▶ cmp. 3

Трансуретральная простатвезикулэктомия в лечении онкологических пациентов

▶ cmp. 6

Робот-ассистированная простатэктомия: за и против ▶ cmp. 18

Эмболизация тестикулярных вен в лечении пациентов с варикоцеле

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ МЕДИЦИНСКАЯ ГАЗЕТА

№ 3 2022 z.

B HOMEPE

МНЕНИЕ ЭКСПЕРТОВ

Выбор методов терапии для пациентов с хронической тазовой болью

cmp. 8

Диагностика и терапия пациентов с болезнью Пейрони

cmp. 12

ПРАКТИКА

Малоинвазивные методы лечения пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы

cmp. 10

АКТУАЛЬНО

Нужна ли фьюжн-биопсия предстательной железы всем пациентам?

cmp. 16



Способствует нормализации функции почек и мочевыводящих путей у пациентов с острым и хроническим циститом, пиелонефритом

Препятствует повторному камнеобразованию у пациентов с мочекаменной болезнью

Повышенное содержание экстракта листа брусники для усиления диуретического эффекта

Содержит экстракты лекарственных растений в оптимальной терапевтической дозировке*







Будущее Российского общества урологов определится в сентябре



Уважаемые коллеги!

Сентябрь 2022 года станет важной вехой в истории российской урологии, так как именно в этом месяце состоятся значимые события, которые повлияют на ее будущее.

14–17 сентября в Москве очно пройдут XIV Съезд и XXII Конгресс Российского общества урологов: эти мероприятия будут приурочены к 115-летнему юбилею этого старейшего профессионального врачебного сообщества России. Поздравляем всех урологов России с этой знаме-

нательной датой и желаем новых профессиональных достижений на благо отечественного здравоохранения.

Российское общество урологов было основано в 1907 г. профессором Санкт-Петербургской военно-медицинской академии, известным хирургом и урологом С.П. Федоровым, который и стал его первым президентом. В марте 1923 г. в Москве, благодаря усилиям С.П. Федорова и Р.М. Фронштейна, вышел в свет первый номер журнала «Урология». За прошедшие годы председателями РОУ (до 1991 г. Всесоюзного общества урологов) были профессора А.М. Гаспарян, Ю.А. Пытель, академик РАМН Н.А. Лопаткин. С 2012 г. и по настоящее время председателем РОУ является член-корр. РАН, профессор Ю.Г. Аляев.

Современная российская урология развивается быстро, повышается доступность новых технологий, в частности, роботической хирургии, которая сегодня используется в клиниках не только Москвы, но и всей России. Многие аспекты фундаментальной медицины находят отражение в работе практических врачей-урологов.

Одно из важных направлений работы РОУ – обмен опытом и научными достижениями урологами России, а также зарубежными коллегами. В последние годы РОУ поддерживало инновационные решения, стремительно двигалось по запланированному пути и достигало достойных результатов. Мероприятия РОУ не уступают европейским как по формату, статусу, так и по научной составляющей и уровню организации.

14 сентября состоится XIV Съезд РОУ, где будет оценена работа Председателя, Правления, Президиума и будет выбран новый Председатель Общества.

15–17 сентября пройдет очередной XXII Конгресс РОУ, где традиционно будут обсуждаться самые актуальные проблемы урологии. Приглашаю всех урологов России принять участие в этом важном мероприятии!

Главный редактор, академик РАН, д.м.н., профессор А.А. Камалов

2 АКТУАЛЬНО № 3 || 2022 г.

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

Главный редактор

Армаис Альбертович КАМАЛОВ, академик РАН, д.м.н., профессор, директор университетской клиники МГУ им. М.В. Ломоносова, заведующий кафедрой урологи и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова

Заместитель главного редактора

Алексей Георгиевич МАРТОВ, член-корр. РАН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии и андрологии ИППО ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России; заведующий урологическим отделением ГБУЗ «Городская клиническая больница им. Д.Д. Плетнева» ДЗМ, в.н.с. отдела урологии и андрологии МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова

Научный редактор

Джемал Ахмедович БЕШЛИЕВ, д.м.н.

Редакционный совет

Аполихин О.И., член-корр. РАН, д.м.н., профессор Аляев Ю.Г., член-корр. РАН, д.м.н., профессор Велиев Е.И., д.м.н., профессор Винаров А.З., д.м.н., профессор Глыбочко П.В., академик РАН, д.м.н., профессор Даренков С.П., д.м.н., профессор Дутов В.В., д.м.н., профессор Зубань О.Н., д.м.н., профессор Каприн А.Д., академик РАН, д.м.н., профессор Кривобородов Г.Г., д.м.н., профессор Лоран О.Б., академик РАН, д.м.н., профессор Пушкарь Д.Ю., академик РАН, д.м.н., профессор Пушкарь Д.Ю., академик РАН, д.м.н., профессор

РЕДАКЦИЯ ГАЗЕТЫ «Московский уролог»

Адрес: Москва, Ломоносовский проспект, д. 27, к. 10 Телефон: +7 (903) 295-66-81 Алексеева Марина Валерьевна E-mail: mosurolog@bk.ru

УЧРЕДИТЕЛЬ и ИЗДАТЕЛЬ Межрегиональная общественная организация «Мужское и репродуктивное здоровье»



4 номера в год

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)
Регистрационный номер ПИ No ФС77—72661 от 16 апреля 2018 г.

Распространение федеральное Газета отпечатана в Буки Веди — полиграфический комплекс Адрес: 115093, г. Москва, Партийный переулок, д.1, корп 58, стр. 2.

Цена свободная

Полное или частичное воспроизведение редакционных материалов, опубликованных в газете «Московский уролог», запрещается, за исключением случаев письменного согласия редакции.



Психологические аспекты мужских стрессов и их последствия

В рамках сессии «Мужчина в глобальном мире» на XVIII Конгрессе «Мужское здоровье» выступил врач-психиатр психотерапевтического отделения УКБ №3 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, к.м.н. **Дмитрий Сергеевич Петелин**. С позиции психолога и психиатра он рассмотрел воздействие стресса на мужское здоровье.



а примере метаанализа пяти масштабных эпидемиологических исследований докладчик подчеркнул, что в ходе пандемии COVID-19 было отмечено отчетливое ухудшение эректильной функции как у мужчин, работников системы здравоохранения, так и у постоянных пациентов андрологических клиник, а также у лиц из общей популяции, активно использующих социальные медиа. При этом было отмечено возросшее число жалоб и снижение суммы баллов по опроснику Международного индекса эректильной функции-5 при формализованной оценке.

Каким образом различные потрясения могут влиять на мужское здоровье? Отвечая на этот вопрос, доктор Д.С. Петелин сказал: «Еще до пандемии и геополитических потрясений в исследованиях было показано, что это могут быть как биологические, так и психологические факторы. К первым следует отнести возрастание заболеваемости, снижение доступности лекарственных средств и медицинской помощи, дефицит питания, снижение физической активности. Ко вторым – высокий уровень стресса, чувство неопределенности и безнадежности, снижение способности контролировать окружающую действительность. пониженную самооценку. При этом следует обратить внимание на некоторые работы, в которых было показано антагонистическое взаимодействие двух гормонов – кортизола и тестостерона. Поскольку тестостерон отвечает за поведение, связанное с риском. особенно в аспектах конкуренции и борьбы за противоположный пол, то выраженная активация стрессорной системы приводит к подавлению спонтанного поведения, направленного на конкурирование, рискованное поведение и продолжение рода. Поэтому неудивительно, что уровень стресса, активированный событиями последних лет, повлиял на андрологический статус

Также докладчик сослался на исследо-

вания, в которых было отмечено, что сама по себе пандемия COVID-19 привела к возрастанию заболеваемости депрессией во всем мире: метаанализ данных из 8 стран показал, что распространенность депрессии в общей популяции составляет 27%, что значительно превышает оценки до пандемии (8%). «Депрессия – это психическое расстройство, характеризующееся патологически сниженным настроением (гипотимия) и неспособностью испытывать радость (ангедония) с негативной, пессимичестической оценкой самого себя, своего положения в окружающей действительности и своего будущего. Проявления депрессии не ограничиваются исключительно эмоциональными симптомами. Для больных депрессией характерны соматовегетативные проявления, изменение тонуса вегетативной нервной системы, активности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и моторики. Что касается тревоги, то она может быть как нормальным состоянием, так и патологическим. Ее положительной стороной является сигнал о неблагополучии и опасности, который позволяет своевременно отреагировать на потенциально вредоносные события, подготовиться к предстоящим неприятностям. Негативная сторона тревоги мучительна для человека, она не позволяет расслабиться и сэкономить силы, при этом тревога во многих ситуациях возникает тогда, когда в ней нет необходимости. Тревожное расстройство – это длительно существующая тревога, которая причиняет человеку выраженный дискомфорт и сказывается на его благополучии, способности работать и проводить свободное время. Расстройство формируется как реакция на подверженность смертельной опасности или угрозе смерти, при получении или угрозе серьезного ранения, сексуальном насилиии или его угрозе. Ведущая его черта - постоянные тягостные воспоминания или образы, касающиеся этой угрозы. При этом у пациента отмечается устойчивое избегание стимулов, связанных с травмой, наблюдающееся после завершения травматического события, при этом ухудшается его когнитивное состояние и настроение. Продолжительность расстройства наблюдается более 1 месяца. Расстройство вызывает клинически значимый дистресс или нарушение в социальной, профессиональной или иной сфере функционирования индивида. Оно не связано напрямую с физиологическим эффектом употребления веществ (лекарств или алкоголя) или с другими расстройствами и заболеваниями».

Доктор Д.С. Петелин сформулировал когнитивно-поведенческую модель реагирования на стресс: «Базисом должна стать аксиома: Важно не то, что происходит, а то, как мы на это реагируем. Любой человек функционирует, имея определенное число когнитивных схем, позволяющих быстро определять отношение к той или иной ситуации с учетом предшествующего опыта и навыков. Поведение является следствием существующих когнитивных схем и должно оцениваться с позиции того, как человек воспринимает действительность. При патологическом состоянии требуется корректировать как когнитивные схемы, так и связанное с ними поведение. Когнитивно-поведенческую терапию можно и нужно комбинировать с лекарственной

Докладчик обратил внимание коллег на когнитивные установки, определяющие подверженность стрессу. По его мнению, сюда следует отнести руминативное мышление (неспособность переключить внимание или переживание, необходимость в систематически повторяющемся прорабатывании тревожащих мыслей), нетерпимость к неопределенности (стремление получить максимально точную и полную информацию в любой ситуации, стремление к уточнению и дообследованию даже при наличии объективно достаточных данных), катастрофизация (систематическое смещение фокуса внимания на наихудшем возможном варианте развития событий, формирование вывода безусловно негативного варианта развития событий на основании отдельных косвенных

В завершение доклада доктор Д.С. Петелин дал общие рекомендации по противодействию стрессу: «Современному мужчине необходимы регулярные физические нагрузки, сбалансированная диета с достаточным количеством микронутриентов и полиненасыщенных жирных кислот, 7–9 часов регулярного ночного сна, избегание повышенного потребления никотина, алкоголя, кофеина, выделение для себя времени, свободного от ознакомления с новой тревожащей информацией (COVID-19, военные действия, мировая экономика и т.д.), выделение периодов времени, когда можно побеспокоиться по поводу чеголибо («время побояться»), сознательное выделение времени на занятия, которые доставляют удовольствие, разумная оценка пределов собственного функционирования, поиск помощи в том случае, если резервов организма не хватает».

№ 3 || 2022 г. **ПРАКТИКА** 3

Трансуретральная простатвезикулэктомия в лечении онкологических пациентов

Заведующий кафедрой урологии и андрологии ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА РФ, заведующий отделением урологии ГКБ им. Д.Д. Плетнева, ведущий научный сотрудник МНОЦ МГУ им. Ломоносова, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор **Алексей Георгиевич Мартов** на одной из сессий XVIII Конгресса «Мужское здоровье» рассказал о собственном опыте выполнения трансуретральной простатвезикулэктомии в лечении больных раком предстательной железы.



В начале доклада он напомнил о показаниях к трансуретральной резекции (ТУР) у больных раком предстательной железы (РПЖ). К таким показаниям относятся паллиативная ТУР предстательной железы (ПЖ), которая является стандартом у больных с поздними стадиями РПЖ, инфравезикальная обструкция, наличие у пациента эпицистостомы. Также данная операция выполняется соматически отягощенным больным и пациентам пожилого возраста.

«Трансуретральная простатвезикулэктомия – довольно редкая операция, которую в современном урологическом сообществе выполняют всего несколько человек, - отметил докладчик. - Для понимания того, что она собой представляет, необходимо рассмотреть варианты псевдо-паллиативной, паллиативной, субтотальной и тотальной операций. В частности, вариант псевдо-паллиативного состояния при выполнении резекции у пациента с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) обычно выбирают врачи Европы и США. Российские коллеги чаше выполняют паллиативный и субтотальный варианты. Что касается тотальной ТУР, то она относится исключительно к лечению пациентов с РПЖ с полным или частичным удалением ПЖ. В результате выполнения радикальной простатэктомии нелержание мочи наблюдается у 2-15% пациентов, эректильная дисфункция у 40-60%, что связано с повреждением наружного сфинктера уретры и сосудисто-нервных пучков, окружающих ПЖ. При этом трансуретральный доступ для удаления ПЖ представляется оптимальным с позиции сохранения наружного сфинктера уретры и сосудисто-нервных пучков».

Алексей Георгиевич сообщил, что схему выполнения трансуретральной простатве-

зикулэктомии с использованием троакара Reuter предложил Матиас Ройтер (сын Ройтера – пионера трансуретральной хирургии), автор книги по лечению пациентов с ДГПЖ. Он выполнял операции в монополярном режиме резектоскопом без постоянного промывания. Хирургический опыт Матиаса Ройтера был опубликован в 2008 г.

Далее профессор А.Г. Мартов привел результаты опыта Матиаса Ройтера с применением монополярного резектоскопа 28F и троакара Reuter у 1017 больных (средний возраст 68,9 года) с 1985 по 2004 г., которым была выполнена радикальная ТУРП. «Результаты этого исследования показали абсолютную сопоставимость с радикальной простатэктомией, выполненной в тот же период. В частности, были показаны следующие результаты более чем 10-летней выживаемости у пациентов с РПЖ: со стадиями Т1 выживаемость составила 82%, со стадией Т2 -87%, стадией Т3 – 81%, стадией Т4 – 34%. Биохимический рецидив в течение 5 лет был зарегистрирован у пациентов с Т1 (15%), Т2 (19%), Т3 (27%). Доля летальности составила 1 из 1017 пациентов. Результаты наблюдения за уровнем простатическотакой операции: кровотечение, травма наружного сфинктера уретры, перфорация мочевого пузыря, травма прямой кишки, травма устья мочеточника, травма уретры (резектоскоп 28F), ТУР-синдром (гипонатриемия), электроожоги.

Профессор А.Г. Мартов поделился с коллегами собственным опытом выполнения трансуретральной простатвезикулэктомии у 82 пациентов с РПЖ в возрасте 62-87 лет. «Для операции были отобраны пациенты, которым нельзя было выполнить радикальную простатэктомию, при этом все пациенты были с высоким анестезиологическим риском. В процессе выполнения операций были использованы биполярный резектоскоп с постоянным промыванием 26F (у 63 больных) и физраствор, а также монополярный резектоскоп 28F (19 больных)+5% глюкоза. Больным была выполнена двухсторонняя вазорезекция не с целью предотвращения инфекции, а для того, чтобы раздуть семенные пузырьки. Затем было введено 5 мл+5 мл физиологического раствора в семенные канатики, трансректально был введен 0,5% раствор новокаина 10 мл+10 мл – в парапростатическое пространство, т.к. без наркоза и миорелакпациентов в послеоперационном периоде, то плазмотрансфузия потребовалась у 5 больных, лабораторная гипонатриемия наблюдалась у 5 больных, травм прямой кишки, устья мочеточника и мочевого пузыря не было. Дренирование мочевого пузыря осуществлялось на протяжении 6–10 дней».

Также профессор А.Г. Мартов подчеркнул следующий факт: «Когда мы только вводили в свою практику трансуретральную простатвезикулэктомию, то начали слишком радикально манипулировать в области шейки мочевого пузыря, поэтому в первое время у наших пациентов часто наблюдлась послеоперационная дизурия (35,4%), что впоследствии было купировано. В результате 5-10-летних наблюдений среди 62 пациентов мы отметили, что у 49 больных уровень ПСА составлял менее 0,2 нг/мл, у 14 больных – менее 0,4 нг/мл. Склероз шейки мочевого пузыря наблюдался у 9 больных. Тяжелой степени недержания мочи не было отмечено ни у одного из пациентов, недержание 1-й степени – у 10 пациентов, 2-й степени – у 1 пациента. Резидуальные ткани семенных пузырьков и ПЖ наблюдались у 18 больных. У 29 пациентов эректильная функция была сохранена до операции, и у всех пациентов она осталась сохраненной в той или иной степени и после операции. Доля больных без рецидива на протяжении 10 лет составила 87%. Доля больных без рецидива в зависимости от стадии рТ была следующей: среди больных со стадией рТ1 рецидивов отмечено не было, со стадией рТ2 рецидивы наблюдались у 83%, со стадией рТ3 – у 59%».

В заключение своего доклада профессор А.Г. Мартов отметил возможные показания к выполнению трансуретральной простатвезикулэктомии у больных РПЖ. К ним он отнес клиническую стадию сТ1 и Т2, предшествующие операции на ПЖ, отказ от радикальной простатэктомии, высокий операционный риск при выполнении радикальной операции, ожирение, религиозные принципы (среди пациентов были свидетели Иеговы), биохимический рецидив после лучевой терапии, лечения сфокусированным ультразвуком высокой интенсивности (HIFU – High Intensity Focused Ultrasound) и других вмешательств, желание сохранить эректильную функцию и удержание мочи. Среди противопоказаний докладчиком были названы стандартные противопоказания к трансуретральной электрохирургии, предшествующие операции на прямой кишке, низкая степень дифференцировки опухолевых клеток и молодой возраст

«...»

Трансуретральная простатвезикулэктомия – довольно редкая операция, которую в современном урологическом сообществе выполняют всего несколько человек

го специфического антигена – ПСА (444 пациента) были следующими: ПСА Nadir менее 0,01 – 62%, ПСА Nadir от 0,01 до 0,2–95%. Следует отметить, что эти результаты вполне сопоставимы с результатами радикальной простатэктомии даже в сегодняшних реалиях с использованием самых современных методик».

Докладчик обратился к работе, где было показано, что в результате выполнения монополярной трансуретральной радикальной простатэктомии самая серьезная проблема (недержание мочи) наблюдалась у небольшого числа пациентов. При этом в данной работе также были отмечены возможные риски в результате выполнения

сантов необходимо было обезопасить пациента от рефлекса срамного нерва в ходе операции. У 19 больных под визуальным контролем был установлен троакар Reuter и выполнена монополярная операция, у остальных была выполнена трансуретральная простатвезикулэктомия с помощью биполярного резектоскопа. Операцию завершили коагуляционным гемостазом и послеоперационным дренированием», – отметил он.

Докладчик прокомментировал ход и результаты операции: «Время операции составило в среднем 56 минут (от 49 до 79 минут), объем удаленных тканей – 49 г (22–79 г). Если говорить о проблемах у

4 НОВОЕ В УРОЛОГИИ № 3 || 2022 г.

Определение мутаций промотора TERT C228T, C250T у пациентов с раком мочевого пузыря: результаты пилотного исследования в российской популяции

Тема рака мочевого пузыря на сегодняшний день остается одной из самых актуальных в урологии. Рак мочевого пузыря – злокачественное новообразование, зачастую никак себя не проявляющее на начальных стадиях. Наиболее частым симптомом является примесь крови в моче. Самым распространенным способом диагностики рака мочевого пузыря является ультразвуковое исследование наполненного мочевого пузыря, однако оно является субъективным методом, к тому же, небольшие образования могут остаться незамеченными. Самым достоверным способом диагностики рака мочевого пузыря является цистоскопия. Однако, цистоскопия – инвазивный метод обследования, требующий наличия специального оборудования, а иногда дополнительного анестезиологического пособия.



А.С. Тивтикян, врач-уролог, аспирант кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ, стажер-исследователь отдела урологии МНОЦ МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва



Д.М. Камалов, врач-уролог, онколог, к.м.н., доцент кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ, научный сотрудник отдела урологии МНОЦ МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва



Марк Джайн, аспирант кафедры многопрофильной клинической подготовки ФФМ МГУ, стажер-исследователь отдела лабораторной диагностики МНОЦ МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва

ак мочевого пузыря (РМП) встречается в 7–10 % среди всех впервые выявленных онкологических заболеваний. В России РМП занимает 9-е место в структуре онкологических заболеваний у мужчин и 16-е место среди женщин, при этом, прирост заболеваемости за последние 10 лет составил 28%. Смертность во всем мире от РМП на 100 000 человек составила 3.2 случая у мужчин и 0.9 у женшин.

В группе риска по заболеваемости раком мочевого пузыря состоит множество потенциальных пациентов. Наиболее доказанным фактором риска является хроническое воздействие анилиновых красителей на организм – чаще всего сотрудники предприятий по производству лакокрасочных покрытий входят в это число. Среди факторов риска также следует отметить курение. В крупных рандомизированных исследованиях в группе пациентов, отказавшихся от курения, существенно снижалась заболеваемость

Около 70% впервые выявленных случаев рака мочевого пузыря относятся к немышечно-инвазивному раку мочевого пузыря

(Та, Т1, Тіs). Методом выбора лечения данных пациентов является трансуретральная резекция мочевого пузыря. Особенностью данного рака является его высокая частота рецидивирования (до 70%) и прогрессирования (до 30%).

Заболевание осложняется тем, что стадия Т2 (мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря) подразумевает собой практически безальтернативное использование радикального оперативного лечения ввиду высокого риска метастазирования. Поэтому, в случае среднего или высокого онкологического риска больным РМП в стадиях (Та, Т1, Тіs), дополнительно проводится внутрипузырная инстилляции БЦЖ или химиотерапия.

Рак мочевого пузыря – социально-значимое заболевание, не имеющее достоверных маркеров в крови, либо в моче. Несмотря на то, что немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря поддается лечению, частота рецидивов высока, и зависит как от особенностей опухоли, так и от навыков оперирующего хирурга и послеоперационного ведения пациента. Цистоскопия – метод,

основывающийся сугубо на способностях хирурга распознать образование, однако рак in situ выявить без специальных методов визуализации может быть затруднительно.

Таким образом, в мировом врачебном сообществе встал вопрос о разработке и внедрении нового онкомаркера. Это дало бы возможность проводить скрининг, а также контролировать рецидив заболевания

Молекулярно-генетическая диагностика РМП — направление, которое развивается последнее десятилетие, и изучает влияние ряда сигнальных путей, вовлечённых в регулирование клеточного цикла, процессы дифференцировки и приводящих, в случае их нарушения, к образованию опухолевых заболеваний. Исследование активности генетических маркеров способно, в некоторой степени, прогнозировать активность опухолевого процесса, быть маркером прогрессирования РМП, а также служить в качестве неинвазивного скринингового метода его ранней диагностики.

Известно, что выявление мутаций промотора TERT является перспективным методом неинвазивной диагностики РМП. Целью данного пилотного исследования было изучение данной группы мутаций для российской популяции.

Исследование было одобрено локальным этическим комитетом МНОЦ МГУ имени М. В. Ломоносова и проведено в соответствии с принципами Хельсинкской декларации. В исследование было включено 60 пациентов, которые были разделены на 2 группы: аналитическую (пациенты с верифицированным РМП (n=27) и здоровые пациенты (n=14) и группу "Second look" (n=10). Практическая часть исследования была проведена с помощью наборов Circulating Nucleic Acid Kit QIAamp (Qiagen, Германия), QX200 ddPCR (Droplet Digital PCR) (Bio-Rad, США). Для каждого эксперимента был использован положительный контроль для каждой мутации. Праймеры и зонды для ddPCR представляли собой промоторы TERT С228Т/С250Т. Статистический анализ проводился с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistics (версия

Данная методика продемонстрировала высокую специфичность (100%) и чувствительность (55,6%) в аналитической группе по данным ROC-анализа. При этом диагностическая точность метода составила 100%, положительная прогностическая ценность — 100%, что означает отсутствие мутаций промотора TERT у здоровых пациентов. Отрицательное прогностическое значение составило 99,9%. Площадь под ROC-кривой составила 0,768, что свидетельствует о хорошем качестве предложенной модели.

Полученные данные коррелируют с результатами зарубежных исследований и позволяют сделать вывод о том, что новый метод диагностики РМП возможно применять в отношении популяции пациентов в РФ. В настоящее время проводится исследование большего числа пациентов. Новый метод диагностики РМП призван улучшить выявляемость этого онкологического заболевания, улучшить послеоперационный контроль заболевания, снизить долю пациентов с мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря.

№ 3 || 2022 г. ПРАКТИКА **5**

Возможности Аденопросина[®] в терапии больных заболеваниями простаты

Д.А. Охоботов, к.м.н., доцент кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, старший научный сотрудник отдела урологии и андрологии МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва



ронический бактериальный простатит – наиболее распространенное в урологической практике заболевание, клинически диагностируемое на основании признаков воспаления предстательной железы (ПЖ), чаще инфекционного происхождения, подтвержденное результатами анализа секрета ПЖ. Стандартная антибактериальная терапия в большинстве случаев не приводит к уменьшению частоты рецидивов заболевания, в связи с чем нередко применяют комбинированную терапию, в состав которой входят биостимуляторы, экстракты различных растений и другие биологически активные и противовоспалительные средства растительного или животного происхождения, которые обладают минимальным количеством побочных эффектов.

Активное вещество, входящее в состав лекарственного препарата Аденопросин® представляет собой биомассу, полученную из личинок насекомых вида непарный шелкопряд (Lymantria dispar), которая оказывает противовоспалительное и антиоксидантное действия. Действие препарата Аденопросин® проявляется благодаря ряду патогенетических и неспецифических механизмов. Препарат снижает проницаемость капилляров, уменьшает отек ПЖ, улучшает в ней микроциркуляцию, регулирует тонус и перистальтику нижних мочевыводящих путей, уменьшает дизурию и ноктурию. устраняет симптомы неполного опорожнения мочевого пузыря и затруднение при мочеиспускании. Антиоксидантное действие Аденопросина® выражается в ингибировании перекисного окисления липилов за счет антиоксидантных водорастворимых соединений. Согласно литературным данным, из гемолимфы насекомых удалось выделить аллофероны – цитокиноподобные пептиды иммунной системы, специфически корректирующие антивирусный и противоопухолевый иммунитет человека и других млекопитающих. Аллофероны – линейные пептилы природного происхождения, состоящие из 12-13 аминокислот. Они взаимодействуют с клетками иммунной системы

человека: нейтрофилами, лимфоцитами и моноцитами, повышая цитотоксическую активность и стимулируя продукцию интерферона (Hyejung Jo и соавт.., 2022). Препарат дополнительно снижает уровень провоспалительных цитокинов интерлейкина-6 (ИЛ-6) и ИЛ-8. Купирование воспаления приводит к снижению пролиферативных процессов в ткани ПЖ, снижает тонус гладкомышечной ткани детрузора, клиническим эквивалентом которого является уменьшение частоты императивных позывов на мочеиспускание и урежение актов мочеиспускания.

Согласно данным, опубликованным в российской медицинской печати, Аденопросин® обладает схожим патогенетическим эффектом с нестероидными противовоспалительными средствами. В исследовании коллектива авторов под руководством М.А. Франка (2022) отмечено, что ключевые эффекты Аденопросина® позволяют эффективно применять его в комплексной терапии больных хроническим простатитом (ХП). Таким образом, у тех пациентов, которые дополнительно к стандартной терапии ХП получали препарат Аденопросин®, терапевтический эффект был лучше. При этом, согласно данным ряда авторов (А.С. Аль-Шукри и соавт., 2021; А.В. Кузьменко и соавт., 2021; А.В. Полищук и соавт., 2022), клинический эффект от применения препарата Аденопросин® сохраняется от 14 до 90 дней.

А.В. Полищук и соавт. (2022) также отметили, что уже в первые дни после начала применения препарата Аденопросин® в комбинации с α-адреноблокатором тамсулозином по сравнению с контролем улучшаются уродинамические параметры, в частности увеличивается максимальная объемная скорость потока мочи, уменьшается время мочеиспускания, снижается количество остаточной мочи. Применение тамсулозина в комбинации с Аденопросином® у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) и ХП категории III имеет преимущество перед применением только α1-адреноблокатора в виде монотерапии. При этом дополнительно улучшается и общее состояние пациентов с ДГПЖ и ХП, уменьшается содержание лейкоцитов в секрете ПЖ, улучшается однородность ее ЭХОСТОУКТУРЫ И Т.Д.

Интересно исследование коллектива авторов под руководством М.И. Когана (2021), которое показало, что Аденопросин® может использоваться в качестве альтернативного метода лечения пациентов с хроническим рецидивирующим бактериальным простатитом у которых имелась множественная устойчивость патогенов, выделенных из секрета ПЖ, к антибактериальным препаратам, в т.ч. используемых с профилактической целью. По данным В.Л. Медведева и соавт. (2020), на фоне терапии Аденопросином® у пациентов с рецидивирующим течением ХП отмечен клинически значимый санирующий эффект, подтвержденный статистически

достоверным снижением уровня лейкоцитов в секрете ПЖ до нормальных значений в 80% наблюдений.

В исследовании А.И. Неймарка и соавт. (2020), выявлено, что на фоне проводимой терапии пациентов с ХП Аденопросином у 59 (80,8%) из них, по данным ультразвукового исследования, наблюдалось статистически значимое уменьшение объема ПЖ в 1,5 раза, которое сопровождалось снижением суммарного числа баллов по опроснику NIH-CPSI. На фоне проводимой терапии у 35 (67,3%) пациентов отмечено улучшение эректильной функции по данным опросника МИЭФ-5, а также по данным сперматологического обследования: общая концентрация сперматозоидов у больных увеличилась в 1,3 раза, а активно подвижная фракция увеличилась на 23% (p<0,05), доля патологических форм сперматозоидов снизилась на 24,9% (p<0,05).

Описанные для препарата Аденопросина® побочные эффекты, такие как диарея, зуд в анальной области, а также возможные аллергические реакции, общая слабость, в большинстве исследований составили от 2 до 8%. Таким образом, стандартная схема

лечения Аденопросином® дает клинически и статистически значимые положительные результаты в терапии пациентов ХП, особенно на фоне существующей ДГПЖ.

В заключение следует отметить, что препарат также важен как дополнительное альтернативное средство лечения пациентов с ХП и может быть использован в качестве моно- или комбинированной терапии в течение длительного времени. Хороший санирующий эффект ставит его в ряд препаратов, которые могут быть использованы при лечении некоторых вариантов мужской инфертильности, а уменьшение болевого симптома и расстройств мочеиспускания способно улучшить не только эректильную функцию, но и другие компоненты копулятивного цикла у мужчин. Применение биологически активного комплекса Аденопросин® регламентировано в методических рекомендациях Департамента здравоохранения Москвы 2022 г. в разделе «Биологические и комплементарные препараты в урологической практике». Аденопросин® назначают по одному ректальному суппозиторию в дозе 150 мг/сут от 14 дней до 3 месяцев.



Робот-ассистированная простатэктомия: за и против

Одной из лекций в секции «Оперативная урология» на XVIII Конгрессе «Мужское здоровье» состоялся доклад, подробно представляющий метод робот-ассистированной аденомэктомии.



рач-уролог, заведующий онкоурологическим отделением ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого, д.м.н., профессор Константин Борисович Колонтарев начал свою лекцию с упоминания энуклеации: «Этот метод довольно привлекателен и для уролога, и для пациента с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), поскольку на рынке медицинских технологий появляется все больше качественных и эффективных инструментов, включая лазеры, популярность которых среди пациентов весьма высока. Если в процессе выполнения энуклеации упомянуть о морцелляции, то каждый уролог знает о неудобном моменте смены инструмента, когда операция уже выполнена. Однако несмотря на это неудобство, данную методику нельзя отменить. Если же мы с вами обратимся к поисковой системе PubMed с целью сравнения популярности среди хирургов энуклеации предстательной железы (ПЖ) слева и робот-ассистированной простатэктомии справа, то увидим, насколько популярен второй запрос по сравнению с первым. При этом в Европейских клинических рекомендациях можно увидеть все, что угодно, кроме применения роботассистированной простатэктомии, несмотря на то что именно робот-ассистированная методика популярна для выполнения множества операций».

Далее докладчик обратился к публикации, сравнивающей все методы выполнения простатэктомии: открытую, лапароскопическую и робот-ассистированную. В этой работе авторы сообщают о наибольшей привлекательности последней за счет уменьшенного пребывания пациента в стационаре и меньшего числа повторных госпитализаций. При этом профессор Б.К. Колонтарев подчеркнул, что несмотря на эти сравнительные работы, сегодня подход к пациенту с ДГПЖ выглядит иначе, чем раньше: он более персонализирован и перед принятием решения о выборе той или иной методики врачу необходимо учесть мнение

т.н. системы поддержки принятия решения, где собраны многие данные. В результате этого врач получает ожидаемый результат для конкретного пациента.

Как же понять урологу, что именно применять и какую методику предложить пациенту? Отвечая на этот вопрос, докладчик отметил: «Для этого необходимо обладать опытом, быть исследователем, иметь инструменты, способные оценить эффективность. К примеру, мы очень много говорим о робот-ассистированной простатэктомии, но оценить выполненную операцию как эффективную мы может только тогда, когда у пациента есть положительный онкологический результат, если он удерживает мочу и у него сохранена потенция в случае выбора нервосберегающей методики. Если же оценивать эффективность выполненной операции по многим составляющим (радикальность, континенция, отсутствие осложнений, показатель по шкале IPSS, отсутствие интраоперационных осложнений, минимальное время нахождения инструмента в уретре, применение робота), то можно отметить, к примеру, когда хирург выполняет двух-трехчасовую энуклеацию и затем морцелляцию, то железный инструмент

да и при выполнении роботической простатэктомии этот объем был невелик (110 см³), а незначимое превосходство HoLEP над роботической простатэктомией было доказано всего по трем показателям (время выполнения операции, длительность пребывания в стационаре и время дренирования мочевого пузыря после операции установкой уретрального катетера)».

Докладчик привел одно из самых крупных сравнительных исследований по выполнению HoLEP (45наблюдений) и робот-ассистированной простатэктомии (81наблюдение): «Семилетний период динамического наблюдения за пациентами, которым выполнялись HoLEP и робот-ассистированная простатэктомия, показал превосходные краткосрочные функциональные результаты, при этом в некоторых из них превосходство было у HoLEP, в других – у роботической операции. Авторы исследования не выявили никакой разницы ни по времени выполнения операций, ни по частоте развития осложнений. В другой работе по сравнению результатов выполнения робот-ассистированной и лапароскопической простатэктомии было показано, что в последние годы первая значительно превалирует над второй по многим показателям, в т.ч. по функциональвыполнении ими робот-ассистированной простатэктомии, при этом оно короче по времени, чем обучение работе с лазером. «Обучение робот-ассистированной хирургии в современной России возможно на профессиональном и сертифицированном уровне. В частности, в декабре 2021 г. на базе московского обучающего центра Praxi Medica состоялся сертификационный тренинг Intuitive с применением системы да Винчи Хі: никуда не выезжая, российские специалисты получили официальный сертификат международного образца, позволяющий работать на системе да Винчи, сообщил профессор Б.К. Колонтарев. – Во всех клиниках нашей страны, которые практикуют роботическую хирургию, сегодня разработаны и применяются различные программы обучения (как краткосрочные, так и долгосрочные). Ведь использование роботических систем в России достаточно широко развивается: статистика показывает, что с 2007 г. в стране выполнено 22 500 операций при помощи робота да Винчи. В настоящее время установлена 31 роботическая система в 28 учреждениях 10 российских городов. Популярность этой методики возрастает, поэтому останавливаться только на роботической простатэктомии и роботических операциях на почке не имеет смысла». Докладчик продемонстрировал обу-

чающее видео выполнения робот-ассистированной простатэктомии: «Данная методика имеет право на применение во многих случаях, – отметил он. – И в случае с ПЖ большого объема, и в случае, когда пациент желает подвергнуться минимально инвазивной операции. При использовании данной методики важно применять приспособительные инструменты, вытягивать на себя аденоматозные узлы, предварительно исследовав область операционного поля и поняв, где находится устье мочеточника. Данная методика позволяет прецизионно работать со слоем, ведь она дает возможность очень близко видеть все сосуды, оценивать состояние аденоматозной ткани и не трогать капсулу ПЖ. В дальнейшем накладывается прецизионный анастомоз между задней полуокружностью уретры и полуокружностью нижней части шейки мочевого пузыря, после чего (при отсутствии какой-либо значимой кровопотери) остается лишь последний шаг – закрыть разрез. Ллительность операции небольшая и сопоставима с другими методиками. Не утверждаю, что данная методика лучшая, но каждому специалисту желательно держать ее в своей голове и при возможности выполнения в ряде случаев она может быть применена. Разумеется, робот да Винчи развивается дальше, но даже сегодня он остается единственным ассистирующим

роботическим комплексом, позволяю-

щим выполнять операции на высоком

уровне».

«...»

Обучение робот-ассистированной хирургии в современной России возможно на профессиональном и сертифицированном уровне

в мочеиспускательном канале пациента находится около двух и более часов. Осложнения, способные возникнуть в связи с этим, тоже необходимо принять во внимание».

Далее профессор К.Б. Колонтарев привел результаты одной из работ, где были проанализированы 32 робот-ассистированные простатэктомии и 600 операций, выполненных при помощи гольмиевого лазера HoLEP: «Было показано, что время операции, частота гемотрансфузии, длительность пребывания пациента в стационаре и время катетеризации при использовании HoLEP были сравнимо лучше, чем при роботассистированной простатэктомии, однако по периоду обучения хирургов второй метод опережал первый. При этом необходимо учесть, что данное исследование было проведено иностранными хирургами и при использовании HoLEP они удаляли довольно небольшой объем ПЖ (96 см³), ным результатам». Также докладчик отметил, что сравнивать открытую простатэктомию с робот-ассистированной операцией вовсе не следует.

Профессор К.Б. Колонтарев еще раз напомнил об отрицательных сторонах некоторых методов, в частности длительного нахождения резектоскопа в уретре при выполнении всех методик, включающих энуклеацию. «Кроме этого в арсенале уролога должны присутствовать все процедуры (в этом и заключается баланс урологического «мира»), причем все эти процедуры необходимо уметь выполнять, - отметил докладчик. Также следует учесть, что современные пациенты предъявляют к хирургу очень много запросов и их ожидания бывают весьма и весьма завышены, но при этом везде и всегда есть пути улучшения результатов операций».

Он подчеркнул, что обучение специалистов является очень важным моментом при

№ 3 || 2022 г. АКТУАЛЬНО 7

Японский опыт управления маркерами старения

По данным ВОЗ, доля пожилого населения на планете сильно возросла за последние 70 лет. Россия не отстает от мировой статистики: по данным Росстата, в стране 23 млн (16% населения) пожилых людей. Средняя продолжительность жизни составляет 71,5 года. Но при этом Россия сильно отстает от таких стран, как Япония, Германия, Италия, Испания, Южная Корея и др., где средняя продолжительность жизни составляет 83–85 лет. Предстоит проделать еще много работы по улучшению здоровья и увеличению продолжительности жизни россиян. Особую актуальность начинают приобретать программы управления возрастом, включающие в себя различные профилактические мероприятия и технологии, направленные на улучшение качества жизни и обеспечение активного долголетия. О том, какие для этого требуются усилия, чей опыт важно перенять, мы поговорили с заведующим кафедрой урологии Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф. Владимирского, председателем Общества урологов Подмосковья, д.м.н., профессором Валерием Викторовичем Дутовым.



– Валерий Викторович, известно, что российские мужчины живут в среднем на 12 лет меньше, чем российские женщины. На такой большой разрыв в продолжительности жизни влияет целый ряд факторов: деструктивные привычки мужчин, особенности образа жизни, халатное отношение к своему здоровью. Но если обратиться к опыту стран, где мужчины живут дольше наших соотечественников, например, Японии, можно ли отметить факторы долголетия, скрытые от нашего внимания?

- Мужчины Японии, действительно, живут дольше российских в среднем на 18-20 лет. Секрет их долголетия – это совокупность различных факторов: питание небольшими порциями с акцентом на растительную и ферментированную пишу, минимизация соли, активный образ жизни, социальная активность, менталитет и отношение к жизни. Геронтологические проекты японцев направлены не просто на увеличение жизни, а на увеличение активной, здоровой, качественной жизни. В Японии много различных социально-медицинских проектов, направленных на поддержку и сохранение активности пожилых людей, накоплен большой опыт в сфере биомедицины, производстве БАДов из натуральных продуктов и экстрактов, соответствующих самым высоким стандартам качества.

– Есть ли какие-то особые медицинские практики в Японии?

– Высококлассная медицина и профилактика заболеваний, высокий уровень сознательности во всем, что касается здоровья – отличительная черта Японии.

Среди востребованных медицинских практик японского здравоохранения я бы отметил плацентарную и полипептидную терапии. Старение организма имеет много уровней дисфункций и может рассматриваться как системный синдром. Пептидная регуляция – одно из приоритетных направлений антивозрастной медицины, т.к.

пептиды мягко и физиологично восстанавливают функции и гомеостаз организма. Правильное использование пептидов позволяет точечно и целенаправленно исцелять, а также омолаживать клетки организма.

– А в чем уникальность плацентарных продуктов? Известно, что в японской медицине они используются достаточно широко.

– Плацента – вообще уникальная сокровищница, содержащая практически все биологически активные вещества, синтезируемые в организме человека и животных. В составе экстракта плаценты обнаружены различные низкомолекулярные полипептиды, включая факторы роста, цитохромы, ферменты энергетического метаболизма, идентифицированы простагландины, энкефалины и нейроактивные пептиды, разнообразие эссенциальных микроэлементов, прежде всего, органического цинка, 20 аминокислот, высшие жирные кислоты, коэнзим Q10. По использованию экстракта свиной плаценты в клинической практике проведено много работ, лабораторных и клинических исследований.

В основе плацентарной терапии лежит принцип избирательного биологического действия на функции органов и систем (принцип гомологичности и органного тропизма). Макромолекулы плаценты с помощью своего сигнального пептида быстро находят орган идентичный тому, для которого они собственно и были синтезированы. Биогенные стимуляторы, входящие в состав плаценты, не имеют видовой специфичности, подчиняются общим законам живой природы и одинаково активны при введении в организм как человека, так и животных. Фармакологическое воздействие происходит на разных уровнях: гуморальном, системном, а также информационном. Действие биогенных стимуляторов плаценты всегда направлено на нормализацию функции гомологичного органа, ее можно использовать как при гипер-, так и гипофункции. Например, японцы применяют экстракт плаценты для лечения и профилактики 87 заболеваний. Экстракт плаценты – поистине уникальный природный продукт с огромным терапевтическим потенциалом.

– В России неоднозначное отношение к препаратам на основе плаценты. Безопасны ли они?

– Что касается безопасности, то современное производство плацентарных препаратов в Японии осуществляется в соответствии с самыми строгими требованиями по стандартам GMP (Good Clinical Practice). Этапы производства включают в себя молекулярную маркировку (методом электролиза отбираются необходимые компоненты и устраняются ненужные), замораживание, измельчение, лиофилизацию и ферментативное экстрагирование. Данный способ производства обеспечивает сохране-

ние нативной структуры фракций плаценты, удаление посторонних примесей, а также максимальный выход биологически активных веществ и усиление их специфической биологической активности. На всех этапах производства осуществляется строгий контроль, поэтому эффективность и безопасность не подвергаются сомнению.

– И как же экстракт плаценты используют на практике?

– На последнем Конгрессе Российского общества «Мужское и репродуктивное здоровье» (Сочи, апрель 2022 г.) были представлены парафармацевтические продукты японской компании ЈИКОНВІ. Для российского потребителя доступны уникальные плацентарные напитки GEKI и PL-1. Это многокомпонентные продукты, в состав которых помимо экстракта свиной плаценты входят экстракты растений (гуарана, чеснок, женьшень, имбирь, береза, плющ, ягоды Годжи) и витаминно-минеральный комплекс. Философия этих продуктов – это поддержка адаптационного и регенераторного потенциалов нашего организма, ведь старость и одряхление – это не что иное, как его истощение.

По воздействию на органы-мишени и патологические процессы экстракт плаценты оказывает: нейпротекторное, иммуномодулирующее, гепатопротекторное, нейропротекторное, эндокринопротекторное, регенераторное действия. Жидкая форма этих продуктов обеспечивает быстрое всасывание, высокую биодоступность, терапевтическую дозировку компонентов и приятные органолептические свойства.

Отсутствие побочных эффектов, широкая сфера применения открывают большое будущее по применению лекарственных препаратов и БАДов на основе экстракта плаценты для профилактики и коррекции возраст-ассоциированных дисфункций.

У компании JUKOHBI есть еще один уникальный напиток – HSC COLLAGEN PREMIUM на основе пептидов коллагена из луциановых рыб, который производится по уникальной технологии, исключающей термическую обработку. В суточной дозе 20 мл содержится целых 10 г высокодоступного гидролизированного коллагена, а также другие уникальные ингредиенты – экстракт ласточкиного гнезда, экстракт граната, витамин С, прополис, маточное молочко, экстракт меда. Помимо улучшения состояния суставов, кожи, волос, ногтей HSC COLLAGEN PREMIUM обладает иммунномодулирующим и гепатопротекторным действиями.

– Валерий Викторович, Вы говорили о том, что японцы употребляют много ферментированных пищевых продуктов. Находит ли это отражение в нутрицевтических разработках?

– Конечно, на рынке Японии можно встретить большое количество БАДов на основе

ферментированных растений, овощей и фруктов. В процессе длительного брожения биологическая и энергетическая ценность витаминов, минералов, аминокислот и фитохимических веществ значительно возрастает, что способствует усилению их целебного действия на организм.

Некоторые из этих продуктов представлены и на российском рынке. Например, совершенно уникальные жидкие ферментированные концентраты повышенной физиологической ценности – FASTZYME SLIM и FASTZYME AIPHA японской компании GLORY Int'l. Напитки изготовлены на основе сбалансированной смеси из 70 ингредиентов (экстракты овощей, фруктов, грибов, полевых цветов, водорослей), ферментированных с помощью 15 штаммов молочнокислых бактерий в течение 3,5 года. В состав входят пробиотический лизат, пребиотики – олигосахариды, биогеники, D-аминокислоты. Представляете, в изготовлении этих напитков принимают участие 50 японских фермеров, каждый из которых отвечает за свою часть растительных компонентов. Действие напитков направлено на восстановление кишечной миклофлоры, улучшение работы мозга, усиление обмена веществ, активизацию детоксикационной системы организма, усиление иммунитета, восполнение дефицита витаминов, минералов, органических кислот и других необходимых нашему организму химических веществ. FASTZYME SLIM и FASTZYME AIPHA можно пить курсом, а можно проводить короткие детокс-программы.

Такие нутрицевтические продукты незаменимы для тех, кто имеет проблемы с кишечником, склонен к несбалансированному питанию, подвержен стрессу и имеет вредные привышки.

– Валерий Викторович, почему вышеперечисленные препараты важны для здоровья

– Потому что облик болезней современного человека сильно изменился, появилась полифакторность, которой раньше не было. Становится бессмысленно воздействовать на одно звено патогенеза. Плацентарные и полипептидные технологии, нутрицевтические продукты действуют на молекулярном уровне, оказывают влияние на разные звенья патогенеза и эффективно отодвигают процессы старения в нашем организме. Мы живем в эпоху эпидемий в окружении огромного количества синтетических субстанций, с каждым годом испытываем все больше стрессов. Экологизация, рост популярности природных нутрицевтических продуктов – новый тренд современной здравоцентрической медицины, который будет только нарастать, т.к. он направлен на улучшение качества жизни и активное долголетие.

8 МНЕНИЕ ЭКСПЕРТОВ № 3 || 2022 г.

Выбор методов терапии для пациентов с хронической тазовой болью

Дискуссия на одной из сессий «Час с экспертами» международного Конгресса «Мужское здоровье» была посвящена вопросам хронической тазовой боли (ХТБ). Врачи различных специальностей рассказали о выборе методов терапии для пациентов с ХТБ.

Мультимодальная терапия для пациентов с ХТБ: выбор консервативных и интервенционных методов с учетом фенотипа

Врач невролог-алголог нейрохирургического отделения МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова Татьяна Вячеславовна Сигалева напомнила о том, что ХТБ – это хроническая или персистирующая боль, которая локализуется в структурах таза у мужчин и женщин на протяжении более 6 месяцев. ХТБ ассоциируется с



негативными когнитивными поведенческими и эмоциональными последствиями, а также с симптомами повреждения нижних мочевыводящих путей, кишечника, тазового дна, нарушением репродуктивной функции или сексуальной дисфункцией. Распространенность ХТБ (около 38/1000) сопоставима с частотой встречаемости бронхиальной астмы. По влиянию на психологическую сферу пациента ХТБ сопоставима с влиянием инфаркта миокарда, язвенного колита, нестабильной стенокардии и имеет гораздо большее влияние, чем такие распространенные проблемы, как зубная или ушная боль.

Докладчик отметила, что существует 2 подхода к классификации пациентов с ХТБ. Первый основан на классификации Национального института здоровья США 2002 г., в которой предлагается рассматривать ХТБ как один из типов хронического простатита: тип 1 – острый бактериальный простатит, тип 2 – хронический бактериальный простатит, тип 3 – хронический абактериальный простатит, тип 4 – бессимптомный (воспалительный) хронический простатит. Второй подход, более современный, сформулированный в 2019 г., рассматривает ХТБ как самостоятельный симптомокомплекс, одной из причин которого может являться хронический простатит. Европейская ассоциация по ХТБ в связи с этим подходом выделяет хроническую вторичную висцеральную боль (когда диагностировано определенное первичное заболевание) и идиопатическую первичную тазовую боль,

т.е. синдром ХТБ как самостоятельное заболевание.

«По своей патофизиологии боль может быть ноцицептивной (соматической/висцеральной, с прямой активацией болевых рецепторов при воспалении, отеке, растяжении тканей), невропатической (связанной с повреждением периферической или центральной нервной системы), дисфункциональной/ноципластической (связанной с активацией гипоталамогипофизарно-надпочечниковой системы в результате нарушений в эмоциональной или психологической сфере) или смешанной (с влиянием нескольких механизмов, поддерживающих друг друга). – сообщила доктор Т.В. Сигалева. – Но по сути, любая хроническая боль является смешанной, поскольку при этом происходят изменения регуляции механизмов боли в центральной нервной системе пациента. В частности, даже при исчезновении первичного источника боли (к примеру, заболевания, которое было в структурах таза, но уже прошло) ХТБ становится симптомом самостоятельного заболевания и при длительном существовании поддерживает сама себя. Как уже было сказано, боль может сочетаться с наличием функциональных соматических синдромов, к примеру, фибромиалгией, синдромом хронической усталости, синдромом раздраженного кишечника, тревоги и депрессии. К тому же психологический стресс и депрессия не просто ассоциированы с ХТБ, но и способны вызывать локальное увеличение

ские стратегии, катастрофизация) причины. Также было отмечено, что диагностика ХТБ у пациентов должна проводиться с полидисциплинарным подходом и различными специалистами, чтобы исключить различные органоспецифические причины боли и определить первичность или вторичность характера боли. С этой целью используется система фенотипирования боли по системе UPOINTS, где боль определяется в соответствии с конкретными доменами: мочевым (мочевыводящий тракт), психосоциальным. органоспецифическим, инфекционным, неврологическим, болевым (болезненность, чувствительность при пальпации мускулатуры тазового дна), сексуальным (нарушения сексуальной функции). Таким образом, у пациента выявляется преобладающий механизм боли, чтобы в дальнейшем воздействовать именно на него.

Доктор Т.В. Сигалева сообщила, что общая концепция лечения пациентов с хроническими болевыми синдромами должна быть направлена на уменьшение боли и восстановление физической активности, изменение убеждений больного по отношению к болезни и лечению, сохранение пациентом максимально возможного активного состояния и выполнения дел повседневности, к тому же пациент должен принять часть ответственности на себя за исход лечения. «Отдельные вмешательства крайне неэффективны у пациентов с ХТБ, поэтому необходимо использовать

повседневную активность, уменьшая боль, уровень депрессии и тревожности.

В отношении фармакотерапии Татьяна Вячеславовна сообщила следующее: «Антибиотикотерапия у пациентов с ХТБ не показала значительных результатов и поэтому не рекомендована в качестве первой линии лечения. Использование αι-адреноблокаторов требует дополнительного изучения и не рекомендовано как монотерапия, поскольку результаты такого лечения бывают противоречивы. В качестве средств комплексной терапии могут использоваться анальгетики центрального действия, местные анестетики и препараты для терапии пациентов с невропатической болью. Противовоспалительные препараты и иммуномодуляторы в качестве монотерапии не рекомендуются ввиду незначительного нивелирования симптомов и достижения эффективности только в период их приема. Применение миорелаксантов позволяет снизить дозу нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) и уменьшить возможность проявления побочных эффектов. При назначении НПВС необходимо руководствоваться соотношением риск/польза и учитывать сопутствующие заболевания у пациента. Также для лечения пациентов с невропатической болью используются препараты из группы антиконвульсантов или различные антидепрессанты».

Переходя к интервенционным методам лечения пациентов с ХТБ, докладчик отметила: «При миофасциальном компоненте болевого симптома для выполнения блокад триггерных точек возможно использование раствора новокаина 0,5% 40-80 мл с добавление 2-4 мг ропивакаина или лидокаина и 8 мг дексаметазона. Для купирования мышечно-тонических проявлений перспективно введение ботулинического токсина типа А (около 100 Ед) в мышцы тазового дна. Некоторые методы применимы для лечения пациентов со специфическими причинами тазовых болей, таких, например, как блокады нервов при тоннельных синдромах, блокады копчика при кокцигодинии или крестцово-подвздошных сочленений при их дисфункции. Методы инвазивной нейромодуляции (стимуляция спинного мозга, стимуляция крестцовых корешков, стимуляция крестцовых нервов) могут являться эффективной и безопасной опцией лечения при строгом соблюдении принципа отбора пациентов».

Также доктор Т.В. Сигалева рассказала о физических методах терапии: «Эффективным методом лечения гиперактивности мышц тазового дна служит лечебная физкультура (произвольное сокращение мышц с последующим полным их расслаблением), а также мануальная терапия с воздействием на триггерные точки. Для коррекции биомеханики тазового дна используются постизометри-

«...»

Объяснение причины возникновения болей помогает пациенту осмыслить степень тяжести своего состояния, улучшить качество жизни и приверженность терапии

концентрации интерлейкина-10 и интерлейкина-6, напрямую усиливая как воспаление, так и болевую импульсацию».

Среди факторов хронизации ХТБ докладчиком были названы медицинские (интенсивность и длительность, тяжесть структурных нарушений, неоптимальное лечение, ожирение, нарушение сна, коморбидность), социо-демографические (низкий уровень дохода и образования, неудовлетворенность работой, низкий уровень социальной поддержки, низкая физическая активность), психологические (стресс, тревога, депрессия, злоупотребление психоактивными веществами, курение, неадекватные поведенче-

мультимодальный подход в их лечении», – подчеркнула она и далее подробно остановилась на каждом из методов терапии.

По словам докладчика, объяснение причины возникновения болей помогает пациенту осмыслить степень тяжести своего состояния, улучшить качество жизни и приверженность терапии. В частности, когнитивно-поведенческая терапия помогает изменить ошибочный образ мыслей пациента в отношении ожидания и переживания боли, обучить его навыкам преодоления боли. Такая терапия оказывает положительное воздействие на пациента с ХТБ, уменьшая боль при диспареунии, улучшая сексуальную функцию, настроение и

ческая релаксация, мобилизационные и прессурные техники. Тренировки мочевого пузыря и мышц тазового дна с биологической обратной связью – это потенциальные методы снижения выраженности преобладающих симптомов у пациентов с мочевым фенотипом по UPOINTS. Однако данные методы мало влияют на выраженность боли. Общие физические упражнения также могут оказывать положительное действие на состояние пациентов».

В заключение докладчик отметила, что ХТБ полиэтиологична, в нее всегда вовлекается нервная система и происходит формирование патологической алгической системы, включающей различные уровни центральной нервной сиситемы и определяющей течение и характер всех компонентов патологической боли: болевой перцепции, страдания и болевого поведения пациента. Поэтому лечение пациента с ХТБ всегда должно быть основано на биопсихосоциальной концепции. Необходим мультимодальный подход к управлению болью с участием самого пациента, а подбор комплексных лекарственных и нелекарственных методов должен исходить из болевого фенотипа. При резистентности боли необходимо как можно раньше направлять пациента на обследование к врачам-специалистам из различных областей медицины.

Сакральная нейростимуляция при хронической первичной тазовой боли

В своем докладе врач-уролог воронежской клиники «Олимп здоровья» **Юлия Александровна Аносова** дала собственное определение боли: «Боль всегда субъективна. Она служит защитным сигналом реального или предполагаемого повреждения тканей или психологического неблагополучия. Также боль может быть вызвана нарушениями в



работе нервной системы и выступает одним из симптомов ряда заболеваний. В соответствии с Международной классификацией болезней 11-го пересмотра, хронической болью считают ту, которая персистирует или рецидивирует более трех месяцев».

Юлия Александровна пояснила, что в соответствии с классификацией UPOINT, первая буква аббревиатуры «U» означает не «урологический» домен (как это часто принято считать), а имеет конкретное отношение к функции мочеиспускания – симптомам накопления или опорожнения, наличия остаточной мочи. Непосредственно же к сфере урологии относится органоспецифический домен (буква «О» аббревиатуры UPOINT) – симптомы боли в

предстательной железе, повышение уровня лейкоцитов в секрете предстательной железы, гематоспермия, множество кальцинатов, инфравезикальная обструкция.

Далее доктор Ю.А. Аносова подробно остановилась на описании метода сакральной нейростимуляции при лечении пациентов с операции тазовые нарушения и болевой симптом сохранялись. Таким образом, у пациента наблюдались два ведущих симптома – выраженный болевой симптом и выраженные изменения мочеиспускания. Далее мужчине была сделана имплантация тестового эпидурального электрода системы

≪...≫

Боль всегда субъективна. Она служит защитным сигналом реального или предполагаемого повреждения тканей или психологического неблагополучия. Также боль может быть вызвана нарушениями в работе нервной системы и выступает одним из симптомов ряда заболеваний

ХТБ: «Этот метод направлен на достижение баланса между стимулирующей и ингибирующей активностью периферической и центральной нервных систем, он способен помочь пациенту при нарушениях мочеиспускания и уменьшить болевой симптом. Сакральная нейромодуляция – это метод подачи электрического тока на один из крестцовых нервов, ответственных за функцию мочевого пузыря, через тонкий электрод, соединенный с имплантируемым генератором импульсов. Целью метода является контроль утраченных функций. Метод показан при нарушении функции мочевого пузыря (гиперактивном мочевом пузыре – ГМП, когда ГМП сухой, ургентном недержании мочи, когда ГМП мокрый), задержке мочеиспускания (без инфравезикальной обструкции и неврологических заболеваний), нарушении функции кишечника (при недержании кала, запорах), других нарушениях (при синдроме ХТБ, сексуальных дисфункциях). Преимуществом данного метода является возможность постановки тестового стимулятора на период от 4 до 10 дней перед установкой постоянного электрода. С его помощью можно оценить, как влияет данная система на болевой симптом и функцию мочеиспускания».

Докладчик привела клинический пример применения сакральной нейростимуляции у 42-летнего пациента, который жаловался на отсутствие позыва на мочеиспускание (мочился в положении «сидя» с натуживанием), запоры, недержание мочи при напряжении во время запора, затруднение при дефекации, имел при ходьбе боли и онемение в ягодицах (больше справа).

«В анамнезе у пациента было осложнение грыжи L5–S1 с онемением промежности и ягодиц, а также болевой симптом, который был настолько выражен, что НПВС пациенту не помогали и он применял наркотические анальгетики. Когда у пациента возникли проблемы с недержанием мочи, у него была удалена межпозвоночная грыжа, после чего у мужчины возникло сначала затрудненное мочеиспускание, затем недержание мочи и энкопрез. Пациенту была выполнена транспедикулярная фиксация L5–S1, но после этой

хронической стимуляции спинного мозга до L1, после чего выполнена сакральная нейростимуляция (S3 справа). При этом была использована комбинация изолированной активации сакрального корешка (SNS – для активации мочеиспускания и эпидурального корешка (SCS – чтобы добиться противоболевого эффекта). Также пациент принимал теразозин и комбинацию слабительных препаратов. Поскольку после установки тестового электрода у пациента боли прекратились, но сохранялись проблемы с мочеиспусканием,

он обратился к урологу, который назначил ему урофлоуметрию, по результатам которой ему был поставлен диагноз гипосенсорного мочевого пузыря. В результате мужчине была подобрана адекватная индивидуальная программа работы нейростимулятора. Также пациенту было рекомендовано исключить самостоятельное мочеиспускание и периодически выполнять самокатетеризацию. На этом примере очевидно следующее: чтобы сохранить пациенту самостоятельное мочеиспускание после курса сакральной нейростимуляции, необходимо до установки стимулятора оценить качество мочеиспускания. В случае с нашим пациентом это было особенно важно, поскольку у него изменения мочеиспускания были ведущими жалобами», - пояснила она.

В заключение доклада Юлия Александровна напомнила о том, что все специалисты, участвующие в лечении пациента с ХТБ, обязательно должны обладать знаниями по периферическим и центральным механизмам боли и при этом быть не только урологами, но и одновременно обладать соответствующими знаниями по психологии, психиатрии, неврологии, проктологии и гинекологии. Кроме того, урологу необходимо всегда помнить основные правила функциональной урологии и понимать все механизмы, участвующие в акте мочеиспускания. Что касается нейрохирурга, то перед установкой системы сакральной нейростимуляции ему необходимо поинтересоваться у уролога, действительно ли есть абсолютная необходимость в выполнении такой манипуляции и насколько необходимо выполнить стимуляцию именно сакрального корешка или достаточно выполнить эпидуральную противоболевую стимуляцию.



10 практика № 3 || 2022 г.

Малоинвазивные методы лечения пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы

В процессе проведения сессии по онкологии в рамках XVIII Конгресса «Мужское здоровье» врач-онкоуролог онкологического урологического отделения Университетской клинической больницы №2 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, к.м.н. **Алим Мухамедович Дымов** напомнил о том, что главными целями лечения пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) являются быстрая ликвидация симптомов заболевания и улучшение качества жизни пациентов, а также предотвращение развития осложнений как самого заболевания (острая задержка мочеиспускания), так и лечения (недержание мочи, эректильная дисфункция, нарушения эякуляции). Также докладчик отметил, что врач всегда должен принимать во внимание ожидания самого пациента: «Поскольку больные раком предстательной железы (РПЖ), как правило, беспокоятся за эректильную функцию и недержание мочи, то стоит обсудить методы лечения именно с такими пациентами».



оворя о подходах к лечению пациентов с ДГПЖ, докладчик отметил среди них консервативную терапию (α1-адреноблокаторы, ингибиторы 5α-редуктазы, ингибиторы фосфодиэстеразы, растительные препараты и т.д.) и оперативное лечение (трансуретральная резекция – ТУР предстательной железы – ПЖ, эндоскопическая энуклеация, открытая лапароскопическая, роботическая аденомэктомия, вапоризация и др.).

Далее докладчик отдельно остановился на некоторых из малоинвазивных методов лечения (Уролифт, эмболизация простатических артерий, Rezum, iTIND, простатические стенты и др.). Он подчеркнул, что пока в России юридически и технически возможно использовать только эмболизацию простатических артерий. В Клинических рекомендациях Европейской ассоциации урологов говорится об использовании системы Уролифт, остальные перечисленные выше методы только упоминаются и рассматриваются как экспериментальные и требующие дальнейшего накопления опыта.

«Система Уролифт включает использование постоянного транспростатического импланта-ретрактора (изготовленного из полиэтилентерефталата, нитинола, нержавеющей стали), позволяющего выполнить компрессию гиперплазированной ткани ПЖ и освободить пространство для улучшения качества мочеиспускания, – пояснил доктор А.М. Дымов. – Эта процедура достаточно проста в выполнении, причем существуют специальные симуляторы-тренажеры для

стала частью клинических рекомендаций по причине того, что существует несколько исследований 5-летнего наблюдения, в которых была показана ее эффективность и безопасность. Одна из этих работ была проведена в Северной Америке и Австралии, в исследовании приняли участие 206 пациентов из 29 медицинских центров. Результаты показали улучшение качества мочеиспускания и жизни пациентов по международной системе суммарной оценки симптомов болезней ПЖ в баллах – опросник IPSS. Частота повторных вмешательств в течение 5 лет составила около 14%, были отмечены осложнения легкой и средней степеней, которые носили транзиторный характер, при этом не было отмечено нарушений эректильной и эякуляторной функций в течение 5 лет. Второе исследование было проведено в 10 медицинских центрах Европы, в нем приняли участие 80 пациентов, период наблюдения составил 2 года. Результаты были схожими с выше приведенным исследованием, включая частоту повторных вмешательств. В другой работе была оценена связь между экономическими затратами на лечение и эффективностью результатов, при этом сравнивалось улучшение, оцениваемое баллами по опроснику IPSS. Самым дорогостоящим оказалось консервативное лечение, результаты которого были самыми малоэффективными. Экономические затраты и эффективность использования системы Уролифт в этой схеме занимало срединную позицию. Если сделать резюме по применению системы Уролифт, то она эффективна у пациентов с небольшим объемом ПЖ, такое вмешательство можно выполнять у больных с крайне отягощенным соматическим статусом под местной анестезии, она также дает сохранение эректильной функции. Не так давно появились публикации о применении Уролифта у пациентов с гиперплазией ПЖ большого объема. Однако среди них есть публикация, где приводится применение Уролифта v пациента со средней долей: после установки данной системы у мужчины развилась значительная гематома

осваивания данной технологии врачами. Она

Далее доктор А.М. Дымов дал пояснения к применению эмболизации простатических артерий. «Эта технология давно известна урологам, и группа российских ученых представила большое исследование по

использованию данного метода. Наблюдение проводилось в 4 российских центрах, в нем приняли участие 1015 пациентов, период наблюдения составил 2 года, – сказал он. – Было отмечено улучшение всех показателей качества мочеиспускания, при этом значимых осложнений было немного и только у 4% пациентов после двусторонней и односторонней эмболизации не было достигнуто удовлетворительного клинического эффекта. В систематическом обзоре и мета-анализе европейских коллег (6 исследований, 598 пациентов) было отмечено улучшение показателей функции мочеиспускания, сопоставимое с российским исследованием. При этом были зарегистрированы достаточно высокие показатели осложнений, однако они оказались незначительными. Эмболизация простатических артерий может выполняться у пациентов с крайне отягощенным соматическим статусом под местной анестезией, а одним из важных преимуществ технологии является возможность ее применения с гемостатической целью, особенно в ургентной урологии. Существует определенный риск неудач и невозможность выполнения данной процедуры ввиду определенных анатомических нюансов. Также по сравнению с ТУРП при выполнении эмболизации следует отметить меньшую степень ликвидации расстройств мочеиспускания (симптомов нарушения функции нижних мочевыводящих путей – СНМП) и большую вероятность необходимости повторных вмешательств. Также существует невысокий риск осложнений, связанных с «нецелевой эмболизацией» (миграция эмболов)».

Доктор А.М. Дымов продолжил доклад сообщением о методе Rezum: «Это струя водяного пара, вводимого в ткань гиперплазии ПЖ посредством специального инструмента, которая быстро и гомогенно распределяется через межтканевые пространства и выделяет накопленную энергию в ткань ПЖ, вызывая ее некроз. Операция может быть выполнена под местной анестезией в комбинации с внутривенной или пероральной седацией. При этом выполняется инъекция небольшого объема жидкости высокой температуры, а спустя 7 дней происходит абактериальный некроз ткани и увеличивается просвет мочеиспускательного канала. Данная технология планируется к регистрации в России. Исследования показывают достоверное

улучшение параметров мочеиспускания. Однако у метода Rezum есть определенные недостатки: гиперплазированная ткань не удаляется и в существующих на сегодня работах нет данных о динамике размеров ПЖ, т.е. пока невозможно предположить, что произойдет с пациентом через 3–4 года после такой операции».

Затем докладчик перешел к анализу метода аквааблации: «Это технологичная процедура, которая представляет собой водоструйную диссекцию. Прицельные высокоскоростные струи физиологического раствора вызывают аблацию гиперплазированных тканей ПЖ с сохранением коллагенозных структур (таких, как кровеносные сосуды и хирургическая капсула) без нагревания, под контролем ультразвукового исследования (УЗИ) в режиме реального времени. Врач самостоятельно маркирует гиперплазированную ткань ПЖ, ориентируясь на картину УЗИ, после чего сама роботическая система под воздействием водной струи разрушает ее в маркированных границах.

По использованию данного метода существует достаточно много исследований. В одном из них участвовал 181 пациент (включая группу сравнения пациентов, которым выполнялась ТУРП), период наблюдения составил 2 года. По эффективности результаты аквааблации были сопоставимы с результатами ТУРП, однако в группе аквааблации средний объем ПЖ у пациентов до операции составлял 54 см³, после операции – 37 см³. Также было отмечено снижение уровня простатического специфического антигена (ПСА) от 3.7 до 3.3 нг/мл в обеих группах после операции. При этом известно, что основным критерием эффективности и радикальности оперативного лечения является именно этот показатель». Резюмируя результаты применения метода аквааблации, доктор А.М. Лымов сообщил: «Ланная операция эффективна при среднем и большом объемах ПЖ и дает возможность сохранить сексуальную функцию у пациента. Однако она требует обшего обезболивания и госпитализации. дает достаточно высокую частоту геморрагических осложнений. Кроме того, отсутствует ткань для морфологического исследования, а радикальность вмешательства недостаточна, если ориентироваться на уровень снижения уровня ПСА. Кроме того, данная операция имеет высокую стоимость».

АКТУАЛЬНО № 3 || 2022 г.

Инкрустирующий цистит в эпоху COVID-19

Выступая на XVIII Конгрессе «Мужское здоровье», руководитель центра оперативной урологии, онкоурологии и андрологии, д.м.н. Константин Леонидович Локшин сообщил о том, что в ведущих клинических рекомендациях по урологическим инфекциям ничего не написано об инкрустирующем цистите. Есть лишь отдельные публикации, в одной из которых российские урологи приводят клиническое наблюдение.

оворя об этиологии заболевания, докладчик отметил, что в 1925 г. было установлено, что причиной инкрустирующего цистита являются уреазопродуцирующие бактерии. Однако лишь в 1986 г. стало известно, что основным возбудителем заболевания является Corynebacterium urealyticum. «Это комменсальная бактерия, которая обнаруживается у 25% госпитализированных пациентов преимущественно в области промежности, - пояснил он. - При этом использование антибиотиков широкого спектра способствует колонизации C. urealyticum на коже пациентов. У этой бактерии очень высокая тропность к уротелию, а урологические процедуры являются способом ее доставки в мочевой

Среди факторов риска инкрустирующего цистита доктор К.Л. Локшин назвал иммуносупрессию, длительную госпитализацию, антибиотикотерапию, урологические манипуляции (особенно, длительную катетеризацию).

Далее докладчик кратко остановился на механизмах воздействия COVID-19 на уротелий: «SARS-Cov-2 имеет сродство к рецепторам ангиотензинпревращающего фермента 2 (АПФ2). Поэтому сердце, подвздошная кишка, пищевод, мочевой пузырь (2,4% АПФ2положительных клеток находятся в уротелии мочевого пузыря) и почки (4% АПФ2-положительных клеток находятся в проксимальных извитых канальцах) могут быть подвержены вирусной инвазии. Возможно, также возникает SARS-Cov-2-обусловленное нарушение кровотока в стенке мочевого пузыря, локальный энлотелиит, осложняющийся тромбозом сосудов различного калибра. Если обратить внимание на состояние госпитализированных пациентов с COVID-19 тяжелого течения, получающих терапию дексометазоном и биологическую терапию тоцилизумабом, то именно у них существуют риски инкрустирующего цистита – иммуносупрессия, длительная госпитализация и антибиотикотерапия (обычно 2–3 препаратами), длительная катетеризация мочевого пузыря, ишемия и воспаление стенки мочевого

По словам доктора К.Л. Локшина, диагностика пациентов с инкрустирующим циститом проводится с помощью общего анализа мочи (щелочная среда, лейкоцитурия, эритроцитурия, кристаллы струвита или карбонатапатита), бактериологического анализа мочи (длительная культивация, обогащенные среды, полирезистентность микроба), ПЦР-диагностики, секвенирования ДНК, масс-спектрометрии, ультразвукового исследования мочевого пузыря, цистоскопии (при необходимости с биопсией). Также он отметил, что для данных пациентов характерная очень выраженная дизурия.

«Лечение пациентов с инкрустирующим циститом состоит из системной антибиотикотерапии (внутривенно ванкомицин или тейкопланин, или линезолид), закисления мочи пероральными препаратами, закисления мочи ирригацией мочевого пузыря и обезболивающей терапии феназалгином. Также следует понимать, что C. urealyticum формирует очень мощные биопленки, при этом происходит своеобразная инкрустация тканей, внутрь которых не может попасть антибиотик. Чтобы растворить соли и биопленки, необходима ирригация. Также с этой целью выполняется эндоскопическое удаление солевых депозитов (трансуретральная резекция, лазерное удаление), чтобы ускорить процесс восстановления

Из всего этого следует сделать выводы, что лечение пациентов с COVID-19 тяжелого течения в стационаре сопряжено с повышенным риском возникновения инкрустирующего цистита. При этом выявление C. urealyticum затруднено в связи с необходимостью длительной культивации или использования специальных сред. Залогом успешного лечения пациентов является комплексный подход: подбор корректного антибактериального препарата, эндоскопическое удаление инкрустаций, закисление мочи и обезболивание», - резюмировал доктор К.Л. Локшин.



ДЛЯ РАННЕГО ОБЛЕГЧЕНИЯ **ДИЗУРИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ** ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ^{2,3}:

- Тамсулозин от Берлин-Хеми/А. Менарини
- Упаковки по 30 и 100 капсул = 30 или 100 дней непрерывной терапии
- 1 капсула в сутки²



препаратов для медицинского применения». **2.** Инструкция по медицинскому применению препарата Профлосин" от £60,7201. **3.** Alin XIII.

в для медицинского применения». **2.** Инструкция по медицинскому применению препарата Профлосин" от £60,7201. **3.** Alin XII.

в для медицинского применения для медицинского применения пределенных отпускных цен произволитаюм для распускому пределенных отпускных цен произволитаюм для распускому пределенных отпускных цен произволитаюм для предуставления пределенных отпускных цен произволитаюм для предуставления предуставления

веществу в составе препарата; ортостатическая гипотензия (в т.ч., в анамнезе); печеночная недостаточность тяжелой степени; возраст лет (в связи, с отгуствение клинических, данных по эффективности и безопасности применения тамсулозина в данным о эффективности и безопасности применения тамсулозина в данным бозра популяции). Способ применения и дозы: Внутрь, по 1 капсуле 1 раз в сутки после завтрака или первого приема пищи. Капсулу с проглатывать целиком, не разжевывая, запивая достаточным количеством воды. Капсулу нельзя делить на части или разламывать , это может повлиять на скорость высобождения действующего вещества. Учитывая прогресмущий характер заболе симптоматическая терапия может проводиться длительно. Длительность лечения определяет врач. Побочное действие: Возмс нежелательные реакции при применении препарата приведены ниже по нисходящей частоте возникновен (<1/100, ≥1/1000), редко (<1/1000, ≥1/10000), очень редко (<1/10000), частота неизвестна (по имеющимс скотного, 2-ги ногов, редко 1-си того, 2-ги ноского, чето ведам стот попредставляется возможным), включая отделенные сообщения. Нарушения со стороны нервиой системы: частот – головокружение, нечасто-головная боль; редко – обморочные состояния. Нарушения со стороны органа зрения: частота неизвестна: – нечеткость зрения, нарушени зрения. Нарушения со стороны сердца: нечасто – «ощущение сердцебиения», Нарушения со стороны сосудов: нечасто – оргостатическа гипотензия. Нарушения со стороны дыхательной системы, грудной илетки и органов средостения: нечасто – ринит; частота неизвестна-эпистакси: (носовое кровотечение). Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: нечасто – запор, диарея, тошнота, рвота: частот неизвестна – сухость во рту. Нарушения со стороны половых органов и грудной железы: часто – нарушения эякуляция, ретроградна эякуляция, анэякуляция; очень редко – приапизм. Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей: нечасто – сыпь, кожный зук краливинца: редко – антионевротический отек; очень редко – синдром Стивенса-Джонсона; частога неизвестна — многоформная эригма эксфолиативный демамти. Сбише нарушения: ечена и в сетения В ходе пострегистационных наблюденый были зарегистированы служе ый дерматит. Общие нарушения; нечасто — астения. В ходе пострегистрационных наблюдений были зарегистрирова гия синдрома интраоперационной нестабильности радужной оболочки глаза (синдром «узкого зрачка») при опе атаракты или глаукомы у пациентов, принимавших тамсулозин. Опыт пострегистрационного применения: в дополнение к перечисленны выше нежелательным реакциям на фоне применения тамсулозина были зарегистрированы отдельные случай фибриллиции предсердий, нарушения ритма сердца, тахикардии и диспноэ. В связи с тем, что данные были получены методом спонтанных сообщений в пострегистрационный период применения тамсулозина, не представляется возможным с достаточной степенью надежности оценить ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ СОДЕРЖИТСЯ В ИНСТРУКЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА ПРОФЛОСИН® ОТ от 26.07.2021.

ООО «Берлин-Хеми/А. Менарини» 123112, Москва, Пресненская набережная, д.10, БЦ «Башня на Набережной», блок Б.

RU-PROF-03-2021-v01-print. Дата утверждения материала: 03.12.2021

12 МНЕНИЕ ЭКСПЕРТОВ № 3 || 2022 г.

Диагностика и терапия пациентов с болезнью Пейрони

XVIII Конгресс «Мужское здоровье» включал в себя несколько сессий, названных «Час с экспертами». Одна из них была посвящена диагностике и терапии пациентов с болезнью Пейрони.



Течение болезни Пейрони

Врач-уролог, андролог, научный сотрудник отдела андрологии и репродукции человека НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина, к.м.н. Степан Сергеевич Красняк напомнил о том, что впервые болезнь Пейрони (БП) описал в 1743 г. фанцузский хирург, ученый и педагог, лейб-медик французского короля Людовика XV Франсуа Жиго де ла Пейрони. Заболевание было охарактеризовано им как «некоторые препятствия, предотвращающие нормальную эякуляцию семени». Также французский врач отметил, что «эти органы подвержены образованию опухолей, которые выглядят как отдельные узлы или ганглии, в некоторых случаях распространяющиеся от одного конца кавернозного тела к другому в виде четок, при этом искривление полового члена (ПЧ) во время эрекции всегда направлено в сторону поражения».

Говоря об эпидемиологии БП, докладчик сообщил, что мужчины довольно часто не обращаются со своей проблемой к врачу, в результате чего существует статистика подтвержденных и вероятных случаев заболевания: в частности, в США доля первых случаев составляет около 0,7%, а доля вторых – 11%, при этом специалисты отмечают, что типичный возраст пациента составляет 55–60 лет. Однако исследования на основании анкетного опроса показывают, что возраст больных может колебаться от 18 до 80 лет, причем встречаемость БП увеличивается с возрастом от 1,5% в возрасте 30–39 лет до 6,5% в возрасте старше 70 лет.

Говоря о патофизиологии БП, доктор С.С. Красняк отметил следующее: «Патогенез заболевания до конца не ясен. В соответствии с общепринятой теорией, во время полового акта происходит либо макро-, либо микротравма белочной оболочки ПЧ и выпадение фибриногена, что приводит к усилению локального воспаления и образованию различных факторов роста. Локальное асептическое воспаление увеличивает уровень активных форм кислорода и стимулирует ядерные факторы деления. Это приводит не

только к росту миофибробластов, но также их аномальному расположению и строению с последующим образованием коллагена и депозитов, патологическому отложению фибрина и, как следствие, образованию бляшек. Но необходимо понимать, что все эти процессы не просто ответ на травму, что подтвердили генетические исследования клеток, взятых у одного и того же пациента из бляшки, белочной оболочки и из нормальной ткани. Результаты показали, что в этих образцах наблюдается разная экспрессия генов. То есть БП – это генетически обусловленное нарушение процесса заживления, при котором ряд мутаций в других генах (в частности, в гене синдрома Альстрема ALMS1) увеличивает вероятность заболевания. Если же обратить внимание на иммуно-гистохимические исследования, то при БП можно отметить аномальное образование эластиновых волокон внутри фиброзной бляшки. При культуральном исследовании фибробластов, полученных из крайней плоти и из фиброзной бляшки у одного пациента, также было обнаружено,

образование твердых пальпируемых бляшек, которые могут быть кальцинированы, что также приводит к стабилизации заболевания и дальнейшему прогрессирующему искривлению ПЧ. Факторами риска развития заболевания являются сахарный диабет, артериальная гипертензия, нарушение липидного обмена, ишемическая кардиомиопатия, эректильная дисфункция, курение и чрезмерное употребление алкоголя. Контрактура Дюпюитрена (сгибательная контрактура пальцев рук) чаще встречается у пациентов с БП: по результатам исследований она поражает от 9 до 39% больных, в то время как 4% пациентов с контрактурой Дюпюитрена сообщают о наличии у них БП. В моей практике был пациент, у которого бляшка на ладонном апоневрозе развилась одновременно с БП, что подтверждает системный характер процесса, а не локальное изменение в белочной оболочке», - пояснил он.

Доктор С.С. Красняк сообщил об исходах у пациентов с БП: «У 40% пациентов происходит постепенное прогрессирова-

болезни можно отнести психологические расстройства у пациента. Следует помнить, что искривление ПЧ происходит именно там, где образовалась бляшка, при этом могут быть и сложные искривления по типу «песочных часов» и сокращение ПЧ в длину. По данным некоторых исследований, чаще всего бляшка локализуется в дорсальной части ПЧ, реже – в латеральной, еще реже – в вентральной. Почему дорсальное искривление ПЧ встречается чаще? Если обратиться к анатомии ПЧ, то в нем, как известно, присутствуют продольный и поперечный слои волокон. В зоне перегородки между двумя кавернозными телами при сгибании ПЧ во время полового акта (к примеру, когда оно возникает не при полной эрекции) происходит разрыв этих слоев между собой с образованием гематомы, которую пациент не может видеть, т.к. она является не подкожной, а внутренней. Именно в этом месте чаще всего и образуются бляшки».

Докладчик пояснил, что для оценки степени искривления ПЧ используется несколько инструментальных методов: гониометр (для домашней фотофиксации искривления), специальные линейки (ими следует пользоваться, чтобы иметь объективную картину), а также специальные приложения, устанавливаемые в смартфоне, для оценки количественной степени искривления и для планирования оперативного лечения. «При этом можно измерить площадь бляшки, а в процессе выполнения УЗИ измерить ее вдоль и поперек (необходимо установить, где она находится и как распространяется), выполнить МРТ-исследование (хотя чаще всего оно не используется в клинической практике), а также эластографию кавернозных тел (обычную или со сдвигом звуковой волны), которая также позволяет оценить наличие или отсутствие бляшки. Также существует радиоизотопное исследование – сцинтиграфия с радиофармпрепаратом, позволяющее отличить активную фазу заболевания от стабильной: при активной фазе накопление препарата наблюдается исключительно в зоне бляшки, при стабильной препарат равномерно распространяется по всем кавернозным телам», – отметил доктор С.С. Красняк в заключение своего доклада.



Болезнь Пейрони – это генетически обусловленное нарушение процесса заживления, при котором ряд мутаций в других генах (в частности, в гене синдрома Альстрема ALMS1) увеличивает вероятность заболевания

что в первом случае фибробласты расположены нормально, слоями (т.к. это и должно быть в соединительной ткани), а во втором – они представляют собой измененную ткань и расположены хаотично».

Далее докладчик перешел к теме развития заболевания. «Принципиально важно отметить (особенно в свете консервативного и оперативного лечения), что существует 2 фазы развития БП: острая (воспалительная, активная) фаза и фиброзная (хроническая, стабильная) фаза. Первая чаше всего связана с болью в ПЧ при его неэрегированном состоянии, болезненными эрекциями, ошутимым узелком или бляшке в белочной оболочке ПЧ. Обычно в это время начинает развиваться искривление ПЧ. Критерием начала второй фазы является исчезновение боли и отсутствие ее прогрессирования в течение трех месяцев. Такой переход из острой фазы в хроническую может занимать 12-18 месяцев, а иногда может начаться через 5-7 месяцев. При этом происходит

ние заболевания; отсутствие искривления отмечается у 47% больных, а самопроизвольное улучшение при отсутствии лечения наступает только у 13% мужчин. Боль присутствует у 35–45% пациентов на ранних стадиях заболевания и имеет тенденцию со временем исчезать. У 90% мужчин боль обычно исчезает в течение первых 12 месяцев после начала заболевания».

Говоря о диагностике, докладчик отметил: «Чаще всего пациент жалуется на искривление ПЧ, которое можно наблюдать и при осмотре. Также врач пальпирует бляшку и выполняет ультразвуковое исследование (УЗИ). Симптомами заболевания являются боль во время эрекции (при этом следует установить, когда она началась, не было ли травмы) и пальпируемые узелки. Также врачу необходимо отметить степень искривления ПЧ, его длину, ригидность и обхват, а также степень эректильной дисфункции, которая будет влиять на выбор оперативного лечения. Кроме того, к симптомам

Лекарственная терапия БП

Врач-уролог урологического отделения ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова **Анвар Гаджиевич Юсуфов** отметил, что важным фактором при определении этиологии БП является поражение белочной оболочки ПЧ – процесс, который инициируется микротравмой. В результате у генетически предрасположенных к заболеванию пациентов развивается иммунный ответ, а именно, активация медиаторов воспаления. Это приводит к местному воспалению, отложению коллагена, формированию рубца и деформации ПЧ. У пациентов наблюдается аберрантное

№ 3 || 2022 г. **МНЕНИЕ ЭКСПЕРТОВ** 13

ремоделирование тканей с неактивными металлопротеиназами, в результате чего рубец не рассасывается.



Докладчик сообщил, что лекарственная терапия у пациентов с БП всегда применяется в острой фазе, которая длится 6-18 месяцев и характеризуется воспалительной реакцией, формированием бляшки и болевой симптоматикой. Он обратил внимание коллег на молекулярный механизм развития иммунного ответа и активации медиаторов воспаления при необходимой фармакотерапии: «Все препараты, которые применяются у больных, всегда направлены на блокирование той цепочки медиаторов воспаления, которая отвечает за отложение фибрина в зоне повреждения белочной оболочки и активацию медиаторов воспаления, к которым относится трансформирующий фактор некроза опухоли (ФНО), трансформирующий фактор роста β (ΤΦΡβ) и активные формы кислорода. Целью лекарственной терапии является подбор подходящего варианта первой линии терапии для мужчин при острой фазе болезни, стабилизация образования бляшки в острой фазе, уменьшение деформации ПЧ и болевой симптоматики. Но надо отметить, что на сегодня существует мало хорошо спланированных рандомизированных клинических исследований, которые демонстрируют значительную пользу какого-либо из широко известных препаратов».

Доктор А.Г. Юсуфов рассказал о том, что первым препаратом, примененным для лечения пациентов с БП в 1949 г., был витамин Е, который используется по сей день. Это жирорастворимый антиоксидант природного происхождения, который обладает антипролиферативным и антиоксидантным свойствами. Он способствует уменьшению боли и искривления ПЧ, позволяет улучшить состояние пациентов.

«В 2013 г. при исследованиях было показано, что комбинация витамина Е с инъекциями верапамила, нестероидными противовопалительными средствами, растительными антиоксидантами (силимарин, гингко билоба, черника), прополиса, местного применения диклофенака и инъекций пентоксифиллина позволяет улучшить состояние пациентов по шкале Международного индекса эректильной функции, уменьшить искривление ПЧ, улучшить качество жизни мужчин и уменьшить их беспокойство по поводу заболевания, – подчеркнул докладчик. – Вместе с тем уменьшение искривления ПЧ было незначительным (4–6 градусов), а

дизайн исследования не являлся рандомизированным и контролируемым».

Другое средство, которое, по словам доктора А.Г. Юсуфова, широко используется и рекомендовано для терапии пациентов с БП. Это антиоксидантный препарат карнитин, который обеспечивает транспортировку жирных кислот в митохондриальный матрикс. Исследование, в котором сравненивалось влияния карнитина и тамоксифена у мужчин с БП, показало статистически значимое улучшение параметра искривления у пациентов в группе, принимавших карнитин, – сказал докладчик. – Благоприятный эффект карнитина был отмечен как при монотерапии, так и при комбинированном использовании с инъекциями верапамила 10 мг в бляшку: при этом уменьшились как угол искривления ПЧ, так и размер бляшки».

Доктор А.Г. Юсуфов также упомянул еще один препарат, обладающий антифибротическим эффектом и воздействующий на медиаторы воспаления, - L-аргинин. «В эксперименте на крысах было показано, что при ежедневном применении животным с искусственно смоделированной БП L-аргинина было достигнуто уменьшение объема бляшек и соотношения коллагена и фибробластов. Такой же эффект был показан при использовании L-аргинина в комбинированной терапии с пентоксифиллином и внутрибляшечной инъекцией верапамила с тракцией и без нее. Причем при использовании тракционной терапии эффект был лучшим, при этом значительно уменьшился угол искривления ПЧ (в среднем, более чем на 10 градусов)», – рассказал он.

Далее докладчик напомнил о пентоксифиллине – неспецифическом ингибиторе фосфодиэстеразы, способном снижать уровень экскреции ТФРВ, ФНО и обладающем антифибротическим действием. «И монотерапия, и комбинированная терапия пентоксифиллином показывает отличительно лучшие результаты в исследованиях по сравнению с плацебо, – пояснил он. – Пентоксифиллин в комбинации с внутрибляшечными инъекциями верапамила показывает еще более лучшие результаты: уменьшение боли у 80% пациентов и восстановление эректильной функции у 87%».

Один из препаратов, который, по словам доктора А.Г. Юсуфова, долгое время относили к первой линии терапии пациентов с

БП, – парааминобензоат калия. Его эффективность была подтверждена исследованием 2005 г., в котором положительные результаты отмечены у 74% пациентов. Основным фактором благоприятного воздействия препарата являлось уменьшение размера бляшки с 259 до 142 мм². Причем в группе пациентов, у которых применялся парааминобензоат калия, не наблюдалось ухудшения параметра искривления ПЧ в отличие от группы плацебо, где искривление прогрессировало у 32% пациентов. Однако докладчик отметил: «Несмотря на улучшение, 68% пациентов прекратили применять парааминобензоат калия (12 г/сут) из-за развития побочных эффектов – анорексии, тошноты, жара, сыпи и желудочно-кишечных проблем».

Докладчик обратился к известному препарату колхицину, который оказывает антиособенно в группе пациентов с наличием эректильной дисфункции легкой степени. Исследования с применением тадалафила у больных септальным фиброзом показали случаи рассасывания септального рубца и улучшение эректильной функции, однако уменьшения угла искривления у пациентов с БП при этом отмечено не было».

Резюмируя сказанное, докладчик сообщил о том, что пероральная терапия БП более эффективна в режиме комбинированного лечения. «Многие из вышеперечисленных препаратов являются неэффективными при монотерапии, однако в комбинации с антиоксидантными, антифибротическими и воздействующими на эректильную функцию препаратами (инъекционная терапия, тракционные методы) пероральная терапия дает хороший эффект, – сказал он. – В частности, эффективным является препарат,



Пероральная терапия БП более эффективна в режиме комбинированного лечения

фиброзное, антимиотическое и противовоспалительное действия: «Колхицин снижает медиаторы воспаления за счет связывания с тубулином и ингибирования полимеризации микротрубочек с последующим снижением синтеза коллагена. Но побочные эффекты при использовании колхицина включают рвоту, мышечные боли, слабость, диарею и усталость. При этом единственное рандомизированное клиническое исследование по поводу применения колхицина у мужчин с БП относится к 2004 г., где была показана незначительная эффективность этого препарата по сравнению с группой плацебо. Также нам хорошо известен препарат тамоксифен, который блокирует пролиферацию келлоидных фибробластов за счет снижения продукции ТФР. Однако и тамоксифен не показал особой эффективности в исследованиях по сравнению с группой плацебо. Что касается ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа, то эти препараты сегодня широко применяются,

содержащий три компонента - парааминобензойную кислоту, D- α -токоферол и L-карнитина тартрат. Проведенное в 2021 г. исследование на базе университетской клиники урологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова с применением этого препарата показало полный регресс заболевания у 30% пациентов с БП, а у 100% – снижение болевого симптома. Также было отмечено значительное уменьшение угла искривления ПЧ, уменьшение площади фибротической бляшки и улучшение эректильной функции. Кроме того, наряду с пероральной терапией у пациентов с БП может быть использована местная топическая терапия препаратом верапамил (механизм действия которого связан с уменьшением вовлечения пролина во внеклеточный матрикс рубца белочной оболочки, способствуя разрушению коллагена) и гелем Н-100 (средство для местного лечения при острой фазе БП; в составе геля – масло эму, жирная кислота, никардипин и супероксиддисмутаза)».



14 АКТУАЛЬНО № 3 || 2022 г.

Пациент с доброкачественной гиперплазией предстательной железы: взгляд андролога

На сессии по консервативной урологии врачи-андрологи обсудили, на какие моменты стоит обратить внимание при лечении пациента с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ).



рач уролог-андролог, д.м.н., профессор Михаил Евгеньевич Чалый напомнил коллегам о том, что в фокусе уролога обычно находятся 4 основных показателя состояния пациента: функция выделения мочи, эякуляторная, эректильная и гормон-продуцирующая функции. Он отметил, что расстройства мочеиспускания (симптомы нарушения функций нижних мочевыводящих путей -СНМП), связанные с ДГПЖ, являются самым частым «несосудистым» фактором возникновения эректильной дисфункции (ЭД). «Существует абсолютная и постоянная связь между СНМП и ЭД, что указывает на необходимость оценки эректильной функции у пожилых пациентов с СНМП. СНМП тяжелой степени, а также изменение степени тяжести СНМП (от легкой до умеренной, от умеренной до тяжелой) оказывает более выраженное влияние на ЭД, чем увеличение возраста на 10 лет. Результаты исследований показывают, что 24,8% пациентов уменьшили сексуальную активность или отказались от нее из-за СНМП», – сообщил профессор М.Е. Чалый.

Далее он привел результаты исследования, где было показано, что определенные q1-адреноблокаторы при лечении пациентов с СНМП имеют преимущество перед другими, когла рассматривается их влияние на сексуальное здоровье (причем этот эффект был более выраженным у пациентов с тяжелыми СНМП). В другом исследовании было показано, что применение α1-адреноблокаторов у пациентов с СНМП позволило снизить риск ЭД: при этом улучшение сексуальной функции коррелировало с улучшением оценки СНМП и также у мужчин было отмечено улучшение сексуального удовлетворения и либидо. Также в сравнительном исследовании было показано, что α1-адреноблокатор в таблетке с контролируемым высвобождением по сравнению с обычным препаратом в капсуле проявляет меньшую частоту побочных эффектов (к которым относят нарушения эякуляции и головокружение) и меньшую частоту положительных ортостатических тестов. При этом частота ноктурии у пациентов уменьшалась в обеих группах сравнения, однако в группе, где мужчины принимали α1-адреноблокатор в таблетке с контролируемым высвобождением, уменьшение числа ночных мочеиспусканий было более значимым.

Затем докладчик подробно остановился на применении ингибиторов 5α-редуктазы (5-АРИ) у пациентов с ДГПЖ. «Исследования показывают, что при использовании 5-АРИ частота развития ЭД у мужчин составляет 5-9%, а снижение уровня дигидротестостерона в сыворотке крови приводит к уменьшению сексуального влечения и/или расстройству оргазма. Устойчивое влияние 5-АРИ на сексуальную функцию, включая ЭД и снижение либидо, говорит в пользу причинной взаимосвязи. Однако помимо известных нежелательных реакций, связанных с приемом 5-АРИ, могут встречаться и другие, поскольку прием 5-АРИ способствует еще развитию ожирения и метаболического синдрома. Известно, что повышение уровня кортизола связано с развитием синдрома Кушинга, ожирения и метаболического синдрома. Поэтому было высказано предположение, что пациенты при метаболическом синдроме имеют гиперактивность гипоталамо-гипофизарнонадпочечниковой системы, которая ведет к развитию гиперкортицизма, – сообщил

ровьем мужчины. При этом по всем параметрам шкалы сексуальной дисфункции ASEX было отмечено увеличение числа средних баллов после терапии 5-АРИ. У этих пациентов наблюдалось снижение частоты сексуальной активности в 3 раза, увеличение балла сексуальной дисфункции в 3 раза. По этой причине 87% опрошенных пациентов прекратили прием препарата 5-АРИ. С одной стороны, лечение препаратами 5-АРИ уменьшает симптомы ДГПЖ и может предотвратить потерю волос, с другой стороны, у некоторых пациентов эта терапия приводит к возникновению существенных побочных эффектов, включая потерю либидо, ЭД, эякуляторную дисфункцию и возможную депрессию. У некоторых пациентов побочные эффекты сохраняются и могут продолжаться, в результате чего утерянные функции могут не восстанавливаться даже после отмены препарата. Поэтому дополнительные клинические и доклинические исследования необходимы, чтобы определить причину, по которой указанные проявления сохраняются у некоторых пациентов. Так, в одном из исследований, названных «Темная сторона терапии 5-APИ», было показано, что применение этих препаратов способно привести к ЭД, раку предстательной железы с высоким индексом Глисона и депрессии».

«...»

Существует абсолютная и постоянная связь между СНМП и ЭД, что указывает на необходимость оценки эректильной функции у пожилых пациентов с СНМП

профессор М.Е. Чалый. – В литературе нет единого мнения о механизме, в соответствии с которым повышенный уровень кортизола способствует ожирению. Но различные исследования показывают, что накопление потенциально вредных эффектов кортизола может иметь определенную роль при формировании ожирения, а фермент 5α-редуктаза снижает уровень кортизола у человека. Именно поэтому сделан вывод о том, что ингибирование активности фермента 5α-редуктазы, приводящее к повышению уровня кортизола, может способствовать развитию метаболического синдрома у мужчин. Кроме того, в исследованиях, проведенных в форме интервью среди пациентов, принимавших 5-АРИ, было отмечено много побочных эффектов, связанных с сексуальным здо-

Необратимы ли изменения, вызываемые приемом 5-АРИ? Отвечая на этот вопрос, докладчик сообщил следующее: «5-АРИ увеличивают апоптический индекс клеток гладкой мускулатуры полового члена. И, судя по всему, обратимость этих процессов будет напрямую сопряжена с длительностью проволимой терапии. В олном из исследований было продемонстрировано, что длительная терапия 5-АРИ у мужчин с ДГПЖ хотя и была ассоциирована со значительным улучшением СНМП, однако приводила к повышению уровня глюкозы в крови, гликированного гемоглобина, холестерина и липопротеидов низкой плотности, активности аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы. Долгосрочный прием 5-АРИ приводил мужчин к состоянию гипогонадизма. По этой причине исследователи настоятельно рекомендовали врачам еще до назначения 5-АРИ обсуждать со своими пациентами эти потенциальные серьезные побочные эффекты длительной терапии».

Профессор М.Е. Чалый продолжил свой доклад, остановившись на моментах терапии ингибиторами фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5). Он отметил, что данный класс препаратов не имеет серьезных побочных эффектов. «По результатам исследований, применение ингибиторов ФДЭ-5 связано со значительным повышением индекса по Международной шкале эректильной функции (МИЭФ), хотя такая терапия не влияла на максимальную скорость мочеиспускания у пациентов. В комбинации с α1-адреноблокаторами ингибиторы ФДЭ-5 улучшали не только показатели индекса МИЭФ, но и максимальную скорость мочеиспускания. В частности, ингибирование ФДЭ-5 приводило к повышению концентрации циклического гуанозинмонофосфата (цГМФ) в пещеристом теле полового члена, также этот процесс наблюдался в гладкой мускулатуре предстательной железы , мочевого пузыря и сосудах, которые их кровоснабжают. Расслабление гладких мышц сосудов приводило к увеличению перфузии крови в этих органах и, как следствие, к снижению выраженности симптомов ДГПЖ. Релаксация гладкой мускулатуры предстательной железы и мочевого пузыря может дополнительно усиливать сосудистые эффекты. Что касается противопоказаний к приему данных препаратов, то к ним следует отнести противопоказание к сексуальной активности у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (в частности, приступы стенокардии во время полового акта, хроническую сердечную недостаточность, артериальную гипотензию). Следут отметить, что ингибиторы ФДЭ-5 повышают концентрацию и пролонгируют активность внутриклеточного цГМФ, снижая таким образом тонус гладкой мускулатуры детрузора, предстательной железы и уретры. Оксид азота и ингибиторы ФЛЭ-5 также могут вносить вклад в улучшение функции мочеиспускания, подавляя рефлекторные проводящие пути спинного мозга и нейротрансмиссию в уретре. предстательной железы и мочевом пузыре. Кроме того, при длительном применении ингибиторы ФДЭ-5 увеличивают кровоснабжение и оксигенацию нижних мочевыводящих путей. Однако точный механизм действия ингибиторов ФДЭ-5 пока остается неизученным», – подчеркнул доклад-

«Именно критический подход к влиянию препаратов на симптомы болезни, индивидуальным особенностям пациента, а также эффективности назначенной терапии в ближайшем периоде служат критерием для назначения или отмены препарата», – резюмировал профессор М.Е. Чалый.

№ 3 || 2022 г. ИНТЕРВЬЮ 15

Применение лекарственных растительных препаратов в лечении больных неосложненной инфекцией мочевыводящих путей



нфекция мочевыводящих путей (ИМП) занимает важное место в структуре урологических заболеваний. К основным нозологическим формам неосложненной ИМП относят острый цистит, рецидивирующую инфекцию нижних мочевыводящих путей и острый необструктивный пиелонефрит. Для лечения пациентов с этими заболеваниями традиционно применяются антибактериальные лекарственные средства, однако одним из перспективных методов их лечения является применение лекарственных средств растительного происхождения. Эту важную тему мы обсудили с врачом-урологом, доктором медицинских наук, профессором кафедры специализированных хирургических дисциплин Воронежского государственного медицинского университета Андреем Владимировичем Кузьменко.

Андрей Владимирович, насколько актуальна в настоящее время проблема ИМП?

– ИМП занимает важное место в структуре урологических заболеваний. По некоторым данным, ежегодно в мире регистрируется более 10 млн случаев ИМП. В настоящее время принято различать осложненную и неосложненную ИМП. Осложненной считается ИМП, при которой имеется какой-либо фактор, нарушающий уродинамику, вследствие чего возникает высокий риск генерализации инфекции и развития уросепсиса. К таким факторам относят аномалии мочевыводящих путей, мочекаменную болезнь, стриктуры мочевыводящих путей различной локализации. опухоли, урологические дренажи и др. В то же время в амбулаторной практике врачам различных специальностей приходится сталкиваться преимущественно с неосложненной ИМП.

– Какие формы ИМП наиболее распространены и как они проявляются?

– К основным нозологическим формам неосложненной ИМП относят острый цистит, рецидивирующую инфекцию нижних мочевыводящих путей и острый необструктивный пиелонефрит. Также выделяют бессимптомную бактериурию. Острый цистит является наиболее часто встречающейся неосложненной ИМП в амбулаторной практике. Болеют преимущественно женщины. По данным литературы, каждая вторая женщина как минимум один раз в жизни болеет острым циститом. Острый цистит обусловлен восходящим инфицированием условно-патогенной грамположительной

и грамотрицательной флорой просвета мочевыводящих путей, при котором возбудитель путем адгезии внедряется в уротелий и слизистую оболочку мочевого пузыря, что приводит к развитию воспаления. Клинически это будет проявляться учащенным болезненным мочеиспусканием малыми порциями, иногда с наличием терминальной макрогематурии.

– Какова тактика лечения таких пациентов?

– Для лечения данного состояния традиционно применяются антибактериальные лекарственные средства, которые относительно эффективно купируют проявления острого цистита. Однако возникающие проблемы антибактериальной терапии (рост антибиотикорезистентности уропатогенов, пагубное влияние на микробиом и иммунный статус) обусловливают поиск альтернативных методов терапии. Одним из перспективных методов лечения острого неосложненного цистита является применение лекарственных средств растительного происхождения.

Какова роль лекарственных средств растительного происхождения в наш век современных технологий?

 При обращении лекарственных средств в рамках Евразийского экономического союза (ЕАЭС) под термином лекарственный растительный препарат (ЛРП) понимается «лекарственный препарат, содержащий в качестве активных компонентов исключительно лекарственное растительное сырье и (или) препараты на его основе». Традиционными ЛРП являются сборы. Доказано, что они более эффективны, чем отдельные виды лекарственных растительных средств, что обусловлено синергическим влиянием биологически активных веществ: гликозидов, дубильных веществ, горечей, слизей, органических кислот, эфирных масел и др. Среди ЛРП сборы составляют 21%. Внимание научных и медицинских работников к лекарственным растениям как источнику эффективных и безопасных лекарственных средств не уменьшается, несмотря на большие успехи в создании синтетических химических и биотехнологических лекарственных препаратов. Это обусловлено особенностями лекарственных средств растительного происхождения: относительно широкий спектр фармакологической активности, высокая эффективность на начальных стадиях болезни и при хронических заболеваниях, гармонизирующее воздействие на все органы и системы организма, относительно невысокая стоимость по сравнению с синтетическими и биологическими препаратами, возможность приготовления конечной лекарственной формы в виле волного извлечения в домашних условиях и некоторые другие.

Эффективность использования растительных препаратов для лечения больных острым циститом основана на их противоадгезивном, противовоспалительном, бактерицидном и диуретическом действиях. Нередко используют поликомпозиционные стандартизированные лекарственные средства растительного происхождения. При этом все чаще их рассматривают

альтернативой антибиотикотерапии с возможностью монотерапии у таких пациентов.

– Как повлияла возникшая экономическая и политическая обстановка на доступность этих препаратов?

– На сегодняшний день на фармацевтическом рынке имеется широчайший выбор лекарственных средств данной категории, механизм действия которых во многом схож и, главным образом, определяется входящими в их состав компонентами.

Несмотря на сложную экономическую и политическую обстановку, в условиях, когда те или иные препараты могут исчезнуть с прилавков, появление новых препаратов с известным, уже проверенным составом, внушает оптимизм. Одним из таких препаратов, сравнительно недавно зарегистрированных в нашей стране, является препарат Фитофрон® (ООО НПО «ФармВИЛАР», Россия)

Фитофрон® – это комбинированное средство растительного происхождения, основу которого составляет сбор-порошок, или экстракт жидкий, из лекарственного растительного сырья травы золототысячника, корней лекарственного любистока, листьев лекарственного розмарина. Эти компоненты давно известны, а их эффективность в урологической практике

В ФАРМ**ВИЛАР** www.pharmvilar.ru +7 (499) 372-13-23

доказана. Фитофрон® оказывает мочегонное, спазмолитическое, противовоспалительное, противомикробное действия. Препарат может использоваться в составе комплексной терапии при лечении пациентов с хроническими инфекциями мочевого пузыря (цистит) и почек (пиелонефрит), при неинфекционных хронических воспалениях почек (гломерулонефрит, интерстициальный нефрит), в качестве средства, препятствующего образованию мочевых камней, а также после их удаления. Данное средство не противопоказано при беременности и имеет высокий профиль безопасности. Кроме того, Фитофрон® выпускается в двух формах: в виде таблеток и в виде раствора для приема внутрь, что повышает удобство его применения для пациентов, а, следовательно, и приверженность лечению.

Таким образом, лекарственные растительные препараты на сегодняшний день успешно применяются для лечения больных ИМП как в составе комплексной терапии, так и в виде монотерапии у некоторых категорий пациентов. Появление в нашем арсенале новых отечественных препаратов, таких как Фитофрон®, с проверенным составом и механизмом действия, расширяет спектр возможностей врача-уролога и, в целом, способствует прогрессу в терапии больных ИМП.

acha



16 АКТУАЛЬНО № 3 || 2022 г.

Нужна ли фьюжн-биопсия предстательной железы всем пациентам?

В процессе проведения XVIII конгресса «Мужское здоровье» врач-уролог, д.м.н., профессор кафедры урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова **Александр Викторович Говоров** пояснил, что термин «фьюжн» происходит от английского «fusion» (сплав). Помимо применения в медицинском словаре, он может входить в названия стилей и направлений в искусстве, архитектуре, дизайне, музыке и характеризуется «сочетанием несочетаемого», т.е. объединением в себе совершенно разных идей и, казалось бы, несовместимых стилей без потери целостности и гармонии.



окладчик напомнил, что среди видов биопсии предстательной железы (ПЖ) на сегодня известны рандомизированная (10-12 и более точек, трансректальная и промежностная, в т.ч. через решетку) и таргетная (фьюжн), которая может быть трансректальной и промежностной с разными способами наведения (когнитивная, платформенная и под контролем магнитно-резонансной томографии – MPT). «Обсуждая принципы фьюжн-биопсии ПЖ, мы понимаем, что существует т.н. «когнитивный фьюжн» и «платформенный (Software) фьюжн», а также фьюжн под контролем МРТ, который сегодня не является актуальным в России, - отметил докладчик. - На выставке в рамках последнего конгресса Европейской ассоциации урологов было представлено 12 систем для выполнения фьюжн-биопсии ПЖ. При этом пока не существует доказательной базы, позволяющей считать лучшей какую-то из этих систем, при этом выбор зависит от многих факторов и причин. В течение многих лет я и мои коллеги выполняем фьюжнбиопсию ПЖ под контролем гистосканирования; также в эту систему включена опция наведения True Targeting. И хотя чувствительность и специфичность этого метола оставляют желать лучшего, мы продолжаем работать именно с ним в рамках московской программы гисто-фьюжнбиопсии».

Далее профессор А.В. Говоров сообщил о том, что им и его коллегами был получен эффективный опыт применения системы для трансректальной фьюжн-биопсии ПЖ ВК5000, полученной для клинической апробации. Данная система находится в процессе регистрации в России. Кроме того. для выполнения промежностной

фьюжн-биопсии ПЖ А.В. Говоровым и его коллегами также в процессе клинической апробации была использована и другая система – BioJet Target. На сегодняшний день коллектив профессора А.В. Говорова для промежностной фьюжн-биопсии ПЖ использует систему МІМ Symphony, которую применяют в повседневной работе многие российские коллективы.

Александр Викторович напомнил о показаниях к выполнению первичной биопсии ПЖ, которые отмечены в Клинических рекомендациях-2022. К ним относятся повышенные показатели уровня общего простатического специфического антигена (ПСА), его фракций и изоформ, результаты пальцевого ректального исследования (нормальные или суспициозные), результаты исследования МРТ и применение калькуляторов риска, семейный анамнез, сопутствующие заболевания, биологический возраст (ожидаемая продолжительность жизни пациента), желание пациента.

уместить ни описание состояния ПЖ, ни семейный анамнез, ни плотность ПСА, ни желание пациента на выполнение биопсии и массу других факторов, - пояснил он. – Что касается рекомендаций Европейской ассоциации урологов в отношении фьюжн-биопсии ПЖ, то там указано: если врач получает результат позитивного МРТ-исследования в соответствии с Prostate Imaging: Reporting and Data System 3,4,5 (международной стандартизированной методикой анализа и описания результатов МРТ предстательной железы PI-RADS), то необходимо постараться скомбинировать таргетную фьюжн-биопсию ПЖ и систематическую рандомизированную биопсию. В отношении повторной биопсии ПЖ в рекомендациях сказано о том, что при наличии очага подозрительного на онкологический процесс можно выполнять только таргетную биопсию».

Профессор А.В. Говоров упомянул о статье, факты из которой отражены в Клинических рекомендациях Европейской ассоциации урологов, где

исследование, наблюдает очевидную онкологическую проблему, он может сделать вывод о том, что ему не нужен платформенный фьюжн. Ведь если врач выполнит пациенту трансректальную биопсию и увидит очаг новообразования, то он определенно попадет в этот очаг. Да, каждому из нас хотелось бы пользоваться таким фьюжн, который дал бы возможность прицеливаться именно в такие очаги. Однако специалисты, имеющие в руках такие системы и понимающие, как они функционируют, знают также о том, что существуют определенные подводные камни фьюжн-биопсии – факторы смещения цели, отклонения иглы, к тому же различные биопсийные пистолеты функционируют по-разному. Но в любом случае у всех нас есть возможность улучшить результаты прицельной фьюжнбиопсии ПЖ», - подчеркнул профессор А.В. Говоров.

В заключение Александр Викторович конкретизировал случаи, когда пациенту не нужна фьюжн-биопсия ПЖ: «Во-первых, фьюжн-биопсия ПЖ не нужна, когда у пациента есть показания к биопсии ПЖ на основании повышения уровня ПСА или изменений в ПЖ по данным пальцевого ректального исследования, однако у этого пациента не виден очаг опухоли по данным PI-RADS 1,2. То есть нет необходимости применять фьюжн, если принято решение выполнить пациенту биопсию ПЖ. Во-вторых, фьюжн-биопсия ПЖ не нужна, если диагноз уже установлен и пациенту выполняется картирующая планшетная биопсия промежностным доступом, к примеру, для определения показаний к фокальной терапии или включения пациента с РПЖ в протокол клинического исследования по выполнению фокального лечения. В-третьих, фьюжн-биопсия ПЖ не нужна при значении ПСА выше 50 нг/мл (когда у большинства пациентов может наблюдаться выход онкологического процесса за капсулу органа и поражение регионарных лимфатических узлов): в этом случае понятно, что ценность биопсии будет минимальной. В-четвертых, в клинических рекомендациях говорится о том, что можно не выполнять фьюжн-биопсию ПЖ. если оборудование для ее выполнения недоступно».

Александр Викторович также подчеркнул, что число фьюжн-биопсий ПЖ в России, по всей вероятности, будет возрастать, а число рандомизированных биопсий будет уменьшаться.



Число фьюжн-биопсий ПЖ в России, по всей вероятности, будет возрастать, а число рандомизированных биопсий будет уменьшаться

Докладчик напомнил о том, что он и его коллеги неоднократно пытались совместно с организаторами системы здравоохранения создать единый алгоритм, позволяющий принимать решения о биопсии ПЖ. Однако все эти попытки имели свои ограничения. «В частности, в прошлом голу мы постарались создать такой алгоритм с московскими представителями департамента здравоохранения. и этот алгоритм начал использоваться в одном из московских парков. Для осушествления задачи пациенту необходимо было сдать кровь на ПСА, а врач общей практики после просмотра результата должен был принять решение - направить ли мужчину к урологу и назначить ли выполнение биопсии ПЖ. Олнако в данный алгоритм оказалось невозможно

шла речь о когнитивной, платформенной фьюжн-биопсии и биопсии с использованием аппарата МРТ. «В заключении к этой статье говорится о том, что для выявления клинически значимого рака ПЖ (РПЖ) все техники фьюжн одинаково эффективны. И хотя эти слова вызывают недоумение, однако мы прекрасно понимаем, что даже при использовании наших современных прицельных фьюжн-биопсий можно пропустить случаи клинически значимого РПЖ. В европейских рекомендациях 2022 г. сказано о том, что для наведения можно использовать, в т.ч. и когнитивный фьюжн».

Всегда ли необходима пациенту фьюжнбиопсия ПЖ? Отвечая на этот вопрос, докладчик сказал следующее: «Если опытный врач, выполняющий ультразвуковое

Современные методики оперативного лечения пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы

В своем докладе на XVIII Конгрессе «Мужское здоровье» врач-уролог клинико-диагностического центра «Здоровье» в Ростове-на-Дону **Кирилл Александрович Ширанов** рассказал о том, когда и как следует выполнять оперативное лечение у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ).

н сообщил, что в современных Клинических рекомендациях Европейской ассоциации урологов 2022 г. отмечено: открытая аденомэктомия показана пациентам с объемом предстательной железы (ПЖ) более 80 см³ и симптомами нарушения функции нижних мочевыводящих путей умеренной или тяжелой степени их выраженности в случае недоступности выполнения биполярной энуклеации ПЖ и гольмиевой лазерной энуклеации простаты (HoLEP). При этом малоинвазивная аденомэктомия эффективна у пациентов с большим объемом ПЖ, которым требуется оперативное лечение.

К эндоскопическим методикам докладчик отнес энуклеацию ПЖ монополярной петлей, зеленым лазером, диодным лазером, биполярной петлей, гольмиевым или тулиевым лазером. Также он привел исторические даты развития эндоскопической энуклеации: в 1919 г. было впервые описано выполнение открытой аденомэктомии, в 1983 г. была выполнена эндоскопическая энуклеация ПЖ монополярной петлей, в 1999 г. была описана техника выполнения HoLEP, в 2008 г. был применен тулиевый лазер, в 2016 г. термин «эндоскопическая энуклеация ПЖ» появился в рекомендациях Европейской ассоциации урологов. В 2020 г. в журнале «Андрология» вышла подборка (14 исследований) статей по анатомической энуклеации ПЖ с использованием практически всех известных методик.

Говоря о преимуществах эндоскопической энуклеации, доктор К.А. Ширанов сообщил, что к ним относятся низкий риск кровотечения, короткие сроки послеоперационного дренирования мочевого пузыря установкой уретрального катетера и госпитализации, быстрая реабилитация, функциональные результаты, сопоставимые с аденомэктомией. Однако на данный момент пока не было проведено исследований, описывающих различия в эффективности при использовании техник энуклеации.

«Большинство публикаций посвящено технике выполнения HoLEP – т.н. «истинной» лазерной энуклеации, при которой в меньшей степени выражен технический компонент. Данная методика также позволяет выполнить цистолитотрипсию без смены оборудования, – подчеркнул докладчик. – В отношении при-

менения для энуклеации тулиевого лазера описаны различные техники: вапоэнуклеация, энуклеорезекция. Однако в адрес данной методики существует немало критических отзывов, связанных с выраженной карбонизацией, которая приводит к потере слоя для энуклеации. Однако тулиевый лазер обладает высокой скоростью рассечения тканей, которая облегчает работу при отсутствии слоя. Оптимальным вариантом выбора является лазер-ассистированная механическая энуклеация, поскольку тулиевый лазер позволяет выполнять прицельный гемостаз отдельных сосудов. Такой лазер применим у пациентов с высоким риском интраоперационного кровотечения, имеющих склероз ПЖ, стриктуру анастомоза, а также у пациентов с диагностированным раком ПЖ (РПЖ). При РПЖ наиболее эффективным будет двухэтапное оперативное лечение: сначала с целью уменьшения объема ПЖ до 40 см³ выполняется максимально аккуратная и радикальная энуклеация с применением тулиевого лазера в комбинации с малоинвазивными методиками (HIFU, криоаблация, брахитерапия); затем паллиативная операция для восстановления мочеиспускания».

В качестве преимуществ биполярной энуклеации докладчик отметил доступность оборудования в российских клиниках и короткую кривую обучения на этом оборудовании. Кроме того, данная методика имеет меньшее воздействие на капсулу ПЖ.

По поводу проблем, связанных с выполнением эндоскопической энуклеации, доктор К.А. Ширанов подчеркнул, что к ним относится недержание мочи: «Этиология данной проблемы связана с дисфункцией мочевого пузыря и уретры, повреждением наружного сфинктера уретры, длительным дренированием мочевого пузыря уретральным катетером, возникновением локального инфекционного воспаления или отеком ложа ПЖ или уретры. Основным фактором риска при этом является опыт хирурга и кривая обучения (снижается после выполнения 20-50 операций), а также объем ПЖ, время операции и объем кровопотери». Резюмируя сказанное, докладчик сообщил, что оптимальным метолом лечения пациентов с ЛГПЖ является анатомическая эндоскопическая энуклеация ПЖ.



Эмболизация тестикулярных вен в лечении пациентов с варикоцеле

В.К. Карпов ^{1,3}, **Б М. Шапаров** ^{1,2}

¹Факультет фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова, кафедра урологии и андрологии, Москва, Россия ²МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия ³ГБУЗ «ГКБ №31 ДЗМ», Москва, Россия

Продолжаем освещать нашу рубрику «Рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения в урологии». Темой сегодняшнего сообщения является применение рентгенэндоваскулярной эмболизации тестикулярных вен в лечении пациентов с варикоцеле.



Карпов В.К., к.м.н., врач-уролог ГКБ №31 ДЗМ, доцент кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, ведущий научный сотрудник отдела урологии и андрологии МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова



Шапаров Б.М., врач-уролог ГКБ №17 ДЗМ, аспирант кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова

Введение

Варикозное расширение вен семенного канатика (варикоцеле) является распространенным заболеванием у подростков и мужчин репродуктивного возраста. По данным литературы [1], в 40-80% случаев варикоцеле ухудшает сперматогенез и занимает одно из ведущих мест среди факторов мужского бесплодия, что придает проблеме социальную значимость. Кроме того, варикоцеле справа может быть признаком наличия опухоли правой почки с опухолевым тромбом в нижней полой вене. Существует множество методик оперативного лечения пациентов с варикоцеле. Помимо традиционных открытых операций, а также микрохирургических и лапароскопических методов. в настоящее время у пациентов с варикоцеле широкое распространение получила рентенэндоваскулярная эмболизация тестикулярных вен. Данная операция не требует анестезиологического пособия и учитывает анатомические особенности каждого пациента, такие как наличие венозных коллатералей тестикулярных вен. Этот фактор очень важен, т.к. при традиционных хирургических операциях коллатерали могут приводить к рецидиву варикоцеле.

История вопроса

Исторически лечение пациентов с варикоцеле выполнялось только для устранения болей в мошонке. Впервые оперативное лечение пациентов с варикоцеле было описано в I веке н.э. Цельсом, который выполнил перевязку и прижигание вен мошонки. Стандартная хирургическая техника лечения пациентов с варикоцеле

была разработана в начале XX века. В результате исследований на трупах аргентинский хирург Оскар Иваниссевич пришел к выводу, что варикоцеле развивается в результате недостаточности клапанного аппарата тестикулярных вен, что приводит к развитию венозного рефлюкса. В 1918 г. он предложил перевязку и пересечение варикозно расширенной тестикулярной вены доступом в подвздошной области слева. По мере дальнейшего изучения данного заболевания была выявлена связь между варикоцеле и мужским бесплодием, в результате чего показания к варикоцелэктомии были расширены. Данная связь была впервые продемонстрирована в исследованиях W.S. Tulloch в 1950-х гг., с тех пор оперативное лечение пациентов с варикоцеле стало наиболее распространенным методом оперативного лечения пациентов с мужским бесплодием [2].

Анатомия тестикуляных вен

В классическом варианте, который встречается у 80% мужчин, анатомия тестикулярных вен выглядит следующим образом:

- Левая тестикулярная вена впадает левую почечную вену.
- Правая тестикулярная вена впадает непосредственно в нижнюю полую вену.
- Лозовидное сплетение вен с обеих сторон формируется на уровне головки бедра. У 20% пациентов могут встречаться альтернативные варианты кровоснабжения:
- Правая тестикулярная вена может впадать в правую почечную вену в 8% случаев.
- Правая тестикулярная вена может впадать в другие вены, впадающие далее в правую

- почечную вену или нижнюю полую вену в 16% случаев.
- Левая тестикулярная вена может впадать в другие вены, впадающие далее в левую почечную вену в 20% случаев.
- Впадение левой тестикулярной вены в переднюю ветвь кольцевидной левой почечной вена у 9% больных.
- Впадение левой тестикулярной вены в ретроаортальную левую почечную вену может встречаться в 2% больных.
- Впадение тестикулярных вен в ветви удвоенной нижней полой вены отмечается в 0.2–3% случаев.

Помимо этого на различном уровне тестикулярная вена может иметь множественные коллатерали с другими венами брюшной полости (*puc.* 1).

Виды эмболизационного препарата

Наиболее часто используемыми для эмболизации тестикулярных вен агентами являются пена из тетрадецилсульфата натрия и спирали Gianturco. Реже используемые агенты – это съемные окклюдеры, эмболизационные микрочастицы и «горячий» контрастный материал.

Тетрадецилсульфат натрия (СТС) – один из наиболее популярных эмболизационных препаратов, представляет собой раствор в концентрации 1 и 3%, который при введении в сосуд пенится и тем самым обтурирует его просвет. Это относительно безопасный препарат, при использовании которого крайне редко встречаются осложнения [3].

Спирали Gianturco являются отличным средством для эмболизации как артерий, так и вен. Они обладают большим разнообразием форм и размеров, одним из преимуществ их применения является возможность «забрать» спираль в катетер, а затем повторно развернуть спираль – это бывает необходимо в случаях, когда первичное развертывание оказалось неудовлетворительным. Спирали Gianturco могут применяться совместно со склерозирующими препаратами по методике «сендвич-терапии», что увеличивает эффективность эмболизации [4].

Сосудистые пробки по сравнению со спиралями проще в установке, однако в зависимости от их вида пробки могут стоить дороже спиралей. Состоять могут как из металлической основы, так и из органических веществ, таких как желатин. Механизм действия сосудистых пробок аналогичен спиралям Gianturco и заключается в механической обтурации просвета сосуда [5].

Клей (п-бутилцианоакрилат) представляет собой стерильную форму бытового «суперклея» и является достаточно дешевым эмболизационным препаратом. Для достижения нужной консистенции клей разбавляют контрастным веществом или липиодолом, однако, он может использоваться и в неразведенном виде в качестве единственного склерозанта. Для устранения обтурации просвета микрокатетера клей обычно используется с 10% раствором декстрозы по типу «сэндвич-терапии» [6].

Этанол является постоянным эмболическим агентом, который вызывает быструю, необ-

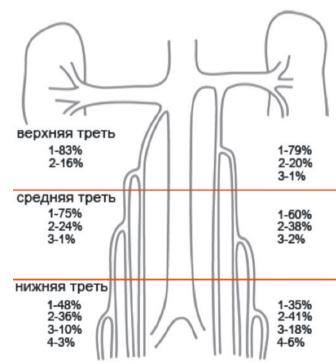


Рис. 1. Частота встречаемости венозных коллатералей тестикулярных вен





Рис. 2. **А – катетеризация почечной вены, Б – катетеризация левой тестикуляр**ной вены

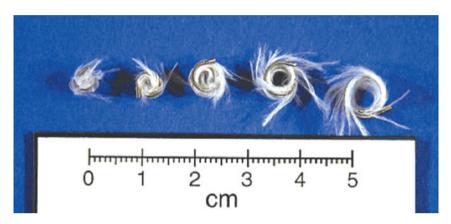


Рис. 3. Эмболизационные спирали различных калибров

ратимую и выраженную денатурация белков крови и эндотелия вызывая тромбоз сосудов.

Техника выполнения

При доступе к тестикулярным венам используют яремный или трансфеморальный доступы. Преимущества яремного доступа связаны с прямым ходом катетера, который позволяет снизить долю неудачных катетеризаций тестикулярной вены. Доступ производится по методике Сельдингера. Для катетеризации почечной и тестикулярной вен используются 0,035-дюймовые гидрофильные проводники и микрокатетеры 4 Fr. После достижения дистального отдела тестикулярной вены для оценки сосудистой анатомии производится венография. Эмболизация должна начинаться ниже уровня видимых коллатералей, чтобы свести к минимуму возможность нетаргетной эмболизации (рис. 2).

Эмболизация выполняется спиралями Gianturco. Спираль за счет упругих свойств сплава надежно фиксируется в стволе вены.

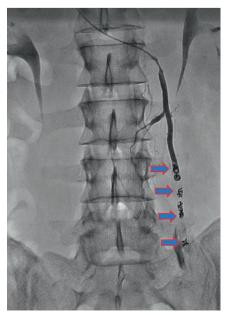


Рис. 4. **Этапная эмболизация левой** тестикулярной вены

Специальные волокна на поверхности спирали приводят к резкому замедлению кровотока по вене и ее окклюзии. Возможно применение сендвич-технологии со склерозантами (рис. 3).

После контрастирования тестикуляной вены производится этапная установка эмболизационных спиралей с внутрисосудистым введением склерозанта и экспозицией на каждом из этапов продолжительностью до 10 минут. После чего все внутрисосудистое оборудование удаляется, а на область пункции устанавливается 10-минутная компрессия (рис. 4).

Осложнения

Осложнения эмболизации тестикулярной вены довольно редки и включают в себя проявления, характерные для эндоваскулярных операций, такие как образование паховой гематомы и аллергические/токсические реакции на рентгеноконтрастный препарат. Данные осложнения встречаются менее чем у 1% пациентов. Специфические для данной операции осложнения включают в себя развитие острого эпидидмоорхита у 1–5% больных, что проявляется болью в яичке и мошонке на стороне эмболизации, а также их отеком [7].

Эффективность по сравнению с другими хирургическими методами

Наиболее распространенными методами лечения пациентов с варикоцеле являются микрохирургическая варикоцелэктомия, лапароскопическая варикоцелэктомия и рентгенэндоваскулярная эмболизация Основной целью лечения является устранение венозного рефлюкса. Ни один из этих методов не превосходит другие, с точки зрения их способности улучшать фертильность [8]. многочисленные исследования, оценивающие клинические результаты этих операций демонстрируют превосходство микрохирургической варикоцелэктомии. По данным метаанализа S. Cayan и соавт. [9], который включал в себя 4473 бесплодных мужчин с клиническим варикоцеле, после микрохирургической варикоцелэктомии отмечена большая частота возникновения беременности, более низкая частота рецидивов, а также большая экономическая эффективность. В некоторых случаях, например, при двустороннем варикоцеле, может быть предпочтительнее лапароскопическая операция. Рентгенэндоваскулярная эмболизация реже других используется в качестве первой линии оперативного лечения при варикоцеле, но это идеальный выбор для пациентов с рецидивным варикоцеле.

Заключение

Рентгенэндоваскулярная эмболизация тестикулярных вен является эффективным и безопасным методом оперативного лечения пациентов с варикоцеле. Данный метод имеет определенные преимущества перед другими хирургическими вмешательствами. Так, операция выполняется под местным обезболиванием, а выполнение венографии позволяет уточнить причину варикоцеле и визуализировать имеющиеся венозные коллатерали. Однако эмболизация по эффективности несколько уступает микрохирургическому оперативному вмешательству, а кроме того, частота рецидивов после эмболизации выше, чем после микрохирургической операции. Данная методика лечения пациентов с варикоцеле может быть высокоэффективным методом при правильном отборе пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

- 1. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Milan, 2021. ISBN 978-94-92671-13-4.
- Marmar J.L. The evolution and refinements of varicocele surgery. Asian J. Androl. 2016;18(2):171– 8. https://doi.org/10.4103/1008-682X.170866.
- 3. Капранов С.А., Хачатуров А.А., Златовратский А.Г. и др. Возможности эндоваскулярной хирургии в современной урологии. Рос. электронный журнал лучевой диагностики. 2015;5(2):239.
- 4. Nabi G., Asterlings S., Greene Arlm D.R. Percutaneous embolization of varicoceles: outcomes and correlation of semen improvement with pregnancy. Adult. Urol. 2004;63:359–63.
- Shlansky-Goldberg R.D., VanArsdalen K.N., Rutter C.M., et al. Percutaneous varicocele embolization versus surgical ligation for the treatment of infertility: changes in seminal parameters and pregnancy outcomes. J. Vasc. Interv. Radiol. 1997;8(5):759–67.
- 6. Bilreiro C., Donato P., Costa J.F., et al. Varicocele embolization with glue and coils: a single center

- experience. Diagn. Interv. Imaging. 2017;98(7–8):529–34.
- Vanlangenhove P., Everaert K., Van M.G., Defreyne L. Tolerance of glue embolization under local anesthesia in varicoceles: a comparative study of two different cyanoacrylates. Eur. J. Radiol. 2014;83(3):559–63.
- 8. Storm D.W., Hogan M.J., Jayanthi V.R. Initial experience with percutaneous selective embolization: a truly minimally invasive treatment of the adolescent varicocele with no risk of hydrocele development. J. Pediatr. Urol. 2010;6(6):567–71.
- Shlansky-Goldberg R.D., VanArsdalen K.N., Rutter C.M., et al. Percutaneous varicocele embolization versus surgical ligation for the treatment of infertility: changes in seminal parameters and pregnancy outcomes. J. Vasc. Interv. Radiol. 1997;8:759–67.
- Cayan S., Shavakhabov S., Kadioglu A. Treatment of palpable varicocele in infertile men: a meta-analysis to define the best technique. J. Androl. 2009.

Памяти Владимира Николаевича Ткачука (22.06.1930 – 11.08.2022)

11 августа 2022 г. на 93 году жизни скончался почетный председатель Санкт-Петербургского общества урологов им. С.П. Федорова, заслуженный деятель науки РФ, профессор кафедры урологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Ткачук Владимир Николаевич.



Владимир Николаевич родился в 1930 г. в Ленинграде. Окончил Первый Ленинградский медицинский институт им. акад. И.П. Павлова. В стенах этого учреждения проходила вся его врачебная, научная, педагогическая и общественная деятельность. На кафедре урологии прошел путь от клинического ординатора до профессора и заведующего кафедрой. В течение 25 лет (1970–1995) В.Н. Ткачук заведовал кафедрой урологии, а с 1996 г. работал на кафедре в должности профессора. Всю свою жизнь посвятил урологии. Он был прекрасным клиницистом, ученым, педагогом, выдающимся организатором здравоохранения. Многие поколения урологов с гордостью называют его своим Учителем. Десятки и сотни учеников В.Н. Ткачука работают не только в нашей стране, но и во многих странах мира. Научная деятельность В.Н. Ткачука

была многогранна. В 1962 г. он защитил кандидатскую диссертацию на тему «Влияние антибактериальных препаратов на развитие и особенности течения туберкулеза почек у больных туберкулезом легких», а в 1970 г. – докторскую диссертацию на тему «Антибактериальная терапия больных туберкулезом мочевой системы». В 1971 г. В.Н. Ткачуку было присвоено ученое звание «профессор». Он был автором 535 научных работ, 22 монографий и 9 изобретений. Под его руководством защищено 10 докторских и 45 кандидатских диссертаций.

Существенный вклад В.Н. Ткачук внес в развитие представлений о методах диагностики и лечения больных туберкулезом мочевой системы, доброкачественной гиперплазией предстательной железы, уролитиазом, раком мочевого пузыря, неспецифическими воспалительными заболеваниями почек и предстательной железы, истории урологии.

В 1997 г. указом Президента Российской Федерации Владимиру Николаевичу было присвоено почетное звание «Заслуженный деятель науки Российской Федерации». С 1990 г. в течение многих лет он был членом экспертного совета ВАК РФ по медицине. Награжден орденом «Знак Почета» и многочисленными правительственными медалями.

В течение почти 50 лет Владимир Николаевич возглавлял Санкт-Петербургское (ранее – Ленинградское) общество урологов им. С.П. Федорова, а в 2022 г. был избран почетным председателем общества. Он также являлся членом президиума Российского общества урологов, почетным членом Европейской ассоциации урологов, главным редактором журнала «Урологические ведомости», членом редколлегии журналов «Урология» и «Нефрология».

Искренние соболезнования коллегам, ученикам, друзьям и близким Владимира Николаевича. Светлая память...

Научная долина МГУ

Еще в 2015 г. ректор Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова академик В.А. Садовничий выступил с инициативой создания научно-технологической долины МГУ на новой территории Московского университета. Инициатива ректора МГУ была поддержана Президентом Российской Федерации В.В. Путиным, который дал поручения в целях создания научно-технологической долины «Воробьевы горы»: разработать и обеспечить принятие Федерального закона «О научно-технологических долинах» и создать научно-технологическую долину «Воробьевы горы», предусмотрев при этом, что МГУ им. М.В. Ломоносова является учредителем Фонда, образуемого в целях инфраструктурного и научно-методического обеспечения деятельности Долины и учредителем Управляющей компании, образуемой для реализации проекта по созданию и функционированию Долины.



сновная идея создания инновационных научно-технологических центров (ИНТЦ) заключается в формировании на новой территории Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова инновационной экосистемы мирового уровня в целях реализации приоритетов научно-технологического развития России, повышения инвестиционной привлекательности сферы исследований и разработок, коммерциализации их результатов, расширения доступа граждан и юридических лиц к участию в перспективных, коммерчески привлекательных научных и научно-технических проектах.

Основу проекта научно-технологической долины МГУ составляют несколько научных направлений, каждое из которых предполагается выделить в отдельный кластер. Главной целью проекта является разработка и внедрение востребованных бизнесом технологий, а также удержание и привлечение высококвалифицированных специалистов.

Планируется построить 9 кластеров. Биомедицинский кластер с сертифицированным виварием, лабораторией прототипирования, испытаний лекарственных средств и национальное криогенное хранилище клеток живых существ «Ноев ковчег». В депозитарии будут созданы условия для хранения различного клеточного материала, который может затем репродуцироваться. Кластер нанотехнологий и новых материалов с отдельным сервисом «чистых» комнат, лабораторией по созданию наномашин. Кластер информационных технологий, математического моделирования и высокопроизводительных вычислений. Вероятно, основу этого направления составит суперкомпьютер «Ломоносов» - один из самых мощных университетских суперкомпьютеров в мире. Кластер робототехники, технологий специального назначения и машинного инжиниринга, технологий

энергосбережения и эффективного хранения энергии. Кластер исследований космоса с центром оперативного космического мониторинга и мониторинга астероидной опасности. Основой этого кластера станет проект сети роботов-телескопов МАСТЕР, созданный профессором МГУ Владимиром Липуновым. Кластер наук о Земле и экологических проектов, специализирующийся на изучении и использовании земельных ресурсов, создании новых технологий изыскания и промышленного использования нефтегазового сырья, в частности в труднодоступных областях Арктики, Сибири и Дальнего Востока. Кластер междисциплинарных гуманитарных исследований, когнитивных наук. Его задачей будет научная экспертиза и популяризация науки. В этом направлении будут заняты философы, политологи, психологи, журналисты, социологи и юристы.

В конце января 2021 г. началось строительство первого кластера «Ломоносов», а в середине июля еще двух – «Образовательного» и «Междисциплинарного».

Согласно проекту планировки, Долина займет территорию между Ломоносовским проспектом, проспектом Вернадского и жилыми кварталами на Мичуринском проспекте и улице Удальцова. На территории в 100 гектаров расположатся кафедры, лаборатории, опытные производства и конструкторские бюро, где создадут все условия для работы ученых. Также здесь будут размещены площадки общеуниверситетского и социокультурного назначения: музейные пространства, концертные залы и спортивный комплекс, доступные для всех жителей Москвы.

В научно-технологическую Долину МГУ также войдут построенные ранее Шуваловский и Ломоносовский корпуса МГУ, медицинский центр, Интеллектуальный центр – Фундаментальная библиотека МГУ.

Научно-технологическая Долина будет открытой территорией, интегрированной в городскую среду. Значительные площади в новом проекте отводятся под лаборатории и научные центры. На территории кампуса планируется возвести объекты, в которых расположатся междисциплинарные научноисследовательские, инновационные и образовательные кластеры. Также в Долине будет располагаться открытая коммуникационная площадка с музейным пространством, трансформируемым многофункциональным залом, залами для конференций, сооружениями для спорта и отдыха. Помимо научных центров, в Долине откроют школу для одаренных детей.

В Долине разместятся бизнес-инкубаторы и представители крупнейших российских инвесторов. Планируется открыть центры т.н. трансляционных исследований, которые займутся переводом достижений фундаментальной науки на язык, понятный

для бизнеса, и облегчат коммерциализацию открытий. Вместе с тем на территории Долины планируется разместить жилую недвижимость, включая жилье для преподавателей, профессуры, студентов и аспирантов и гостей Университета.

Концепция строительства учитывает опыт взаимодействия с городом крупнейших мировых университетов, таких как Сорбонна или Оксфорд, где научный кластер встраивается или становится частью города. И все это – для создания передовых технологий, востребованных экономикой.

Материал взят из источников: https://www.msu.ru/projects/msuid/ o-proekte-nauchno-tekhnologicheskoydoliny-mgu-vorobevy-gory.php https://ru.wikipedia.org/ https://lenta.ru/articles/2021/07/22/mgu/ ?ysclid=I7eme5nnix849292032



наши клиенты











КОНГРЕСС-ОПЕРАТОР В ОБЛАСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ МНОГОПРОФИЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ



Наша компания находится на рынке оказания организационных услуг с 2004 года.

В течение этих лет были организованы мероприятия с международным участием на территории Российской Федерации и за рубежом (Армения, Беларусь, Грузия).

Под ключ:

- Организация конференций;
 - ация Организация енций; мастер-классов;
- Организация выставок;
- Организация выездных школ.
- Размещение рекламы в СМИ;

Контакты:

ООО «Научно- методический организационный медицинский центр» Алексеева Марина Валерьевна

тел.: +7 (903) 295-66-81, +7 (925) 941-09-65 e-mail: marina.lal@mail.ru