



От редактора



Николай
Александрович
ГРИГОРЬЕВ

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

Уважаемые коллеги!

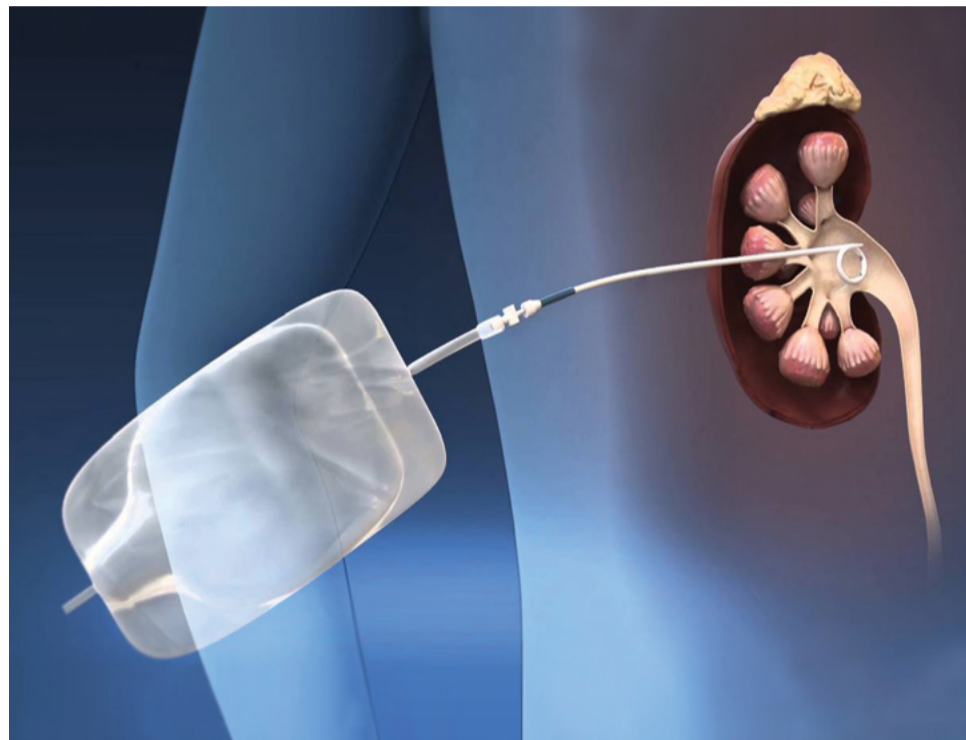
Мы, как всегда, рады приветствовать вас на страницах газеты «Урология сегодня».

Подходит к концу 2022 год, в котором мы столкнулись с такими событиями, которых еще не было в нашей истории. Многие трансформировались, многое еще предстоит трансформировать. Тем не менее наша практическая лечебная, научная и образовательная деятельность продолжается, несмотря на все сложности, с которыми нас сталкивает жизнь.

Возобновились наши профессиональные очные конгрессы и конференции. Мы скучали по ним! Было очень приятно вновь увидеть знакомые и дорогие лица. Возобновились очные образовательные мероприятия и тренинги. Молодые доктора вновь могут лично прикоснуться к опыту старших товарищей, получить знания и навыки из первых рук. При этом у всех нас резко сократилось международное общение, и в этом нашей с вами вины точно нет. Мы перестали участвовать в привычных европейских, американских и всемирных конгрессах. Нас пытаются изолировать. Это, конечно, неприятно, но я уверен, что и с этим испытанием наше дружное урологическое братство вместе со всей страной справится. Многие, конечно, скажут, что все плохо и будет еще хуже, но лично я уверен в том, что плохо будет или хорошо, зависит от всех нас вместе и от каждого в отдельности. Мы талантливые люди! Мы можем работать и созидать, что именно сейчас и следует делать!

Да, мир изменился. Но кто сказал, что в новом миропорядке мы не нужны? Давайте докажем, что игнорирование российских ученых — это ошибка, которая навредит не нам, а тем, кто пытается сделать из нас изгоев. Я очень надеюсь, что в будущем году ситуация в мире изменится в лучшую сторону.

Хочу всем пожелать крепкого здоровья, благополучия и мира! Нашей помощи ждут пациенты. В нашей заботе нуждаются самые близкие — семья, друзья. Добра всем!



АКТУАЛЬНО

Изменение подходов к дренированию —

дань моде или объективная необходимость?

Практически любая эндоурологическая операция заканчивается дренированием мочевыводящих путей. В арсенале урологов представлено большое количество различных нефростом, стентов и уретральных катетеров. В течение последних 20–30 лет наблюдается постепенное изменение подходов к дренированию. И если раньше можно было заменить классическую фразу «большой хирург — большой разрез» на «большой эндоуролог — большой дренаж на длительное время», то сегодня мы наблюдаем тенденцию к уменьшению размеров дренажей и сроков их установки. Давайте обсудим, с чем это связано — с данью моде, желанием сократить длительность госпитализации или отсутствием клинической необходимости?



Кирилл
Александрович
ШИРАНОВ

Врач-уролог МВУЗ «Клинико-диагностический центр «Здоровье», г. Ростов-на-Дону

Мочеточниковый стент

Вопрос о стентировании после эндоурологических операций остается крайне противоречивым, и это при том, что еще два десятилетия назад каждую уретроско-

пию было принято заканчивать установкой стента. Кроме того, мы можем наблюдать значительные изменения в дизайне и материале стентов, хотя опубликовано крайне мало сравнительных исследований. Так, по данным отдельных работ, силиконовые стенты реже подвергаются инкрустации и оказывают меньшее влияние на качество жизни. Ряд компаний изменили форму дистального конца стента или изготавливают его из более мягкого материала. Но опять же, в отсутствии прямого сравнения довольно сложно утверждать, что они на самом деле лучше переносятся.

Согласно рекомендациям основных урологических сообществ, после неосложненной уретроскопии стентирование

Продолжение на с. 2 →

Новости

Ультразвук повышает подвижность сперматозоидов

Специальная ультразвуковая обработка улучшает показатели подвижности сперматозоидов за счет усиления их метаболической активности. К таким выводам пришли ученые факультета механической и аэрокосмической инженерии Университета Монаша (Австралия). Результаты исследования опубликованы в журнале Advanced Science.

В первом подобного рода исследовании команда под руководством д-ра Резы Носрати, проф. Адриана Нейлда и д-ра Цзюньян Гай установила, что после воздействия высокочастотным ультразвуком в течение 5–50 (в среднем 20) секунд сперматозоиды передвигаются по маточным трубам на 30 % быстрее. Аналогичный эффект с увеличением подвижности на 15 % выявлен при ультразвуковой обработке образца нормальной спермы.

Согласно оценкам ВОЗ, в мире бесплодием страдают 186 млн человек и 48 млн пар. Одна из распространенных причин — низкая подвижность сперматозоидов. Существующая на сегодняшний день инвазивная терапия пентоксифилином имеет большой недостаток — под воздействием этого вещества мужские клетки быстро погибают. Новый метод позволяет повысить вероятность зачатия, сведя при этом на нет необходимость в инвазивных вмешательствах.

По заключению авторов, образец спермы может быть обработан в ходе экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), а высокая эффективность методики при малой времязатратности позволяет легко интегрировать этот процесс в клиническую практику. Однако следует учитывать тот факт, что аномальная подвижность мужских половых клеток может быть проявлением генетических нарушений. В естественных условиях такие сперматозоиды отбраковываются. Потенциальное же их включение в процесс оплодотворения способствует передаче дефектных генетических признаков. Поэтому в случае с ЭКО потребуются генетическое тестирование таких эмбрионов.

Впереди — повторные эксперименты и последующие клинические испытания. В любом случае открывающиеся перспективы клинического применения методики чрезвычайно широки.

Изменение подходов к дренированию —

дань моде или объективная необходимость?

← Продолжение, начало на с. 1

не обязательно. Основные вопросы здесь к термину «неосложненная». Какие факторы осложняют уретроскопию? Как правило, время операции более часа, «вколоченный» характер камня, травма стенки мочеочника во время литотрипсии, инфекционный характер камня, резидуальные фрагменты. Решение о стентировании всегда принимается оперирующим урологом. По субъективному ощущению, несмотря на все рекомендации, вероятность стентирования выше перед праздничными днями, отпусками и командировками. С чем это связано? При наличии стента мы уверены в отсутствии обструкции и даже при развитии пиелонефрита достаточно спокойно назначаем антибактериальную терапию. Тем не менее стент-ассоциированные симптомы заставляют урологов находить тонкую грань между риском обструкции и влиянием стента на качество жизни.

Итак, как определиться с необходимостью установки стента? В помощь урологам в 2012 году M. Schoenthaler и соавт. предложили шкалу (post ureteroscopy lesion scale, PULS), согласно которой интраоперационные повреждения стенки мочеочника при уретроскопии классифицируются от 0-й (отсутствие изменений слизистой) до V степени (полный отрыв мочеочника). Сроки стентирования при повреждении слизистой (I степень) составляют 2 дня, хотя в качестве альтернативы можно выбрать мочеочниковый

катетер, фиксированный к уретральному. При травме подслизистой (II степень) стент устанавливают на 14 дней. В случае перфорации длительность стентирования может достигать от 3–4 недель (до 50 % окружности, III степень) до 6–8 недель (более 50 %, IV степень). Отрыв мочеочника требует реконструктивной операции. В то же время, по данным экспериментальных исследований, отек мочеочника достигает максимальной выраженности на 3-и сутки. Как следствие, если проводилось бужирование устья (или «трудный» вход уретроскопа, например по двум струнам), минимальная длительность стентирования должна составлять около 7 дней. После операций у женщин хорошим решением может быть установка стента с ретракционными нитями, которые можно удалить без цистоскопии, а также стента с магнитным концом. Следует помнить, что в 10 % случаев такие стенты мигрируют раньше времени — если есть опасения, лучше поставить стандартный стент. Мужчины хуже переносят стенты с ретракционными нитями, однако не в каждой клинике есть гибкий цистоскоп для удаления стента без внутривенной анестезии.

Другим важным фактором является наличие стента до операции. Уретроскопия по предстентированному мочеочнику будет проще и эффективнее — как следствие, в рекомендациях стентирование перед ретроградной интрауретральной хи-

рургией является обязательным. Оптимальный срок для пассивной дилатации мочеочника составляет 10–14 дней. Соответственно, в таких случаях снижается необходимость в послеоперационном стентировании. Необходимо учитывать, что при отсутствии стента выше риск послеоперационных осложнений — если пациент не имеет простого доступа к медицинской помощи, установка стента выглядит предпочтительнее. Кроме длительности стентирования, следует уделить внимание диаметру и длине стента. В ряде публикаций установлено, что стент вызывает больше симптомов, если его дистальный конец пересекает среднюю линию. Конечно, стенты с мультидиной можно оптимальным образом установить любому пациенту, но здесь важно учитывать экономический аспект. Диаметр стента, по всей видимости, не влияет на переносимость, но интуитивно в проблемных случаях чаще устанавливаются стенты 7 Ch. Таким образом, тенденция в 2022 года однозначна: мы ставим стенты реже и на менее длительное время. Важно помнить при этом, что любые сомнения — в пользу стентирования.

Нефростомы

В 2010-х годах наблюдался бум бездренажной чрескожной нефролитотомии (ЧНЛТ). Хотя еще в 1990-х годах в конце операции устанавливали толстую нефростому, аналогичную по диаметру с самим доступом. В большом количестве публикаций описывались установка стента без нефростомы, мочеочникового катетера без нефростомы или завершение операции без какого-либо дренажа. Что же мы наблюдаем в 2022 году? Во-первых, однозначно установлено, что размер нефростомы не влияет на риск кровотечения после операции. Выраженная гематурия — пережитие нефростомы — тампонада чашечнолоханочной системы — остановка кровотечения. Если не работает, эндоваскулярные хирурги готовы прийти на помощь для суперселективной эмболизации. Итак, для дренирования после операции достаточно тонкой нефростомы, 8 или 10 Ch. Она переносится значительно лучше, чем толстая нефростома. Во-вторых, срок дренирования. По-прежнему есть отделения, в которых нефростому удаляют через несколько недель. Насколько это оправдано? Если есть сомнения в полном удалении камня, компьютерная томография позволяет определить локализацию резидуальных фрагментов для повторной нефроскопии. Но следует учитывать, насколько возможно в реалиях конкретной больницы выполнить вторую операцию в рамках одной госпитализации. Конечно, есть пациенты со сложными камнями, которым проводится этапное лечение. Ни в коем случае не рекомендуется удалять нефростому до следующего этапа, особенно установленную через нижнюю чашечку. Однако если оставлять нефростому не для сохранения чрескожного доступа, длительность дренирования не должна превышать нескольких дней. Одним из вариантов является пережатие нефростомы на следующий день и ее удаление через 2 дня после операции (возможно, после антеградной пиелографии).

Когда можно завершить ЧНЛТ без нефростомы? Если опираться на рекомендации, то при идеальном течении операции, отсутствии гематурии и резидуальных камней. Но в таких случаях настоятельно рекомендуется установить стент, поскольку полностью бездренажная техника все-таки связана с более высоким риском обструкции и экстренных обращений.


Стентирование после ЧНЛТ позволяет осуществить раннюю выписку пациента, но здесь вопрос философский: а что, проще убрать на амбулаторном этапе стент или нефростому, особенно мужчине? Хотя рекомендация за последние несколько лет по этому вопросу не изменились, культурно большинство эндоурологов пессимистично смотрят на бездренажную технику. Как следствие, если не учитывать экономические факторы и сокращение койко-дня, можно прийти к следующему выводу: в 2022 году мы ставим нефростому меньшего размера и на более короткий срок.

Уретральный катетер

В настоящее время в большинстве случаев оперативное лечение у пациентов с обструктивными симптомами, связанными с гиперплазией предстательной железы (ПЖ), проводится трансуретральным доступом. Выбор между лазерной энуклеацией и трансуретральной резекцией зависит от объема ПЖ, а также доступности оборудования. Проведя анализ публикаций в PubMed, можно прийти к выводу, что большинство урологов за рубежом удаляют уретральный катетер на следующий день в случае неосложненной операции и через 3 дня — при перфорациях капсулы или сохранении гематурии. И хотя раннее удаление катетера может быть связано с более высоким риском задержки мочи и тампонады мочевого пузыря, статистически значимых различий практически ни в одном из исследований нет. В ряде клиник уретральный катетер удаляют несколько позже, что связано с минимально необходимым сроком госпитализации. Но в любом случае в 2022 году длительность катетеризации более 3 дней после эндоскопических операций на ПЖ при отсутствии серьезных осложнений выглядит нецелесообразной.

Несколько слов хотелось бы сказать о периодической катетеризации. Конечно, при нейрогенной дисфункции она предпочтительнее постоянного уретрального катетера или цистостомы. Вопрос: что лучше при снижении сократительной способности детрузора или невозможности устранения инфравезикальной обструкции — цистостома или самокатетеризация? По всей видимости, на первый план выходит возможность обучить пациента катетеризации. Если она технически выполнима, большинство мужчин отказываются от постоянного надлобкового дренажа.

Заключение

Несомненно, экономические вопросы отчасти диктуют урологам необходимость более раннего удаления дренажей. И вопрос «зачем удалять дренаж раньше» можно перефразировать на «а зачем оставлять его дольше». С другой стороны, как показывают клинические и экспериментальные исследования, такое сокращение сроков при неосложненной операции не приводит к увеличению частоты осложнений. Хотелось бы подчеркнуть, что в рекомендациях Европейской ассоциации урологов не указаны оптимальные сроки установки уретрального катетера, стента и нефростомы. А это значит, что оперирующий врач должен самостоятельно определять как критерии неосложненного вмешательства, так и длительность дренирования. Перефразируя принцип ALARA, дренирование должно быть на минимальный разумно достижимый срок. Главное, о чем нужно помнить: спустя время один или два «лишних» дня дренирования забудутся, а повторная госпитализация или операция — нет. 

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

МОБИЛЬНОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ ONC to day

Что включает ONCOTODAY?

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

Доступна также десктопная версия

Реклама

Ожирение, сахарный диабет и мужской гипогонадизм: как разорвать замкнутый круг?

В современном мире избыточный вес имеют почти 2 млрд, а ожирение — более 650 млн взрослых людей, что составляет 13 % взрослого населения планеты. Пик заболеваемости ожирением у мужчин приходится на 50–54 года. В этом же периоде жизни, как правило, происходит возрастное снижение уровня тестостерона независимо от массы тела. Известно, что ожирение оказывает влияние на гормональный фон.



Елена Владимировна ОСТРОВСКАЯ

Врач-эндокринолог, диетолог, специалист по превентивной медицине, АО «Европейский медицинский центр», Москва

Избыточная жировая ткань является мощным источником медиаторов хронического воспаления — цитокинов (интерлейкина-6, фактора некроза опухолей альфа, С-реактивного белка, лептина и др.), избыточные уровни которых в сочетании с лептинорезистентностью вызывают снижение продукции в гипоталамусе и гипофизе ФСГ и ЛГ. С другой стороны, избыточная конверсия тестостерона в эстрогены в жировой ткани под воздействием ароматазы приводит к снижению образования гормонов гипофиза. В результате по принципу обратной связи — к ослаблению синтеза тестостерона в гонадной ткани.

Распространенность гипогонадизма при ожирении I–II степени составляет порядка 45 %, а при морбидном ожирении (ИМТ 40 кг/м² и выше) — до 75 %, то есть у трех из четырех мужчин!

Ожирение — один из факторов риска развития сахарного диабета (СД) 2 типа, распространенность которого во всем мире и нашей стране неуклонно растет. Установлено, что уровни тестостерона у пациентов с СД 2 типа ниже таковых у здоровых мужчин в среднем на 2,5 нмоль/л. Распространенность гипогонадизма при СД выше, чем в общей популяции, а при СД 2 типа может превышать 50 %.

Все вышесказанное свидетельствует о неразрывной связи ожирения, СД 2 типа и гипогонадизма у мужчин. Крайне важной является своевременная и точная диагностика гипогонадизма, которая позволит своевременно начать терапию, направленную на восстановление нормального уровня тестостерона.

Рекомендации по скринингу гипогонадизма при наличии у пациента СД 2 типа и ожирения содержатся в руководствах многих ассоциаций. В проекте клинических рекомендаций Минздрава России по гипогонадизму 2021 года говорится о том, что «в амбулаторной практике рекомендуется определять уровень тестостерона у всех мужчин с ожирением и СД 2 типа (скрининг) вне зависимости от наличия симптомов, ассоциированных с дефицитом тестостерона».

Помимо характерной для гипогонадизма триады жалоб, в частности снижения либидо и сексуальной активности, снижения числа утренних эрекций и адекватных эрекций, пациент со сниженным уровнем тестостерона может предъявлять самые разные жалобы врачам различных специальностей. Среди них следующие: отсутствие энергии, снижение жизненных сил, ухудшение памяти, внимания, нервозность, рассеянность, раздражительность, потливость, дневная сонливость, ночные походы в туалет, все проявления метаболического синдрома (нарушение углеводного и липидного обмена, артериальная гипертензия).

К сожалению, значение нормального уровня тестостерона для мужчины зачастую недооценивается даже урологами и эндокринологами, не говоря уже о врачах других специальностей. По-прежнему имеет место «гормонофобия», связанная с устаревшими представлениями об опасности назначения препаратов тестостерона для сердечно-сосудистой и мочеполовой систем. В Европейском медицинском центре традиционно практикуется комплексный подход к ведению пациентов врачами различных специальностей, а диагностика базируется на самых передовых методиках. Ведь в случае наличия у пациента ожирения, СД 2 типа и гипогонадизма невозможно добиться успеха в коррекции только одного из звеньев этой цепи (по сути, это замкнутый круг).

Гипогонадизм диагностируется при наличии клинических симптомов, ассоциированных с дефицитом андрогенов, и выявлении стойкого снижения уровня тестостерона ниже 12,1 нмоль/л надежным методом (как минимум двукратное подтверждение). К сожалению, в большинстве лабораторий определение уровня тестостерона проводится методом иммуноферментного анализа (ИФА), что некорректно для стероидных гормонов, к которым относится тестостерон. Известно, что при низких значениях стероидов в крови ИФА может давать до 40 % ошибок!

Тандемная масс-спектрометрия является «золотым стандартом» и наиболее точным методом лабораторного определения концентрации стероидов. В нашей стране эта методика, к сожалению, пока не получила широкого распространения. Ряд лабораторий используют этот метод для комплексной оценки стероидного профиля крови, что не всегда удобно и излишне затратно для пациента, особенно если речь идет об оценке эффективности применяемых препаратов и их дозировок в динамике. В Европейском медицинском центре существует уникальная возможность исследовать уровень общего тестостерона методом тандемной масс-спектрометрии изолированно, не только в составе стероидных профилей. С момента внедрения методики, а именно с июня 2021 по июнь 2022 года, было выполнено 197 тестов на общий тестостерон, из них первичных — 169 (85,8 % от общего количества), повторных — 28. Число пациентов с впервые выявленным гипогонадизмом составило 46 человек, то есть 27,2 %.

У пациентов, да и у многих врачей существует мнение, что для восстановления нормального уровня тестостерона у муж-

чины с ожирением достаточно снизить массу тела. Несомненно, это принесет положительный результат, только займет месяцы, а иногда и годы. Ведь клинически значимой считается потеря массы тела на 5–10 % от исходного значения, и происходит она должна за счет жировой ткани, а не мышц и воды. В проекте клинических рекомендаций по гипогонадизму 2021 года говорится следующее: «Необходимо признать, что увеличение уровня тестостерона, наблюдаемое при снижении массы на фоне низкокалорийной диеты и физических нагрузок, мало и составляет 1–2 нмоль/л. Консервативных вмешательств в виде изменения образа жизни, диеты и физических упражнений для достижения 5 % потери веса может быть недостаточно для нормализации уровня тестостерона. Более того, в отсутствие тестостерон-заместительной терапии 60–86 % потерянной массы набирается в течение 3 лет, а через 5 лет составляет 75–121 %».

Своевременное назначение тестостерон-заместительной терапии по показаниям дает возможность вовремя модифицировать образ жизни, позволяет улучшить качество жизни мужчины, повлияв на соматические, сексуальные и психологические ее аспекты,

существенно сокращает расходы на лечение коморбидных состояний и осложнений. У пациентов с ожирением это помогает снизить массу тела именно за счет жирового компонента, сохранив при этом мышечную массу, улучшить чувствительность к инсулину и компенсировать углеводный обмен.

Рекомендации Европейской ассоциации урологов по гипогонадизму 2021 года и Российской ассоциации эндокринологов по мужскому гипогонадизму советуют начинать терапию тестостероном с гелевых форм, а не с препаратов длительного действия. Это несет в себе ряд преимуществ, в частности: короткодействующие трансдермальные препараты тестостерона позволяют сохранить циркадный физиологический ритм секреции тестостерона, а также минимизировать риски подавления гонадотропной функции гипофиза; в случае необходимости можно легко отменить препарат или изменить его дозировку; данные формы препаратов исключают достижение супрафизиологических концентраций гормонов в крови, которые могут нести дополнительный риск для коморбидного пациента с ожирением, сахарным диабетом и сердечно-сосудистой патологией. ¹



Андрогель®

тестостерон 50 мг



Контролируемая терапия дефицита тестостерона

- Физиологические значения концентрации тестостерона без пиков
- Суточные колебания соответствуют циркадному ритму эндогенного тестостерона

Рекомендации Европейской Ассоциации урологов по гипогонадизму призывают:

«Используйте гель тестостерона, а не длительно действующие препараты-депо при инициации терапии, так как в этом случае лечение может быть скорректировано или прекращено при необходимости»

1. Рекомендации Европейской Ассоциации Урологов по гипогонадизму 2021
https://uroweb.org/guideline/sexual-and-reproductive-health/#3

ООО «Безен Хелскеа РУС», Россия, 123022, г. Москва, ул. Сергея Макеева, д. 13.
Тел.: (495) 980 10 67; факс: (495) 980 10 68. www.безен.рф

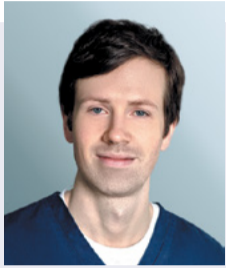
BESINS
HEALTHCARE
Innovating for Well-being

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ТОЛЬКО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Реклама

Роботическая простатэктомия в современных реалиях

На сегодняшний день в странах с развитой экономикой подавляющее большинство радикальных простатэктомий выполняются с использованием робот-ассистированного доступа. Учитывая глобальную экономическую турбулентность и отсутствие однозначных неоспоримых преимуществ роботической техники, насколько оправданы и целесообразны связанные с ней дополнительные расходы?



Егор Андреевич СОКОЛОВ

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

Робот-ассистированная радикальная простатэктомия — операция, с которой фактически началась широкая экспансия роботической хирургии. Изначально роботический доступ был воспринят многими экспертами как «решение, ищущее проблему», как дорогостоящая технология, принятие которой было обусловлено в большей степени интересом, эмоциональными и маркетинговыми причинами, а не весомыми научными доказательствами. По сути, эта претензия частично актуальна и сейчас: так, клинические рекомендации Европейской ассоциации урологии 2022 года указывают на необходимость информировать пациентов о том, что ни один хирургический доступ — открытый, лапароскопический или роботический — не продемонстрировал однозначного преимущества в отношении функциональных и онкологических результатов оперативного лечения (слабая степень рекомендации). В то же время принятие роботической хирургии в целом и роботической простатэктомии в частности — по сути, свершившийся факт в странах, которые обладают достаточным экономическим развитием и могут себе это позволить. В США, например, более 90 % радикальных простатэктомий выполняются с помощью робот-ассистированного доступа.

Таким образом, злободневным остается вопрос, является ли роботическая простатэктомия не только эффективной, но и эффективной опцией хирургического лечения рака предстательной железы, особенно учитывая потенциальную необходимость более экономного и рационального подхода в здравоохранении в обозримом будущем.

Результаты робот-ассистированной радикальной простатэктомии в сравнении с другими вариантами операции

К настоящему моменту опубликовано большое количество крупных ретроспективных исследований, указывающих на существенные преимущества робот-ассистированного доступа при радикальной простатэктомии. Например, в докторской диссертации П.И. Раснера, в которой был представлен анализ одной из крупнейших на тот момент отечественных серий радикальной простатэктомии, робот-ассистированный до-

ступ продемонстрировал огромные преимущества над позадилоной техникой в отношении немедленного послеоперационного удержания мочи (33,2 и 19,6 %; $p = 0,0020$), восстановления эректильной функции через год (77,1 и 34,4 %; $p = 0,0001$) и достижения пентафакта (43,5 и 6,1 %; $p = 0,0001$). При этом необходимо отметить, что ретроспективные исследования в силу своей методологии характеризуются низким уровнем доказательности и имеют ограниченное влияние при разработке клинических рекомендаций.

С другой стороны, в случае оценки результатов хирургического вмешательства, а в конкретной ситуации — сравнения хирургических доступов при одинаковом объеме операции, возможности доказательной медицины крайне малы.

В отличие от исследования лекарственных препаратов, в данном случае имеются очевидные медицинские, социальные и экономические препятствия для рандомизации, невозможно проведение двойного слепого исследования («ослепить» хирурга — не лучшая идея) и плацебо-контроля. Помимо этого, огромное (вероятно, первостепенное) влияние на результаты операции оказывает опыт хирурга и клиники, а при анализе функциональных результатов зачастую отсутствуют единые общепринятые критерии оценки. Тем не менее исследования, имеющие высокую степень доказательности, все же появляются.

В рандомизированном клиническом исследовании G.D. Coughlin et al., проведенном в Австралии, не было выявлено различий в послеоперационной сексуальной функции и удержании мочи у пациентов, перенесших роботическую или позадилоную радикальную простатэктомию, с небольшой разницей в частоте биохимических рецидивов в пользу робот-ассистированной операции. Следует отметить значимое ограничение этой работы: только у 31 % больных выполнено сохранение сосудисто-нервных пучков, причем без указания использования одно- или двусторонней техники, что, безусловно, снижает достоверность представленных результатов в отношении степени восстановления эректильной функции. Аналогичные выводы сделали M. Baunacke et al., отметив сравнимые функциональные результаты обеих методик. С другой стороны, в шведском исследовании LAPPRO отмечено более раннее восстановление потенции и умеренное преимущество в эректильной функции через 2 года после операции в группе роботической простатэктомии: 74 против 68 % у пациентов, перенесших открытую позадилоную операцию ($p = 0,0060$). Неожиданно, что при анализе отдаленных результатов в данном исследовании была отмечена значительно меньшая раково-специфическая смертность после робот-ассистированной радикальной простатэктомии (1,5 против 2,8 %; $OR = 0,56$), что обусловлено меньшей частотой положительного хирургического края (21,0 против 34,0 %; $OR = 0,66$) и био-

химического рецидива (51,0 и 69,0 %; $OR = 0,80$) у пациентов с раком простаты высокой группы риска. При этом пациенты после роботической и позадилоной простатэктомии не имели различий в частоте местнораспространенного процесса (стадия pT3–4), поражения лимфатических узлов (стадия pN1) и низкодифференцированных опухолей (ISUP 3–5).

Уникальным в контексте сравнительного анализа результатов различных вариантов исполнения радикальной простатэктомии является исследование LAP-01 — немецкое мультицентровое рандомизированное слепое (для пациентов) исследование результатов лапароскопической операции по сравнению с робот-ассистированной радикальной простатэктомией.

В данной работе продемонстрировано лучшее удержание мочи через 3 месяца (54,0 и 46,0 %; $p = 0,0270$) и лучшее восстановление эректильной функции как через 3 месяца (23,0 и 8,2 %; $p = 0,0050$), так и через 12 месяцев (40,0 и 24,0 %; $p = 0,0130$) после роботического вмешательства. В недавнем исследовании S. Wu et al., основанном на анализе Тай-

кровопотери, боли), так и долгосрочных функциональных результатов (восстановление эректильной функции, удержание мочи, частота развития послеоперационной грыжи).

К настоящему моменту появляется все больше исследований, указывающих на умеренные преимущества роботической радикальной простатэктомии в отношении различных исходов вмешательства. Доступные научные данные все еще неоднозначны, а различные внешние факторы, повышенный интерес к новым технологиям и маркетинг, безусловно, сыграли весомую роль в распространении робот-ассистированного подхода — этого нельзя отрицать. Тем не менее консенсус о потенциальных преимуществах робота отражает совокупный опыт многочисленных именитых урологов, которые резонно считают, что роботизированный доступ делает данную операцию более легкой для исполнения, более эргономичной, менее «крово- и травматичной». Основные же препятствия к дальнейшему распространению роботической радикальной простатэктомии, очевидно, кроются в финансовом вопросе.

Экономическая эффективность робот-ассистированной радикальной простатэктомии

Уже довольно давно, более 10 лет назад, в целом ряде исследований была продемонстрирована потенциальная экономическая эффективность использования робот-ассистированных операций — ключевым аспектом является постоянная загрузка роботического комплекса, недопустимость простоя системы. Безусловно, вопрос экономической целесообразности является сложным и включает в себя множество нюансов — от модели системы

В случае оценки результатов хирургического вмешательства возможности доказательной медицины крайне малы. Огромное влияние на успешность операции оказывает опыт хирурга и клиники

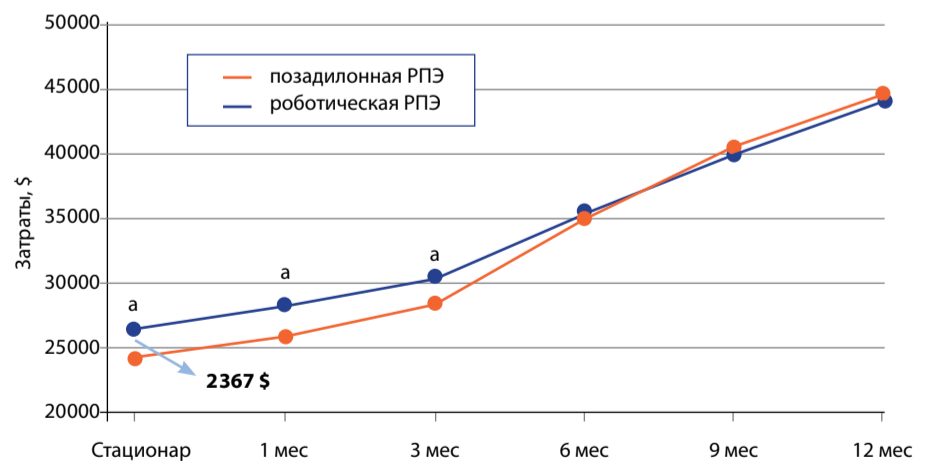


Рисунок 1. Финансовые затраты на лечение пациентов с раком предстательной железы, перенесших роботическую или позадилоную радикальную простатэктомию. Анализ базы данных по страховым выплатам США (K. Okhawere et al., JAMA Network Open, 2021; 4)

ванского канцер-регистра, выполнено непосредственное сравнение результатов трех вариантов радикальной простатэктомии (робот-ассистированный, позадилоный и лапароскопический доступ). Роботический доступ, в сравнении с двумя остальными, был связан с улучшением как ближайших периоперационных исходов (продолжительность госпитализации,

здравоохранения в стране до особенностей финансирования и работы конкретной клиники. В то же время сведений об экономических преимуществах роботической радикальной простатэктомии становится все больше.

По данным K. Okhawere et al. (анализ базы данных США по страховым выплатам, суммарно 11 457 пациентов после



Рисунок 2. А. Роботическая система Revo-I (meegescompany, Южная Корея). Б. Роботическая система Toumai (MicroPort, Китай)

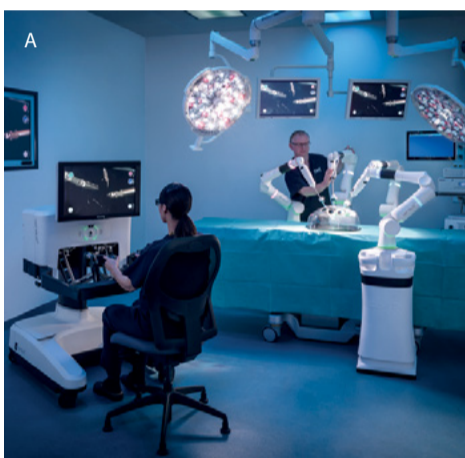


Рисунок 3. А. Роботическая система Versius (CMR Surgical, Великобритания). Б. Роботическая система Hugo (Medtronic, США)

радикальной простатэктомии), стоимость оперативного лечения и госпитализации при позадилоной технике в сравнении с робот-ассистированным доступом была меньше в среднем на 2367 долларов. Однако в течение года с момента операции стоимость лечения пациентов полностью сравнялась, что объясняется меньшими затратами на неотложную помощь, поликлинические визиты и нетрудоспособность после роботической простатэктомии (рис. 1).

В комплексном экономическом анализе M. Labban et al., выполненном для Национальной системы здравоохранения Великобритании (NHS UK), при послеоперационном наблюдении в течение 10 лет робот-ассистированный доступ имеет значимое преимущество над лапароскопическим и открытым позадилоным в показателях QALY (годы жизни с поправкой на качество) и ICER (инкрементный показатель затрат и эффективности).

Аналогичные данные получены G. Ploussard et al. в рамках анализа централизованной национальной французской базы данных, включавшей все 19 018 случаев радикальных простатэктомий, выполненных в стране в 2020 году. Роботическая техника была связана с меньшим числом осложнений, меньшей длительностью гос-

питализации и числом повторных госпитализаций, что нашло отражение в преимуществе робот-ассистированного доступа в отношении непосредственной стоимости госпитализации: 2286 против 4298 евро при позадилоной технике и 3101 евро при лапароскопической радикальной простатэктомии.

Имеются интересные работы, описывающие стратегии оптимизации экономической эффективности роботической простатэктомии, что особенно актуально для стран с развивающейся экономикой, — это использование только двух роботических рук, минимизация используемого инструментария (один иглодержатель, один зажим и т.д.). Такой подход лучше всего можно охарактеризовать общеизвестным в нашей стране крылатым изречением Л.И. Брежнева о том, что «экономика должна быть экономной — таково требование времени». Тем не менее в данном вопросе необходимо придерживаться определенного баланса — как, в свою очередь, говорил Г. Форд, «разочарование от низкого качества длится дольше, чем радость от низкой цены».

Конец монополии?

На протяжении нескольких десятилетий на рынке медицинского оборудования в области роботической хирургии имела место монополия, что, безусловно, не способствовало снижению стоимости как самой системы, так и последующего обслуживания и расходных материалов.

Однако в обозримом будущем ситуация должна измениться: на горизонте появляется все большее количество комплексов, находящихся на поздних стадиях клинических испытаний или уже прошедших их. Это и условные «близнецы» da Vinci (Intuitive Surgical, США), представленные на рисунке 2, и системы, построенные несколько по иному принципу, где каждый роботический манипулятор расположен на собственной подвижной платформе, а консоль хирурга с рычагами управления отдаленно напоминает традиционную лапароскопическую стойку с монитором (рис. 3). Наверное, не все эти системы ждет коммерческий успех, но сам факт выхода на рынок большого количества разнообразных комплексов однозначно поспособствует снижению стоимости роботической хирургии и дальнейшей ее экспансии.

Заключение

Факт остается фактом: наиболее значимое влияние на онкологические и функциональные результаты радикальной простатэктомии вне зависимости от доступа имеют хирургическая активность клиники, количество выполняемых в ней операций в год и опыт хирурга. Тем не менее эргономические и технологические особенности роботической хирургии наиболее полно реализуются именно при радикальной простатэктомии, что делает операцию намного более воспроизводимой и доступной в качественном исполнении.

Это уже находит отражение в весомых работах, указывающих на преимущества робот-ассистированного доступа, а оптимизация экономической эффективности может поспособствовать дальнейшему росту доли роботических технологий в области онкоурологии.

Список литературы находится в редакции.

МедВедомости

портал для врачей

www.medvedomosti.media

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ:

урология	кардиология	педиатрия
онкология	неврология	акушерство и гинекология

Доступность материалов — один из главных принципов нашего ресурса

НА ПОРТАЛЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ:

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



Реклама

РООУ Российское общество онкоурологов

Тел.: +7 (966) 330-01-11
E-mail: roou@roou.ru

ЧЛЕНСТВО РООУ – ЭТО ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РОСТА.

Действующие члены РООУ могут:

- участвовать в разработке, обсуждениях и составлении поправок рекомендаций по лечению онкоурологических заболеваний;
- участвовать в экспертизе стандартов оказания помощи пациентам с онкоурологической патологией;
- участвовать в грантах РООУ и посещать мероприятия в составе делегации РООУ;
- принимать участие в научной работе РООУ формировать научные программы, быть членом экспертного совета, становиться участником вебинаров и школ;
- иметь доступ к закрытому архиву видео РООУ;
- подавать заявку на проведение очного или виртуального мероприятия РООУ в своем регионе;
- получать бесплатно журнал «Онкоурология» доставка оплачивается получателем.

Востребованность экспертной поддержки в профессиональном сообществе растет. Мы поддерживаем любые инициативы, которые укрепляют профессиональную среду и создают условия для оказания качественной помощи.



Оплатить членский взнос можно в Личном кабинете РООУ. Стоимость вступительного взноса в общество составляет 500 руб. Ежегодная оплата членского взноса составляет 1 500 руб.

www.roou.ru

Реклама

Варикоцеле при мужском бесплодии: практические аспекты, спорные вопросы, tips & tricks

Именно так Д.С. РОГОЗИН, к.м.н., врач-уролог высшей категории, доцент кафедры общей хирургии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский ГМУ» Минздрава РФ (Челябинск), назвал свой доклад на вебинаре в рамках авторского проекта М.Н. Коршунова «Клинические случаи в андрологии». Перед выступлением эксперта руководитель проекта поинтересовался, почему в названии своей лекции тот использовал английские слова tips & tricks (советы и хитрости). «Потому что я бы хотел, — ответил Д.С. Рогозин, — обсудить предельно практические, причем самые сложные и спорные для лечащего врача проблемы и решения, с которыми он сталкивается при лечении варикоцеле. Чтобы коллеги, встретив на приеме очередного пациента, вели его более успешно, чем предыдущих. А главное — не сомневались в ответе на вопрос, нужна ли операция. Ведь в категорию больных, где мы не можем быть до конца уверены, что операция принесет пользу, попадает более половины пациентов с данной патологией».



К.м.н. Д.С. Рогозин

Многие вопросы остаются без ответа

Варикоцеле определяется у каждого пятого-шестого мальчика и является одной из причин бездетных браков. Причем операция в детстве не спасает от бесплодия каждого третьего мужчины. Уже один этот факт говорит о том, насколько непросто данное заболевание. К сожалению, последние рекомендации по лечению этой болезни Европейской ассоциации урологов (EAU) оставляют многие вопросы без ответа.

«Согласно рекомендациям Европейского общества специалистов ультразвуковой диагностики, — напомнил Д.С. Рогозин, — диагноз «варикоцеле» ставится при обнаружении вен диаметром более 3 мм в положении стоя и наличии продолжительного (более 2 с) рефлюкса. Микрохирургическая варикоцелектомия (МВЦЭ) показана при повышенном индексе фрагментации ДНК (ИФД), необъясненном другими причинами бесплодия у мужчин с клиническим варикоцеле и ненормальной спермограммой. Или же в случае неудачных протоколов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), включая повторное невынашивание беременности, нарушение эмбриогенеза или имплантации. Но МВЦЭ не приносит пользы при субклиническом варианте варикоцеле и при нормальной спермограмме. Результатом успешной операции следует считать появление нормальных сперматозоидов, повышение тестостерона у больных с гипогонадизмом, снижение ИФД на 3,3% и ниже, улучшение результатов ВРТ».

«Сложности в ведении обсуждаемых нами больных начинаются уже при трактовке результатов ультразвуковой доплерографии (УЗДГ), «золотого стандарта» обследования всех пациентов с подозрением на варикоцеле, а также с бесплодием», — подчеркнул докладчик.

Далее эксперт представил классификацию степеней варикоцеле по Sarteschi,

так как именно она рекомендована к применению в европейских рекомендациях по УЗДГ мошонки.

I степень. В мошонке расширенные вены не определяются. Рефлюкс в паховой области, обнаруживаемый только при пробе Вальсальвы (пВ). Гипертрофия венозной стенки без стаза.

II степень. Рефлюкс до верхнего полюса яичка только при пВ. Венозный стаз без варикозных изменений.

III степень. Вены расширены до нижнего полюса только стоя, но не лежа. Рефлюкс только при пВ. Явное варикоцеле с умеренным расширением кремастровых вен.

IV степень. Вены расширены в положении лежа. Сильнее расширяются при положении стоя и при пВ. Спонтанный рефлюкс в покое усиливается при пВ. Гипотрофия яичка, может быть деформация мошонки. Явное варикоцеле с варикозными изменениями гроздевидного сплетения.

V степень. Явное расширение вен независимо от положения. Выраженный базальный рефлюкс, не меняющийся стоя или при пВ. Всегда — гипотрофия яичка.

Вены расширены, а рефлюкса нет. Что делать?

Рефлюкс при пВ считается клинически значимым при продолжительности свыше 2 с. Именно такие рефлюксы приносят вред сперматогенезу, и их устранение в результате операции принесет пользу. Но как быть, если вены расширены, а рефлюкса нет?

«Вероятно, показаний к операции в этой ситуации нет, — считает Дмитрий Сергеевич, — поскольку основная цель МВЦЭ — устранить рефлюкс, а не сузить вены. И если, несмотря на их расширение, рефлюкса нет, значит, вены пока с трудом, но со своей задачей справляются».

«Также при выполнении УЗДГ часть моих коллег ставит задачу, — продолжил докладчик, — определить гемодинамический тип рефлюкса. То есть выяснить, что же стало его источником — расстройства в системе почечной или подвздошной вены. В таком анализе был бы смысл, если пациентам с тем и другим типом рефлюкса мы проводили бы разные операции».

Но для выбора основного вмешательства, а именно микрохирургической субингвальной операции Мармара, называемой также МВЦЭ, применяемой в борьбе с варикоцеле согласно европейским рекомендациям, разница в типах рефлюкса не имеет значения. Вот почему подобный анализ в рамках УЗДГ не принесет пользы. Тем более что эта диагностическая задача трудна в своем решении.

По наблюдениям Д.С. Рогозина, урологи часто испытывают трудности при оформлении результатов УЗДГ, заполняя документ в течение часа и дольше. Чтобы помочь коллегам, эксперт привел образец

наиболее лаконичного и информативного оформления подобного анализа (рис. 1).

Когда варикоцеле ставит хирургу подножку

Далее докладчик остановился на проблемах, с которыми врачи сталкиваются при выполнении МВЦЭ. Это вмешательство считается оптимальным для устранения всех возможных источников рефлюкса в мошонке. Оно выполняется путем

перевязки всех вен в данной зоне, но при строжайшем условии — не затронуть семявыносящий проток и артерии, кровоснабжающие яичко.

«Я нередко слышу от врачей, — сказал эксперт, — что они вполне успешно оперируют без микроскопа. А некоторые даже и без налобного увеличителя. Правы ли они? Не уверен. И вот какая особенность варикоцеле часто ставит им подножку. Случается, что венозная сеть, среди кото-

		Объем, см ³	15,54	14,22		
		Эхотекстура	Однородна, средней эхогенности	Однородна, средней эхогенности		
		Включения, пео	нет	нет		
Придаток	Головка, мм	6,2	5,4			
	Тело, мм	1,4	1,5			
	Хвост, мм	1,5	1,5			
	Эхотекстура	Однородна, средней эхогенности	Однородна, средней эхогенности			
	Включения, пео	нет	нет			
	Гроздевидное сплетение					
			Лежа	Стоя	Лежа	Стоя
Диаметр вены, мм	средн.	1,9	2,0	2,5	2,8	
	макс.	2,2	2,4	3,1	3,5	
Количество	видимых вен	3,0	3,0	3,0	3,0	
	расширенных вен	0,0	0,0	0,0	1,0	
Уровень расширения		и/полюс яичка (стоя), позади яичка (лежа)				
Рефлюкс						
Лежа						
В покое, с		Нет				
Проба Вальсальвы, с		Нет		2		
Уровень рефлюкса		В/полюс яичка				
Стоя						
Стоя в покое, сек		Нет				
Стоя проба Вальсальвы, с		более 3 с				
Уровень рефлюкса		м/полюс яичка				
Степень варикоцеле (при его наличии)						
Dublin (клиническая)		0		1		
Sarteschi:		0		3		
Заключение						
Варикоцеле слева III степени по Sarteschi						

Рисунок 1. Образец оформления результатов УЗДГ

рой и находятся расширенные, а потому нуждающиеся в перевязке вены, оплетает артерию. Тогда вокруг семявыносящего протока образуется пульсирующий сосудистый футлярчик (рис. 2). При манипуляциях хирурга с этим футлярчиком практически невозможно отличить без микроскопа артерию от оплетающих ее вен, а потому и действовать безопасно. Не используя микроскоп, хирург или повредит артерию, или не заметит расширенные вены, или перевяжет вместо них артерию. В результате после МВЦЭ могут начаться осложнения или операция не принесет успех. Итак, микроскоп при таких вмешательствах необходим».

Следующая проблема, которую обозначил докладчик, — надо ли оперировать субклиническое варикоцеле? К сожалению, критерии такого расстройства недостаточно конкретны. Самое распространенное определение субклинического варикоцеле таково: оно не пальпируется, определяется только при УЗИ, соответствует I или II степени по Sartaschi, когда рефлюкс — менее 2 с и регистрируется только при пВ. С возрастом субклиническое варикоцеле может прогрессировать в клиническое, из-за чего такие пациенты нуждаются в динамическом наблюдении. Больных с субклиническим варикоцеле — около половины среди всех страдающих этой болезнью. По мнению Д.С. Рогозина, таких больных скорее не надо, чем надо оперировать.

Значит ли это, что при всех случаях клинического варикоцеле (III стадии и выше) показана операция? Вовсе нет. Далеко не все такие больные бесплодны. Примерно у половины из них сперматогенез не нарушен. У них есть семьи, дети, эти люди даже не знают, что страдают варикоцеле. Поэтому операция тут бесполезна.

Нужна ли адъювантная терапия?

Следовательно, требуются какие-то дополнительные критерии для показания к операции. Их набор, опирающийся на доказательную базу, невелик. Прежде всего к ним относится анализ на ИФД. Повышенная фрагментация ДНК сперматозоидов, ведущая к повреждению таких молекул, и особенно при ИФД свыше 30 %, ассоциирована с бесплодием, невынашиванием беременности и неудачами при ВРТ. Поэтому данный показатель согласно рекомендациям EAU считается надежным дополнительным показанием к МВЦЭ. Для данной категории пациентов подобное вмешательство оказывается очень полезным

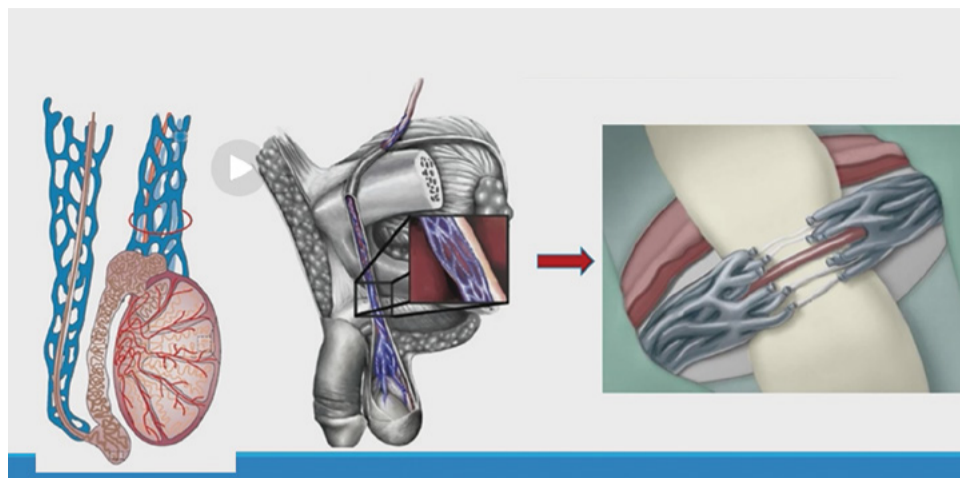


Рисунок 2. Артериовенозный сосудистый футляр вокруг семявыносящего протока. Вены и артерия тесно переплетены

Микрохирургическая варикоцелектомия показана при повышенном индексе фрагментации ДНК, необъясненном другими причинами бесплодия у мужчин с клиническим варикоцеле и ненормальной спермограммой

перед протоколами ЭКО. Эксперт призвал назначать данный анализ и использовать этот показатель всегда, когда нет уверенности, нужна ли операция больному с клиническим варикоцеле, а также стоит или нет отложить протокол ЭКО.

Анализ оксидативного стресса сперматозоидов (ROS-тест) — еще один значимый критерий для определения необходимости операции. На фоне варикоцеле в сперме повышается уровень активных форм кислорода, что и вызывает оксидативный стресс.

Особенно пагубно свободные радикалы влияют на незрелые сперматозоиды с высоким содержанием в мембране полиненасыщенных жирных кислот. В результате повреждения мембраны нарушаются функции сперматозоидов, их двигательная активность, способность к оплодотворению.

Поскольку во многих случаях варикоцеле наносит вред сперматогенезу за счет оксидативного стресса, подобным пациентам показана антиоксидантная терапия. Но в каком режиме ее проводить — после операции, до вмешательства или даже вместо него? Наиболее убедительную доказательную базу имеет первый вариант.

В 2017 году под руководством профессора С.И. Гамидова прошло исследование,

в котором приняли участие 114 мужчин, страдающих бесплодием по причине варикоцеле и прооперированных по методике МВЦЭ. В течение 3 месяцев после операции им проводилась адъювантная антиоксидантная терапия комплексом ацетил-L-карнитина, L-карнитина фумарата и α -липоевой кислоты.

В результате прогрессивная подвижность сперматозоидов по сравнению с уровнем сразу после операции возросла на 21,7 %, ИФД уменьшался на 22,3 %, концентрация сперматозоидов повысилась на 27,0 %.

По мнению авторов исследования, адъювантная антиоксидантная терапия мужского бесплодия при варикоцеле потенцирует эффекты монотерапии, как консервативной, так и хирургической, и увеличивает их результативность.

«После выполняемых мной операций, — рассказал Д.С. Рогозин, — я всегда назначаю лечение комплексом ацетил-L-карнитина, L-карнитина фумарата и α -липоевой кислоты и считаю его полезным для моих пациентов. Поскольку оксидативный стресс является ключевым компонентом в патогенезе варикоцеле, я выбираю эту же терапию для той части больных, которые от операции отказываются».

В чем особенности правостороннего варикоцеле?

«Следующий вопрос, — продолжил докладчик, — надо ли оперировать варикоцеле с двух сторон или достаточно только операции слева? И почему именно слева? Потому что считается, что левостороннее варикоцеле вредит обоим яичкам. К тому же варикоцеле справа чаще бывает менее выражено, чем слева. Традиционное мнение также состояло в том, что частота двухстороннего варикоцеле — не более 10 %. Однако опыт урологов сегодня показывает, что при пальпируемом варикоцеле слева вероятность найти на УЗИ и непальпируемое варикоцеле справа достигает 80 %. В итоге сегодня при двустороннем клиническом варикоцеле двухсторонняя операция считается предпочтительнее односторонней. Но если слева — клиническое варикоцеле, а справа — субклиническое, от операции следует воздержаться». Еще одна неясность при лечении больных с варикоцеле — надо ли сначала прооперировать пациента, где эта патология сочетается с необструктивной азооспермией. А может, лучше сперва выполнить стандартную тестикулярную экстракцию сперматозоидов (TESE)?

«Хирургическая коррекция варикоцеле при данном расстройстве сперматогенеза, — высказал свое мнение эксперт, — может привести к появлению сперматозоидов в эякуляте, повысить вероятность успеха TESE, а в дальнейшем и улучшить результаты ВРТ. Но самый разумный вариант — провести операцию одновременно с TESE. Результаты реализации такого решения оценит повторный гистологический анализ. С перспективой повторной микро-TESE. Подытоживая свое выступление, Дмитрий Сергеевич признался, что ему не удалось дать четкие рецепты, когда надо оперировать варикоцеле, а когда стоит ограничиться консервативным лечением. Он обозначил лишь предпочтительные варианты.

«Мы обсудили настолько сложное и многогранное заболевание, что дать такие рецепты и быть абсолютно уверенным, что следовать надо именно им, сегодня не удалось бы никому из коллег. Призываю вас глубже знакомиться с клиническим опытом по лечению этой болезни, больше думать и сомневаться перед принятием каждого решения. Только тогда оно станет по-настоящему взвешенным и обоснованным».

Подготовил Александр Рылов

АБВ
ПРЕСС
ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ

НЕ ПРОСТО ИЗДАТЕЛЬСТВО —
СООБЩЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

abvpress.ru
medvedomosti.media
netoncology.ru

Урология сегодня

Онкология Сегодня

ОНКОУРОЛОГИЯ

ОНКО ГЕМАТОЛОГИЯ

РУССКИЙ ЖУРНАЛ ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ

Российский Биотерапевтический Журнал

ОНКО ПАТОЛОГИЯ

НЕВРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ

Акушерство и гинекология

Нервно-мышечные БОЛЕЗНИ

АНДРОЛОГИЯ И ГЕНИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

НЕЙРОХИРУРГИЯ

САРКОМЫ Костей, мягких тканей и опухоли кожи

Тазовая хирургия и онкология

ПЕДИАТРИЯ СЕГОДНЯ

СОВРЕМЕННАЯ КАРДИОЛОГИЯ

УСПЕХИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ОНКОЛОГИИ

Опухоли ГОЛОВЫ и ШЕИ

ОПУХОЛИ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ КЛИНИЦИСТ

MD-ONCO

Московская Эндокринология СЕГОДНЯ

Гастро-Энтерология СЕГОДНЯ

УСПЕХИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ОНКОЛОГИИ

Опухоли ГОЛОВЫ и ШЕИ

ОПУХОЛИ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ КЛИНИЦИСТ

СА A Cancer Journal for Clinicians. Русское издание

Реклама

iOS

Новости

Снижение фертильности у мужчин — глобальная проблема



Недавно в журнале *Human Reproduction Update* были опубликованы результаты проведенного группой ученых из Еврейского университета в Иерусалиме крупномасштабного метаанализа, показавшего, что с 1973 по 2018 год концентрация сперматозоидов в эякуляте у мужского населения планеты в среднем снизилась примерно на 50 % (с 101 до 49 млн/мл). Между тем критическим считается показатель ниже 40 млн/мл, при котором зачатие становится маловероятным.

Исследование мужской фертильности, проведенное теми же специалистами, уже сигнализировало о проблеме в 2017 году, но тогда оно основывалось на данных, полученных только из развитых стран (Европа, Северная Америка, Австралия). На этот раз ученые расширили список исследуемых стран до 53 и пришли к выводу, что данная тенденция наблюдается по всему миру — она была выявлена также в Центральной и Южной Америке, Азии, Африке.

Особую обеспокоенность вызывает тот факт, что скорость снижения количества мужских половых клеток в сперме растет: с 1973 по 2000 год она составляла 1,16 % в год, а к 2018 году достигла уже 2,64 %. Если этот процесс не остановить, то человечество ждет тотальное бесплодие.

Новый эпигенетический маркер метастатического рака предстательной железы

Рак предстательной железы (РПЖ) является вторым по распространенности в мире видом рака, диагностируемым у мужчин. После постановки диагноза примерно у 50 % мужчин в дальнейшем развивается метастатический процесс. Как правило, для метастазирования требуется 15 или более лет, но в некоторых случаях метастазы появляются намного раньше.

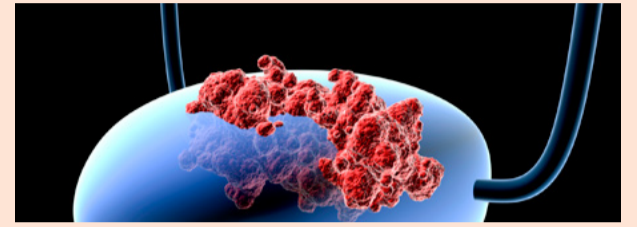
Одно из направлений работы ученых в настоящее время — выявление предикторов метастатического РПЖ с целью раннего назначения более активной противоопухолевой терапии. Так, в недавно завершившемся долгосрочном исследовании, проведенном в Институте медицинских исследований Гарвана (Сидней, Австралия), изучались 1420 участков ДНК, содержащих специфичные для РПЖ метилированные фрагменты.

В качестве материала использовались хранившиеся в больнице Гарвана и св. Винсента образцы полученных при биопсии тканей 185 пациентов, которым удалили предстательную железу из-за развившейся опухоли за последние 20 лет.

Наиболее тщательному изучению подверглись 18 генов, из них в качестве ключевого биомаркера был выделен *CACNA2D4*, который участвует в регуляции кальциевых каналов. Этот ген не входит в применяющиеся сегодня панели диагностики РПЖ, и влияние метилирования на его активность пока только предстоит изучить.

Авторы исследования не исключают, что выявленный маркер окажется весьма полезным для ранней диагностики и прогнозирования метастатического РПЖ.

Почему мужчины чаще болеют раком мочевого пузыря?



По статистике, вероятность развития рака мочевого пузыря у мужчин в 3–5 раз выше, чем у женщин. Исследователи из центра Cedars-Sinai (Лос-Анджелес, США) заподозрили, что причина этого кроется не только в поведенческих факторах риска (например, мужчины больше курят), важным моментом является также гендерная биология.

В частности, известно, что андрогены обладают иммуносупрессивным действием. Ученые предположили, что мужские половые гормоны ингибируют активность CD8⁺-лимфоцитов, которые составляют основу противоопухолевого иммунитета. При моделировании рака мочевого пузыря у мышей удаление пула CD8⁺-лимфоцитов приводило к нивелированию гендерных различий тяжести течения злокачественного процесса. Кроме того, секвенирование клеточного генома показало, что у самцов в CD8⁺-лимфоцитах чаще выявлялись признаки дисфункции. При лечении андрогенная депривация приносила большую пользу и улучшала результаты иммунотерапии у особой мужского пола.

Исследователи считают, что андрогензависимое модулирование функции CD8⁺-лимфоцитов может играть важную роль в развитии рака мочевого пузыря и мужчины могут получать большую пользу от андрогенной депривации при лечении.

Урогинекология: клинические диалоги
М.Ю. Гвоздев, Д.Ю. Пушкарь
М.: Издательский дом «АБВ-пресс», 2023 – 128 с. : ил.
ISBN 978-5-6048079-2-7

Урогинекология. Мы многие годы спорим о самом названии, о терминологии, о пациентах. Рождается ли истина? Не знаю. И профессор Михаил Юрьевич Гвоздев тоже не знает. Никто не знает.

Но эта специальность, а правильнее сказать — направление, объединяет врачей разных специальностей и энтузиастов, которые просто хотят заниматься урогинекологией — помогать этому сложному контингенту больных. Книга эта простая. Простая для понимания молодыми докторами, врачами, которые прошли уже какой-то путь, опытными специалистами. Книга родилась у нас с профессором Гвоздевым за столом, за операционным столом, после операций, между операциями, как результат консилиумов, нашего опыта. Книга практическая, а может, даже где-то и лирическая.

Благодарим всех наших учителей, которых мы, естественно, вспоминаем в этой книге. А, я со своей стороны, благодарен Михаилу Юрьевичу за откровенный и профессиональный разговор.

(Д.Ю. Пушкарь)

Клиническая задача

У 55-летнего мужчины появилась незначительная боль в правом боку через 8 недель после аортоподвздошного шунтирования. Уровень креатинина в норме, лейкоциты в крови — 12×10^9 , посев мочи стерильный. На УЗИ почек определяется незначительная пиелозктазия справа; по данным КТ, сосудистый протез располагается кзади от правого мочеточника.

ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА:

- чрескожная нефростомия;
- пероральный прием стероидов;
- трансуретероуретеростомия;
- нефрэктомия;
- уретереролиз.

Ответ на клиническую задачу, опубликованную в УС № 4 (70) 2022
Дифференциальный диагноз при азооспермии с небольшим объемом эякулята включает обструкцию, гипогонадизм, отсутствие семявыносящих протоков, нарушения эякуляции и тестикулярную недостаточность. Гипогонадизм можно исключить по нормальному уровню тестостерона и ФСГ. Поскольку у пациента пальпируются семявыносящие протоки, вероятнее всего, у него имеется тестикулярная недостаточность или обструкция семявыбрасывающих протоков. Аспирация жидкости из семенных пузырьков под контролем ТРУЗИ позволяет получить сперматозоиды в случае обструкции и является наименее инвазивным методом диагностики корректируемой причины азооспермии. Хотя обструкцию дистального отдела семявыносящего протока можно диагностировать при вазографии, она более инвазивная, чем ТРУЗИ. Канюлировать семявыбрасывающие протоки сложно, и это не всегда позволяет установить диагноз. Наконец, УЗИ почек показано пациентам с врожденным одно- или двусторонним отсутствием семявыносящих протоков, которое исключено при физикальном исследовании.

Урология сегодня № 5–6 (71) 2022

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

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

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ
К.м.н. Б.Ш. Камолов
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. А.С. Маркова

К.м.н. В.А. Рубанов
М.Ш. Булыгов
А.В. Ахлестина
В.Е. Бугаев
А.А. Киричек

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

ПЕЧАТЬ
Отпечатано в типографии
ООО «Юнион Принт».
Нижний Новгород, Окский съезд, 2, к. 1.
Заказ № 223485

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

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