терапия (ГТ) не рекомендована к применению за пределами клинических исследований. Хотя она имеет рациональные предпосылки: предоставление раннего системного лечения при невыявленном олигометастатическом процессе, улучшение условий для хирургического лечения, отражение эффекта лечения на удаляемом препарате. С другой стороны, она отодвигает радикальное лечение и может быть избыточной опцией.

Другая история — с гормональной терапией перед лучевой терапией и параллельно с ней. Польза данной комбинации доказана еще в 2002 году, начиная с работы Bolla M. et al. (Lancet, 2002). Это исследование EORTC показало преимущество сочетания ЛТ и ГТ в достоверном улучшении 5-летней общей выживаемости с 62 % до 78 %, а выживаемости без прогрессирования — с 40 % до 74 %. Объяснения эффективности ГТ следующие: уменьшение объема простаты с последующим уменьшением необходимого объема воздействия, повышение оксигенации клеток опухоли и вследствие этого — чувствительности клеток к лучевой терапии, индуцированное апоптоза и элиминация опухолевых клеток, потенциально резистентных к ЛТ.

Впервые за многие годы активное обсуждение коснулось неoadьювантной химиогормональной терапии (НХГТ). Означает ли это возможность каких-то перемен в ее статусе? НХГТ имеет гораздо менее продолжительную историю, по сравнению с гормональной терапией перед радикальным лечением, однако даже до признания таксанов средством выбора в лечении кастрационно-резистентного РПЖ доцетаксел оценивался в качестве средства улучшения предоперационных характеристик и сначала — как средство монотерапии. Это было осуществлено в четырех исследованиях, в том числе одном из России (Nosov A. K. et al., The Prostate, 2017). Все эти работы отличались по множеству факторов: длительности терапии (от 6 недель до 6 месяцев), дозе доцетаксела, количеству пациентов и длительности наблюдения за ними. Но главное, что монотерапия доцетакселем не показала достаточно убедительных клинических преимуществ: полного патоморфологического ответа и значимого улучшения выживаемости. Тем не менее, по мнению докладчика, результаты ряда исследований по изучению комбинации таксанов и гормональных препаратов, показавшие безопасность и эффективность, прежде всего, у больных РПЖ высокого риска, позволяют надеяться на благоприятные результаты в будущем. Как,

например, в проспективном исследовании Silberstein J. L. et al. (BJU Int, 2015), показавшем при проведении НХГТ 10-летнюю выживаемость без прогрессирования заболевания 84 % и общую — 78 %. После НХГТ реже развивались отдаленные метастазы и БХР. Результаты двух проспективных рандомизированных исследований III фазы — GALGB 90203 (Eastham J. A. et al.) и GETUG 12 (Fizazi K. et al.) — ожидаются в ближайшее время и могут изменить соотношение сил. Но, судя по количеству проводимых работ, основные надежды все же возлагаются на неoadьювантное использование таргетной терапии и иммунотерапии, в отношении которых в настоящее время зарегистрировано несколько десятков клинических исследований.

N. Mottet оппонировал в данной дискуссии крайне радикально, доказывая абсолютную нецелесообразность любой формы неoadьювантной терапии перед РПЭ. Больше того, докладчик сослался на то, что в 2017 году появилась работа, говорящая о вреде неoadьювантной терапии, — выживаемость при ГТ перед РПЭ хуже (Tosco et al., The Prostate, 2017).

Не проще ситуация с неoadьювантной ХГТ: все исследования сочетали таксаны с эстрамустином и включали очень небольшое количество больных (Fujito et al., Int J Clin Oncol, 2017). Кроме того, само использование эстрамустина не у больных с метастатическим КРПЖ, по меньшей мере, сомнительно. А ведь сочетание этого препарата с доцетакселем —

схема неoadьювантной терапии двух проспективных исследований, GALGB 90203 (данные планируются быть представленными в 2018 году) и GETUG 12, на которые ссылался A. Volpe как на перспективные работы!

Информацию по НХГТ профессор N. Mottet дополнил данными нескольких исследований. Первое — RTOG 0521 — касалось неoadьювантной терапии перед ЛТ и показало пусть небольшое, но достоверное увеличение 4-летней ОВ с 89 % до 93 % при проведении ГТ в течение 2 лет и 6 циклов доцетаксела (Sandler et al., J Clin Oncol, 2015). Безусловно, НГТ и особенно НХГТ приводят к модификации опухолевых клеток, андрогенных рецепторов и их сплайс-вариантов, что показало исследование Beltran et al. (Clin Cancer Res, 2017), особенно при РПЖ высокого риска (Miyata et al., The Prostate, 2017). Но все это — в рамках клинических исследований и не должно вести к изменению отношения к локализованному и местнораспространенному РПЖ.

Если подводить итог выступления N. Mottet, то можно сказать, что в проведении неoadьювантной терапии гораздо больше вопросов чем ответов: нет показаний для ее проведения, критериев контроля эффективности и последовательной тактики при неэффективности проводимой терапии.

ЛАЭ

ЛАЭ имеет сомнительную эффективность и сопряжена с развитием осложнений с одной стороны, но обладает высокой диагностической ценностью и позволяет определить показания к адьювантной терапии с другой.

Роль лимфаденэктомии (ЛАЭ) — одна из самых неясных не только в онкоурологии, но и вообще во всей онкологии. Доказанной считается лишь ее диагностическая функция. Сегодня для оценки необходимости выполнения ЛАЭ используются номограммы, показывающие вероятность метастатического поражения ЛУ, но американские и европейские онкоурологи по-разному относятся к ЛАЭ.

В США необходимость выполнения ЛАЭ возникает чаще, так как по стандартам NCCN она нужна, если риск N+ превышает 2 %, а в Европе — при достижении порога 5 %. Согласно американским рекомендациям, ЛАЭ должна рассматриваться при выполнении РПЖ у всех больных с локализованным РПЭ, абсолютным же показанием считается риск, превышающий порог 2 %. В Европе удаление лимфоузлов не рекомендовано при заболевании низкого риска.

Мнения об эффективности расширенной диссекции также неоднозначны. По данным Abdollah F. et al. (Eur Urol 2015), больший

объем улучшает раковоспецифическую выживаемость (PCV) при N+, кроме количества удаленных ЛУ, предикторами выживаемости оказались сумма Глисона 8–10 и проведение адьювантной ЛТ. С другой стороны, в системном обзоре 2017 года (N. Fossati et al., Eur Urol) оценена эффективность ЛАЭ в разном объеме у более 275 тысяч пациентов. Авторы сделали вывод об отсутствии данных об улучшении онкологических показателей при расширении объема ЛАЭ.

C. P. Evans отметил, что важным событием в этом вопросе в 2017 году стала конференция по распространенному раку простаты (APCCS), на которой специалистами почти единогласно (84 % участников) признана необходимость выполнения лимфодиссекции у больных РПЖ высокого риска с cN0M0 при выполнении РПЭ; 9 % опрошенных выступили за выполнение ЛАЭ у избранных пациентов и 5% проголосовали против удаления лимфоузлов у этих больных. Касательно минимального объема удаленных ЛУ при клинически негативных регионарных узлах 76 % участников консенсуса проголосовали за необходимость их удаления в количестве ≥ 11 (49 % — 11–19 и 27 % за ≥ 20 лимфоузлов);

однако 15 % специалистов посчитали возможным ограничиться 5–10 ЛУ и еще 9 % воздержались от ответа. Обязательным посчитали удаление лимфоузлов запирательной группы 98 % специалистов, далее следовали внутренняя (90 %) и наружная (85 %) подвздошная группы; значительно менее необходимым признано удаление пресакральных лимфоузлов (46 %) и наружных подвздошных (45 %). В то же время большинство специалистов высказалось против рутинного удаления парааортальных лимфоузлов (95 %) (Gillesen S., et al. Eur Urol, 2018).

M. Graefen подробнее раскрыл результаты работы N. Fossati et al. и показал, что анализ был очень неоднородным: 18 исследований имели разный уровень ЛАЭ, 16 исследований не выявили различий в частоте развития биохимического рецидива, в одном онкологические показатели при pNx сравнились с pN0 и т. д. Наименьшие преимущества несет в себе ЛАЭ при РПЖ низкого риска — без каких-либо онкологических преимуществ по сравнению с пациентами, которым лимфоузлы не удалялись в принципе. Однако аналогичные результаты получены у пациентов с высококодифференцированным (сумма баллов по Глисона 6) РПЖ промежуточного риска (Mandel P. et al., Oncology, 2016). В отношении рака простаты промежуточного и высокого риска с риском поражения ЛУ (согласно номограммам) > 5 % ожидаются результаты европейского анализа

деятельности в этом направлении четырех центров с более чем 10 тысячами пациентов; предварительные данные показали улучшение выживаемости без биохимического рецидива при более агрессивной хирургической тактике (Tilki D. et al., 2018, in press).

В 2017 году на ASCO было представлено бразильское исследование, также сравнившее ограниченную и расширенную ЛАЭ и показавшее более чем в 4 раза большее количество удаляемых ЛУ (17 против 4), в 6,3 раза большее количество позитивных лимфоузлов, но не показавшее различий в БРВ, РСВ и частоте костных метастазов (Felipe J. et al., JCO 2017). Mandel P. et al. в анализе группы пациентов с N+ показали, что при удалении более чем 13 ЛУ достоверно уменьшается частота отдаленных метастазов (Mandel P. et al., Eur Urol Focus, 2016). Кроме того, часть пациентов с N+ может быть излечена только с помощью РПЭ с ТЛАЭ.

В качестве вывода M. Graefen подытожил европейское отношение к ЛАЭ: неочевидные преимущества выполнения и большая частота осложнений — на одной чаше весов, но четкая диагностическая роль и определение показаний к адьювантной терапии — на другой.

Достижение кастрации. EAU — 2018

Мужчины, получающие андрогенную депривационную терапию (АДТ), — это группа людей с экстремально низким уровнем тестостерона (сопоставимым с уровнем у женщин и детей). Лабораторная диагностика у таких пациентов должна быть особенно точной. Эксперты рекомендуют проводить исследования регулярно — даже если ПСА не определяется. О новых данных по АДТ и необходимости внимания урологов к тонкостям лабораторной диагностики — в обзоре по новым материалам ежегодного конгресса EAU.

Взаимозаменяемы ли агонисты ЛГРГ и имеет ли значение то, как проводятся лабораторные исследования у пациентов, уже получающих андрогенную депривационную терапию (АДТ)? На эти вопросы не даны ответы в современных рекомендациях. Но именно они требуют пристального внимания онкоурологов.

Согласно обновленной версии рекомендаций Европейской ассоциации урологов (EAU), для пациентов с гормоночувствительным метастатическим РПЖ традиционная АДТ должна быть назначена в комбинации с доцетакселом или абиратероном. Без добавления того или другого препарата АДТ может быть предложена в качестве варианта лечения для пациентов, имеющих противопоказание к абиратерону или доцетакселу или не желающих дополнять АДТ.

На вопрос о том, каким должен быть выбор самой андрогенной депривации, профессиональное сообщество четкого ответа не дает. В рекомендациях отмечено, что не существует доказательств первого уровня (level 1) для выбора между аналогами ЛГРГ. И даже антагонист ЛГРГ дегареликс рассматривается как сравнимый с аналогами.

Однако в обновленной редакции рекомендаций отмечено, что применение антагониста ЛГРГ дегареликса может давать преимущество пациентам при угрозе компрессии спинного мозга или при наличии инфравезикальной обструкции. «Но данная рекомендация приведена с пометкой “weak”, — обратил внимание профессор N. Mottet.

Национальный институт лучших практик в здравоохранении и уходе в Великобритании NICE в 2017 году в рамках независимой оценки эффективности комбинированной терапии гормон-зависимого РПЖ отметил, что оправданным применение дегареликса может быть именно при угрозе скелетных осложнений [1]. Помимо этого, общая выживаемость при приеме гозерелина и лейпрорелина ниже, чем при лечении дегареликсом, относительно которого трипторелин демонстрирует превосходящие показатели по выживаемости. Хотя и это утверждение неоднозначно, так как прямых долгосрочных сравнений недостаточно.

Не исключено, что трипторелин действительно может давать клинические преимущества и по эффективности превосходить другие аналоги ЛГРГ и даже дегареликс. Его преимущества могут быть связаны с высоким средством рецепторам ЛГРГ: оно в 100 раз выше, чем у эндогенного ЛГРГ и в два раза выше, чем у лейпрорелина и гозерелина [2]. По мнению Neuns C. F. et al., трипторелин дольше поддерживает уровень тестостерона на минимальном уровне, что и может сказываться на выживаемости пациентов [3]. Для достоверного утверждения, что это действительно так, потребуются прямые сравнения. Пока же все аналоги ЛГРГ рассматриваются как взаимозаменяемые.

Проф. P. V. Østergren обратил внимание на собственные данные, опубликованные в июне 2017 года в Journal of Urology [4]. В рандомизированном клиническом исследовании 58 гормоночувствительных пациентов из Herlev and Gentofte University Hospital были рандомизированы на две группы: одни получали трипторелин, другим была проведена хирургическая кастрация. При применении трипторелина доля пациентов, достигших уровня кастрации 20 нг/дл составила: 97% vs 79% через 12 недель и 100% vs 87% через

48 недель соответственно (P < 0,05). «Насколько нам известно, это первое клиническое исследование, демонстрирующее различие эффектов медикаментозной и хирургической андрогенной депривации», — отметил докладчик.

В цитируемом исследовании отмечено, что данная работа — не первая, в которой поднимается вопрос о вероятно более глубокой андрогенной депривации, достигаемой медикаментозным подходом. В этом исследовании значительные различия в супрессии тестостерона могут быть обусловлены тем, что пациентам проведена субкапсулярная орхихэктомия, которая может не давать эффективного снижения концентрации тестостерона в крови в связи с сохранением лейдигоподобных клеток в белочной оболочке яичка и его придатке. Тем не менее, если ранее АДТ рассматривалась как более щадящий метод лечения с психологической точки зрения, то теперь фокус сместился в сторону ее большей эффективности в сравнении с хирургическим лечением.

По мнению экспертов EAU, урологам необходимо обратить внимание на уровень тестостерона у пациентов, получающих АДТ, а также на методы, применяемые при определении уровня гормона. В рекомендациях EAU кастрационным считается уровень 50 нг/дл, достижение значения 20 нг/дл и ниже связано с клиническими преимуществами: увеличением ВВП и ОВ, увеличением времени до установления кастрационной резистентности.

Уровень тестостерона 50 нг/дл как критерий кастрации был принят в 80-х годах на основании данных по пациентам, прошедшим орхихэктомию. На тот момент исследования проводились с помощью радио-иммунологического анализа, и установленный уровень был нижним пределом возможностей количественной оценки. Уже в 2000-х годах при применении хемиллюминесцентного анализа было установлено, что при кастрации уровень тестостерона может снижаться до 20 нг/дл и ниже.

На настоящий момент хемиллюминесцентный анализ — наиболее распространенный при определении уровня тестостерона в крови, однако он имеет недостатки, связанные с точностью и воспроизводимостью при экстремально низких концентрациях гормона. В 2007 году American Endocrine Society рекомендовало применять метод жидкостной хроматографии и тандемной масс-спектрометрии (Liquid chromatography and tandem mass spectrometry, LC MSMS) в качестве единственно подходящего метода определения уровня тестостерона у женщин и детей [5].

По мнению J. Morote, несмотря на то, что вопрос о грани кастрации остается спорным, пациенты, получающие АДТ, должны проходить исследования с применением отмеченного сверхчувствительного и точного метода наравне с женщинами и детьми. Схожее мнение в своем выступлении высказал P. V. Østergren.

Как отметил J. Morote, даже при применении порога 50 нг/дл хемиллюминесцентный анализ завышает уровень тестостерона, что может стать причиной несвоевременного установления кастрационной резистентности и повлечь принятие неверного клинического решения почти в 15% случаев. Такие выводы сделаны по результатам исследования уровня тестостерона разными методами у 126 пациентов, получавших АДТ [6].

Согласно рекомендациям EAU, первое измерение уровня тестостерона необходимо провести через месяц после начала лечения. Профессор N. Mottet обратил внимание на необходимость проводить контроль уровня тестостерона при каждом подъеме показателя ПСА, а повышение концентрации тестостерона выше целевого уровня должно быть замечено и приводить к смене терапии. А по данным Morote et al., так называемые «всплески» тестостерона выше целевого уровня представляют собой независимый прогностический неблагоприятный фактор, указывающий на риск дальнейшего повышения ПСА и развития кастрационно-резистентного рака предстательной железы (КРРПЖ). Частота таких событий различна для различных препаратов, самая низкая — при применении трипторелина [7]. D. Wille et al., опубликовавшие эти данные, не поднимают вопрос о преимуществах одного препарата над другим. Авторы обращают внимание, что скачки тестостерона происходят и без повышения ПСА и могут оставаться незамеченными.

«Многие клиницисты считают, что если ПСА не определяется, то не может быть сомнений и переживаний относительно всплесков тестостерона и, соответственно, отсутствует необходимость измерять его. Наше исследование ставит под сомнение веру в это утверждение», — пишут авторы исследования. По их мнению, исследование уровня тестостерона должно быть регулярным, особенно у молодых пациентов.

Несмотря на практически неизбежную прогрессию к КРРПЖ у большинства пациентов, получающих АДТ, контроль уровня тестостерона в рутинной практике необходимо улучшить, отметили эксперты EAU. A. S. Sabarkara в публикации подчеркнула, что лаборатории ориентируются на референсные значения, имеющие клиническое значение при выявлении гипогонадизма и назначении гормональной заместительной терапии [8].

В отношении же пациентов, получающих АДТ, даже сами лаборатории оказываются неподготовленными для выполнения исследований должного уровня. А онкоурологи зачастую не задумываются, каким методом выполняется исследование крови.

С добавлением ли абиратерона или доцетаксела или без, но АДТ продолжает играть решающую роль в лечении мРПЖ. Ее преимуществами являются потенциальная обратимость эффекта, системное угнетение синтеза андрогенов и высокая надежность. Аналоги ЛГРГ чаще других лекарственных средств выступают препаратами выбора при различных формах РПЖ. И каким бы ни стал выбор, на каждом этапе лечения необходим тщательный контроль над уровнем тестостерона. **УС**

Список литературы находится в редакции.

Подготовила Анна Ахлестина

Данная статья отражает независимое мнение эксперта и не является рекламной публикацией



Диферелин® - аналог гонадолиберина, дающий время, когда его нет



Надежная поддержка на всем протяжении борьбы с раком простаты

Со стабильными и подтвержденными характеристиками

ЭФФЕКТИВНОСТЬ*
ДОЗИРОВКА
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ФОРМЫ
ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Информация для медицинских специалистов предоставляется в соответствии с пп.4 ст. 74 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» для ознакомления пациента о наличии в области аналогичных лекарственных препаратов. Дегареликс® является товарным знаком, зарегистрированным компанией «ИПСЕН Фарма» на территории РФ. Если Вы хотите сообщить о нежелательных явлениях, жалобах на препарат, пожалуйста, свои претензии направляйте в регуляторные органы или в Московское представительство компании «ИПСЕН Фарма»: 109147, г. Москва, ул. Таганская 19, тел. +7 (8) 495 258 54-00, факс: +7 (8) 495 258 54-01, rhamtasov@ipssen.ru, ipssen@ipssen.com. В нерабочие часы круглосуточно: телефон: 8 (916) 999-30-28 (для приема сообщений о нежелательных явлениях и претензиях на качество препарата компании ИПСЕН) 8 (800) 700-40-25 (служба медицинской информации по препаратам компании для специалистов здравоохранения). При возникновении медицинских вопросов пришлите, пожалуйста, информацию: medical.information.russia.cis@ipssen.com

* Доказана в исследованиях: 1. Lundström EA, et al. Clin Drug Investig. 2009;29(2):757-65; 2. Botta H, et al. Prog Urol. 2007;17(2):235-9; 3. Piousard G, et al. Future Oncol. 2013;9(1):93-102; 4. Bolla M, et al. N Engl J Med. 2009;360:2516-27; 5. NICE. Final appraisal determination, Degarelix for treating advanced hormone-dependent prostate cancer: Evidence Review Group's Report, April 2014.

ООО «ИПСЕН»
Россия, 109147, Москва, ул. Таганская, 17-23
Тел.: +7 (495) 258 54 00; факс: +7 (495) 258 54 01
www.ipssen.ru

RUS/DIP/16022017

Иммунотерапия возможна единожды

Комбинация ипилимумаба с ниволумабом входит в первую линию терапии метастатического почечно-клеточного рака (мПКР). Лечиться по старым схемам могут пациенты хорошего прогноза или неподходящие для применения иммунотерапии.

Правки Европейской ассоциации урологов (European Association of Urology, EAU) основаны на результатах Checkmate-214. Это клиническое исследование III фазы стало первым, которое пошатнуло уверенность в сунитинибе как препарате выбора первой линии терапии.

В нем приняли участие около 1100 пациентов, ранее не получавших системную лекарственную терапию по поводу мПКР. При применении указанной комбинации иммунопрепаратов эффективность оказалась достоверно выше по таким показателям, как частота объективных ответов (42 % против

27 %), выживаемость без прогрессирования (11,6 месяцев против 8,4) и общая выживаемость (не достигнута при комбинации Ipi-Nivo и 26 месяцев при терапии сунитинибом), по сравнению с сунитинибом. Однако данная тенденция справедлива для пациентов с промежуточным и неблагоприятным прогнозом. В группе же благоприятного прогноза сунитиниб оказался лучше: частота ответов 52 % для сунитиниба и 29 % для комбинации иммунопрепаратов, выживаемость без прогрессирования — 25,1 и 15,3 месяцев соответственно.

Этими данными и обосновано включение пары ипилимумаб+ниволумаб в первую линию терапии мПКР для пациентов промежуточного и неблагоприятного прогноза. В группе хорошего прогноза EAU по-прежнему рекомендует начинать лечение с сунитиниба или пазопаниба, делая, однако, оговорку, что и эта рекомендация может измениться при появлении более зрелых данных.

Важно, что известная токсичность ипилимумаба нивелирована: в CheckMate-214 он применялся в дозировке втрое меньше той, что назначается при меланоме, — 1 мг вместо 3 мг. При такой дозировке препарата частота нежелательных явлений (НЯ) снижается незначительно, но зато они проще купируются и переносятся. Если все же терапия становится невозможной из-за токсичности ипилимумаба, то EAU рекомендует продолжить терапию без него, то есть завершить курс только применением ниволумаба. Пациентам, прекратившим лечение из-за НЯ, EAU не рекомендует возобновлять курс лечения без мультидисциплинарного и досконального изучения случая и его экспертной оценки.

EAU не рекомендует ориентироваться на экспрессию PD-L1. Не исключается, что в будущем маркер может быть применим для отбора пациентов и прогнозирования эффективности лечения. Однако данный вопрос все еще изучается, и рутинная оценка экспрессии PD-L1 в текущей версии гайдлайнов пока не рекомендована.

В последующей линии терапии должна применяться антиангиогенная терапия. Но какой из препаратов — эксперты заключить не смогли. Поэтому во второй линии просто рекомендовано применение VEGF-таргетной терапии. Выбор онкологу придется делать самостоятельно, на основании собственного опыта и доступности препарата. Единственное, что отмечает EAU, — это меньшая благосклонность к применению сорафениба и тивозаниба. Остальные же препараты, по мнению экспертов EAU, при применении после ингибиторов чекпойнтов относительно равнозначны. Применение ингибиторов mTOR признано

возможным только в случае, если противопоказано применение анти-VEGF.

К применению во второй линии комбинации бевацизумаба с интерфероном эксперты EAU неблагоприятны. Дело в том, что этот вариант лечения также относится к иммунотерапии, возобновление которой после прогрессирования — вопрос спорный и недостаточно изученный.

При последовательном назначении ингибиторов чекпойнтов и анти-VEGF выбор терапии третьей линии становится тупиковым. Чем лечить дальше, эксперты EAU не знают, что и отмечено в тексте рекомендаций. Выбор должен быть сделан с учетом данных об эффективности препарата при рефрактерности к анти-VEGF терапии. Предпочтительным EAU называет выбор в пользу кабозантиниба. Применение сорафениба и эверолимуса EAU считает менее привлекательным.

Применение ингибиторов чекпойнтов в комбинации с анти-VEGF или другими препаратами в третьей линии, как и использование комбинации ипилимумаб+ниволумаб вне первой линии, возможно только в рамках клинических исследований. Вероятно, что такие варианты лечения тоже когда-нибудь могут стать новым стандартом.

Пока же EAU заключает: пациент должен получить ингибиторы чекпойнтов лишь однажды, возобновление терапии не рекомендовано. И этот единственный раз должен быть проведен в экспертном центре, с возможностью мультидисциплинарного подхода, отмечает EAU.

Подготовила Алла Солодова

	Первая линия терапии	Вторая линия терапии	Третья линия терапии
Благоприятный прогноз заболевания (IMDC)	Сунитиниб или пазопаниб	Кабозантиниб или ниволумаб	Кабозантиниб или ниволумаб
	Ипилимумаб или ниволумаб	Анти-VEGF терапия	Альтернативные таргетные препараты
Неблагоприятный или промежуточный прогнозы заболевания (IMDC)	Ипилимумаб или ниволумаб	Анти-VEGF терапия	Альтернативные таргетные препараты
	Кабозантиниб, сунитиниб или пазопаниб*	Анти-VEGF терапия	Альтернативные таргетные препараты или ниволумаб

 — настоятельные рекомендации Пазопаниб* — только для промежуточного прогноза
 VEGF — фактор роста эндотелия сосудов IMDC — International Metastatic Renal Cell Carcinoma Database Consortium

Рис. Обновленные рекомендации EAU по лечению мПКР



Наиболее востребованная дозировка¹

100 мг

12

1-я ЛИНИЯ ТЕРАПИИ ЭД^{4,5}

Решение для «постоянных» пациентов с ЭД



Выгодная стоимость за прием Оригинального Силденафила²

Препарат лидер в категории средств³

Торговое название лекарственного средства: Виагра®. Международное непатентованное название: силденафил. Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой. Состав: силденафила цитрат (эквивалентно 25 мг, 50 мг или 100 мг силденафила). Фармакологические свойства: силденафил — мощный селективный ингибитор циклогуанозинмонофосфат (ЦГМФ) — специфической фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ5). Показания к применению: лечение нарушений эрекции, характеризующихся неспособностью к достижению или сохранению эрекции полового члена, достаточной для удовлетворительного полового акта. Силденафил эффективен только при сексуальной стимуляции. Противопоказания: повышенная чувствительность к силденафилу или к любому другому компоненту препарата; применение у пациентов, получающих постоянно или с перерывами донаторы оксида азота, органические нитраты или нитриты в любых формах, поскольку силденафил усиливает гипотензивное действие нитратов; совместное применение ингибиторов ФДЭ5, включая силденафил, со стимуляторами гуанилатциклазы, такими как риоцигуат, так как это может приводить к симптоматической гипотензии; совместный прием Виагры® с другими средствами лечения нарушений эрекции; переносимость лактозы, дефицит лактазы, глюкозо-галактозная мальабсорбция; тяжелая печеночная недостаточность (класс С по классификации Чайлд-Пью); одновременный прием ритонавира; тяжелые сердечно-сосудистые заболевания (тяжелая сердечная недостаточность, нестабильная стенокардия, перенесенные в течение последних 6 месяцев инсульт или инфаркт миокарда, жизнеугрожающие аритмии, гипертензия (АД > 170/100 мм рт.ст.) или артериальная гипотензия (АД < 90/50 мм рт.ст.); пациенты с эпизодами развития неартериальной передней ишемической нейропатии зрительного нерва с потерей зрения в одном глазу; наследственный пигментный ретинит; по зарегистрированному показанию препарат Виагра® не предназначен для применения у детей до 18 лет и у женщин. С осторожностью: анатомическая деформация полового члена (ангуляция, кавернозный фиброз или болезнь Пейрони); заболевания, предрасполагающие к развитию приапизма (серповидно-клеточная анемия, множественная миелома, лейкоз, тромбозитемия); заболевания, сопровождающиеся кровотечениями; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения; нарушения функции печени; тяжелая почечная недостаточность (КК < 30 мл/мин); пациенты с эпизодом развития передней неартериальной ишемической нейропатии зрительного нерва в анамнезе; одновременный прием блокаторов альфа-адренорецепторов. Способ применения и дозы: внутрь. Рекомендуемая доза для большинства взрослых пациентов составляет 50 мг примерно за 1 час до сексуальной активности. С учетом эффективности и переносимости доза может быть увеличена до 100 мг или снижена до 25 мг. Максимальная рекомендуемая доза составляет 100 мг. Максимальная рекомендуемая кратность применения — один раз в сутки. Нарушения функции почек: при тяжелой почечной недостаточности (КК < 30 мл/мин) — дозу силденафила следует снизить до 25 мг. Нарушения функции печени: поскольку выведение силденафила нарушается у пациентов с повреждением печени (в частности, при циррозе), дозу препарата Виагра® следует снизить до 25 мг. Совместное применение с ритонавиром не рекомендуется. В любом случае максимальная доза препарата Виагра® ни при каких обстоятельствах не должна превышать 25 мг, а кратность применения — 1 раз в 48 часов. При совместном применении с эритромицином, саквинавиром, кетоконазолом, итраконазолом начальная доза препарата Виагра® должна составлять 25 мг. Побочное действие: обычно побочные эффекты препарата Виагра® слабо или умеренно выражены и носят преходящий характер. В исследованиях с применением фиксированной дозы показано, что частота некоторых нежелательных явлений повышается с увеличением дозы. Наиболее частые побочные явления: головная боль, вазодилатация («приливы» крови к коже лица). Частые побочные явления: головокружение, изменение зрения (затуманненное зрение, изменение чувствительности к свету), хромотопсия (легкая и преходящая, главным образом изменение восприятия оттенков цвета), учащенное сердцебиение, ринит (заложенность носа), диспепсия. При использовании препарата Виагра® в дозах, превышающих рекомендуемые, нежелательные явления были сходными с отмеченными выше, но обычно встречались чаще. Особые указания: сексуальная активность представляет определенный риск при наличии заболеваний сердца, поэтому перед началом любой терапии по поводу нарушений эрекции врачу следует направить пациента на обследование состояния сердечно-сосудистой системы.

Более подробную информацию см. в Инструкции (Инструкция по медицинскому применению препарата ВИАГРА® одобрена МЗ РФ П №15875/01)

Литература: 1. Продажи в упаковках иФДЭ-5 по дозировкам в России за 2016 год, по данным IMS, предоставляются по требованию. 2. Средняя цена упаковки за январь 2017 г. по данным IMS, в пересчете на одну таблетку. 3. Доля рынка в упаковках препаратов иФДЭ-5 в России за 2016 год, по данным IMS, предоставляется по требованию. 4. European Association of Urologists. Guidelines on Male Sexual Dysfunction: Erectile Dysfunction and Premature Ejaculation, available at: <http://uroweb.org/guideline/male-sexual-dysfunction/>. 5. American Urology Association. The Management of Erectile Dysfunction: An Update, available at: <http://www.auanet.org/common/pdf/education/clinical-guidance/Erectile-Dysfunction.pdf>



ООО «Пфайзер»: Россия, 123112, Москва, Пресненская наб., д. 10, БЦ «Башня на Набережной» (блок С).
 Тел.: +7 495 287-50-00. Факс: +7 495 287-53-00.
www.pfizerprofi.ru

PP-VIA-RUS-0049 29.03.2017
реклама

Бесплатный курс накануне AUA

Накануне ежегодного конгресса AUA пройдет бесплатный двухдневный интенсивный курс по использованию протезов при урологических операциях. Организаторы приглашают принять участие всех заинтересованных урологов.



Faysal A. Yafi
MD, FRCSC Assistant
Professor of Urology,
University of California,
Irvine

Наблюдается большой спрос на специалистов, способных выполнить протезирование полового члена и/или операции по установке искусственного уретрального сфинктера и слингов.

Для мужчин с тяжелыми формами эректильной дисфункции (ЭД), не поддающимися консервативной терапии, фаллопротез — единственный вариант восстановления сексуальной функции. Также фаллопротезирование приобретает все большее значение при болезни Пейрони, позволяя выпрямить половой член для восстановления возможности коитуса. И в ходе многолетнего развития сам метод фаллопротезирования стал достаточно безопасным и высокоэффективным.

Первое упоминание о фаллопротезировании относится к XVI веку, когда французский хирург Амбруаз Паре использовал резную деревянную трубку для замены ампутированного фаллоса и восстановления мочеиспускания. А первое задокументированное фаллопротезирование с целью улучшения потенции провел Н. А. Богораз: в 1936 году для фаллопластики он использовал реберный хрящ пациента.

Фаллопротезы впервые представлены в 1970-х годах, когда Small, Carrion et al. описали полужесткий имплантат, а Scott et al. описали первый надувной пенильный имплантат (inflatable penile implant, IPP). В настоящее время применяются полужесткие и гидравлические пенильные протезы, двух- и трехкомпонентные. За прошедшие годы такие улучшения, как антибактериальное покрытие и блокирующие клапаны, помогли значительно снизить распространенность осложнений.

А наиболее значимыми инновациями можно считать разработку подходов для более безопасного размещения резервуаров (эктопические подмышечные) и стратегий удлинения полового члена у пациентов с укороченным пенисом из-за болезни

Пейрони (метод скольжения, MOST, MUST и т. д.); также разработаны методы предупреждения климактурии (Mini-Jupette sling).

Для мужчин после хирургического лечения рака предстательной железы при средней тяжести стрессового недержания мочи слинг — достойный вариант лечения. Однако при тяжелом стрессовом недержании мочи золотым стандартом лечения считается искусственный сфинктер.

История применения искусственного уретрального сфинктера началась в 1972 г., когда Ф. Брантли Скотт (Brantley Scott) разработал и успешно имплантировал сфинктер AS 721. За прошедшие годы появилось множество разработок, которые позволили увеличить безопасность и эффективность, а именно — внедрение регулятора давления и кнопки деактивации, появление антибиотического покрытия и пр. К недавним нововведениям относятся появление манжет меньшего размера и новых хирургических подходов для ревизии и/или хирургии осложненных случаев.

С 16 по 18 мая 2018 года, накануне Ежегодного конгресса AUA в Калифорнийском университете Ирвин (UCI) пройдет интенсив-

ный курс по протезированию в урологии — Advanced Male Prosthetic Urology Course. Программа курса предусматривает углубленные тематические сессии, знакомство с новейшими вариантами протезирования и практически лабораторные занятия с использованием трупов. Этот курс будет проведен мной совместно с доктором Гамалем Гонимем (Dr. Gamal Ghoniem), руководителем секции по недержанию мочи Калифорнийского университета в Ирвине в UCI. Также в программе курса участие примут всемирно известный доктор Уэйн Хеллстром (Dr. Wayne Hellstrom), бывший президент Международного общества сексуальной медицины, и доктор Аллен Мори (Dr. Allen Morey), профессор Юго-западного Университета Техаса (University of Texas Southwestern).

Курс преднамеренно запланирован перед ежегодным конгрессом AUA и в непосредственной близости от Сан-Франциско, что позволит удобно спланировать посещение мероприятий. Курс бесплатный и рассчитан на 25 участников. Желаям принять участие необходимо обратиться к Jenny Tom, направив письмо на электронный адрес tomj@uci.edu.

Подготовила Алла Солодова

IV НЕВСКИЙ УРОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ

г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

7-8 ИЮНЯ 2018

uroforum.ru

Прием тезисов осуществляется до 1 мая. С подробностями можно ознакомиться на сайте videourology2018.ru

г. МОСКВА
5-7 ОКТЯБРЯ
2018

29-Й ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС ПО ВИДЕОУРОЛОГИИ И ДОСТИЖЕНИЯМ В КЛИНИЧЕСКОЙ УРОЛОГИИ

Урология сегодня | № 2 (52) 2018

УЧРЕДИТЕЛЬ
ООО «Издательский дом «АБВ-пресс»

РЕДАКЦИОННАЯ ГРУППА
Главный редактор:
Николай Александрович Григорьев

Шеф-редактор: проф. д.м.н. Г.Г. Кривобородов
Руководитель контент-группы: Е.Е. Фосер
Ведущий журналист: А.А. Солодова
Ответственный секретарь: Ю.Ю. Ширабокова
Директор по рекламе:
К.Ю. Петренко
petrenko@abvpress.ru

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ
Д.м.н., проф. А.З. Винаров
Д.м.н., проф. Н.А. Григорьев
Д.м.н. А.В. Говоров
Проф. Пьер Моно
К.м.н. И.И. Абдуллин
К.м.н. Р.И. Гуспанов
К.м.н. Е.А. Султанова
К.м.н. В.А. Черняев
Е.О. Баранова
А.А. Киричек
А.С. Маркова
О.А. Плеханова
В.А. Рубанов

ВЕРСТКА
Дизайнер-верстальщик: Е.В. Степанова
Корректор: Ю.Г. Болдырева

ПЕЧАТЬ
Типография ООО «Юнион Принт»
Заказ № 180495
Тираж 5 000 экз.

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

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.