

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ:

Лечение ДГПЖ в РФ:
результаты опроса
урологов

Сложные резекции
почек

Хирургические и
малоинвазивные
методы лечения
интерстициального
цистита

ТЕМА НОМЕРА:

**СИМАНОВ Р.Н.: РАЗРЫВ
ПОВЕРХНОСТНОЙ ДОРСАЛЬНОЙ
ВЕНЫ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА**



Etta

ПОРТАТИВНЫЙ АНАЛИЗАТОР «ЭТТА АМП-01»

Создан для дома, точен как лаборатория!



ЭКСПРЕСС-АНАЛИЗ МОЧИ

- > Используется для проведения экспресс-анализа проб мочи
- > Построен на современных фотоэлектрических и микропроцессорных технологиях

ОПИСАНИЕ



- Доказано соответствие лабораторному оборудованию
- Результат за 60 секунд
- Доступна вся история анализов
- Результаты легко отправить врачу через любой мессенджер или электронную почту
- Компактен, помещается в карман, легко взять в дорогу
- Не нужно использовать специальные приспособления для сбора мочи у младенцев

11 исследуемых параметров

1. Глюкоза (GLU)
2. Билирубин (BIL)
3. Относительная плотность (SG)
4. pH (PH)
5. Кетоновые тела (KET)
6. Скрытая кровь (BLD)
7. Белок (PRO)
8. Уробилиноген (URO)
9. Нитриты (NIT)
10. Лейкоциты (LEU)
11. Аскорбиновая кислота (VC)



КАК ПРИОБРЕСТИ

Телефон для заказа: **+7 (926) 017-52-14**
info@ettagroup.ru

Приложение ETТА доступно для iOS и Android:



Производитель ООО «ЭТТА» ettagroup.ru



Тема номера:

- > Разрыв поверхностной дорсальной вены полового члена. Клинический случай..... 2
- >> Интракавернозные инъекции или пероральная терапия в сексуальной реабилитации мужчин с и без радикальной простатэктомии? 6
- >> Хирургические и малоинвазивные методы лечения интерстициального цистита 9
- >> Определение микробных маркеров микробиоты урогенитального тракта методом газовой хромато-масс-спектрометрии (ГХ-МС) 14
- >> МРТ в диагностике хронического склинеита 19
- >> Сложные резекции почек 22
- >> Связь плотности простатспецифического антигена с индексом Глисона 25
- >> Рак полового члена - когда можно сохранить анатомию и функцию? 27
- >> Эндоваскулярные методы в лечении ангиомиолипом почки 33
- >> Ведение пациентов с пограничным уровнем ПСА 36
- >> Тенденции назначения препаратов при ДГПЖ. Результаты опроса урологов РФ..... 44
- >> Интерстициальный цистит как соматоформная диссоциация: роль жестокого обращения в анамнезе пациента 56



Разрыв поверхностной дорсальной вены полового члена. Клинический случай



Симанов Р.Н.
Главный внештатный специалист уролог МЗ Республики Карелия,
Республиканская больница им. В.А. Баранова, Петрозаводск

Перелом полового члена – разрыв белочной оболочки кавернозных тел в результате повышения компрессионного давления выше 1500 мм рт. ст., вызванный тупой травмой эрегированного пениса. Перелом может быть вызван такими обстоятельствами, как тупая травма ригидного пениса, вялого пениса, спровоцирован «стрессовыми ситуациями» – внебрачный секс, мастурбацией; во время достижения «быстрой» детумесценции.

Анатомические особенности перелома полового члена

Белочная оболочка кавернозных тел имеет особенности. При травмах и разрывах, даже микроразрывах, врожденных состояниях и заболеваниях (болезнь Пейрони, нарушение обмена липидов) образуется плотная фиброзная рубцовая ткань, приводящая к деформации органа и затруднению проведения полового акта. Механизм травмы обусловлен тремя факторами: внешний слой белочной оболочки определяет прочность и толщину, которые варьируются в разных местах; самая тонкая – вентролатеральная часть; при аномальном изгибе повышается сопротивление белочной оболочки и происходит ее дистальный и поперечный разрыв.

Согласно статистическим данным травма белочной оболочки обычно поперечная и в длину составляет от 1 до 2 см, чаще односторонняя. Двухстороннее поражение встречается в 10% случаев и при нем достаточно часто происходит повреждение уретры. Разрыв белочной оболочки локализуется чаще дистально; разрывы, связанные с коитусом – чаще вентрально и латерально (самое тонкое

место). Травма полового члена сопровождается травму спонгиозного тела с перерывом или разрывом уретры в 20% случаев.

Клиническая картина перелома полового члена

Лектор описал клиническую картину перелома полового члена. Вначале пациент слышит «треск» или «хлопок», далее возникает боль и быстрая детумесценция. По мере распространения гематомы пенис становится темно-синим, а затем – фиолетовым, половой орган становится похожим на баклажан («деформация баклажана») – диагностический критерий перелома полового члена. Могут возникать обструктивные симптомы мочеиспускания, уретроррагия, отек и экхимозы кожи полового члена, распространение гематомы на мошонку и лобок, искривление полового члена в сторону повреждения.

Диагностика

Травму обычно легко диагностировать при визуальном осмотре и опросе пациента. Чтобы уточнить тяжесть перелома, назначают дополнительные обследования:

- Ультразвуковое исследование (УЗИ) – предпочтительный метод диагностики перелома пениса, показывающее место разрыва.
- Уретрография – показана при признаках повреждения мочеиспускательного канала.
- Кавернозография.
- Магнитно-резонансная томография (МРТ) – определяет характер повреждений, обычно назначают, если по поводу диагноза есть сомнения.

Разрыв поверхностной дорсальной вены – отличия от перелома

Разрыв поверхностной дорсальной вены полового члена является сосудистым осложнением травмы полового члена, часто имитирует перелом полового члена.

Отличие от травмы полового члена – гематомы и экхимозы лобковой части не возникают. ■

Лектор подчеркнул, что оптимальные рекомендации по лечению не определены. Предпочтительно раннее хирургическое лечение травмы полового члена. Для операции используется рассасывающийся шовный материал 4-0.

Принципы терапии при разрыве поверхностной дорзальной вены полового члена включают срочное хирургическое лечение – циркумцизию, удаление сгустков, перевязка вены, дренирование при нарастании гематомы и консервативную терапию – компрессионная повязка, прикладывание льда, возвышенное положение, анальгетики, натуральные поддерживающие комплексы.

Клинический случай. Мужчина 25 лет обратился в приемный покой Республиканской Больницы г. Петрозаводска в декабре 2022 года с жалобами на отек, боль, искривление, кровоизлияния на коже полового члена, быстрое нарастание гематомы. С момента травмы прошло 1,5 часа.

Учитывая факты наличия боли, быстрого нарастания гематомы, распространения ее на мошонку и лобок, появления «деформации баклажана» и типичного анамнеза (травма получена во время полового акта), заподозрен перелом полового члена. Предложено хирургическое лечение. Согласие получено.

Послеоперационный период протекал без особенностей и осложнений, рана зажила первично, швы удалены на 8-е сутки, сохранялся отек и гематома в течение 13 дней. Пациент предъявлял жалобы на нарушения эрекции, МИЭФ 5–17 баллов – легкая степень; уровень общего тестостерона 16,5 нмоль/л; повышен индекс массы тела пациента – по ВОЗ 26.

В качестве консервативной терапии был назначен комплекс **Пейрофлекс** – по 1 капсуле х 2 раза в сутки во время еды в течение 3 месяцев и комплекс **Эделим** – по 1 капсуле 2 раза в сутки во время еды в течение 3 месяцев.

Пейрофлекс – первый и единственный комплекс для решения проблемы болезни Пейрони, который имеет клинически доказанную эффективность:

- останавливает рост, уменьшает плотность и размер фиброзной бляшки;
- замедляет прогрессирование и стабилизирует степень искривления полового члена;
- выражено уменьшает боль во время эрекции;
- предупреждает развитие патологического рубцевания после травматического полового акта,

- рекомендуется после травмы полового члена и любых видах хирургических вмешательств на половом члене.

Для достижения максимального результата рекомендуется использовать комбинацию капсул Пейрофлекс совместно с Пейрофлекс гелем резорбирующим.

Эделим – первый зарегистрированный в РФ комплекс патогенетической терапии эректильной дисфункции:

- ингибирует активность в отношении ангиотензипревращающего фермента;
- действует как блокатор кальциевых каналов, который снижает чувствительность сосудов к катехоламинам.

Через 6 месяцев после операции у пациента жалоб нет. Эрекция сохранена, по шкале МИЭФ – 5–24 балла – эректильной дисфункции нет; благодаря применению комплекса Пейрофлекс у пациента не развились фиброзные бляшки белочных оболочек.

В завершении доклада лектор отметил, что травмы полового члена встречаются редко, еще реже встречается разрыв поверхностной дорсальной вены полового члена, который может симулировать перелом полового члена.

Разрыв поверхностной дорсальной вены полового члена может лечиться консервативно. Перелом полового члена и нарастание гематомы при разрыве поверхностной дорсальной вены требуют срочного хирургического лечения. ■

Материал подготовлен командой Уровей



Интракавернозные инъекции или пероральная терапия в сексуальной реабилитации мужчин с и без радикальной простатэктомии?



Овчинников Р.И.

К.м.н., врач уролог-андролог, хирург, директор Департамента развития андрологии, руководитель отделения андрологии и урологии Центра репродуктивной медицины «СкайФерт», Москва

Согласно клиническим рекомендациям Министерства здравоохранения РФ среди нейрогенных и васкулогенных причин эректильной дисфункции выделяют оперативные вмешательства или лучевую терапию в области таза и забрюшинного пространства.

Комплексные методы обследования андрологических больных включают физикальное обследование, исследование гормонов крови, интракавернозный фармакологический тест, ультразвуковую фармакодоплерографию сосудов полового члена с аудио-визуальной сексуальной стимуляцией, электромиографию полового члена.

Современная концепция терапии представляет собой неинвазивные (фармакотерапия, психотерапия), инвазивные (трансуретральная, интракавернозная терапия) и хирургические методы лечения. На сегодняшний день известно много препаратов, применяющихся для лечения ЭД. В первую очередь, это терапия первой линии – ингибиторы ФДЭ-5, обладающие высокой доказательной базой. В России доступны три препарата – Силденафил, Тадалафил, Уденафил. Наибольшее количество клинических исследований по эффективности и безопасности у Силденафила.

Одной из самых популярных форм введения лекарств в последнее время стали орально диспергируемые формы (ОДФ) из-за удобства приема и высокой комплаентности. Shimoda H. и соавт. показали, что 4 из 5 пациентов предпочитают орально диспергируемые лекарственные формы по сравнению с



обычными таблетированными. Скорость наступления эффекта сопоставима с инъекционными растворами и ингаляционными препаратами, диспергируемая таблетка начинает всасываться еще в ротовой полости. Преимуществом ОДФ является меньшее количество побочных эффектов: не раздражают слизистую ЖКТ.

Собственные исследования

В Российском государственном медицинском университете Росздрава было проведено исследование о влиянии фармакотерапии эректильной дисфункции на кавернозную электрическую активность и гемодинамику полового члена.

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных эректильной дисфункцией за счет выбора оптимального метода фармакотерапии на основе функциональной оценки его эффективности.

Задачи исследования:

1. Оценить степень влияния ингибиторов ФДЭ-5 и интракавернозных инъекций на показатели артериального кровотока полового члена у больных с ЭД.
2. Оценить степень влияния ингибиторов ФДЭ-5 и интракавернозных инъекций на показатели венозного кровотока полового члена у больных с ЭД.
3. Изучить динамику изменений кавернозной электрической активности на фоне приема ингибиторов ФДЭ-5 и интракавернозных инъекций.

После радикальной простатэктомии преобладала ЭД тяжелой степени. В зависимости от патогенеза преобладает артериогенная ЭД в общей популяции, после РПЭ преобладало сочетание васкулогенной с нейрогенной.

Все пациенты (n=291) были распределены на группы – первой группе (n=79) назначались интракавернозные инъекции альпростадил в дозе 5-40 мкг, второй пероральная терапия, а именно Силденафил в дозе 100-25 мг (n=81), Тадалафил в дозе 20 мг (n=64), Варденафил в дозе 20-5 мг (n=67). Эффективность была сопоставима в первой и второй группе. Однако после проведения радикальной простатэктомии эффективность пероральной ■

терапии значительно снизилась. Эффективность кавернозных инъекций составила 60%, что говорит о том, что прямое воздействие вазоактивных веществ на кавернозные тела дает лучший результат.

Выводы исследования: альпросталил или иФДЭ-5 типа?

Исследование показало, что патогенетическое влияние на артериальную составляющую ЭД любой этиологии оказывали интракавернозные инъекции альпросталила и ингибиторы ФДЭ-5. Патогенетическое влияние на венозную составляющую ЭД – лишь ингибиторы ФДЭ-5: силденафил, тадалафил и варденафил в равной степени.

Состояние кавернозных тел за счет восстановления нормальной кавернозной электрической активности улучшали только ингибиторы ФДЭ-5. Терапия интракавернозными инъекциями альпросталила не приводила к такому эффекту.

После РПЭ наиболее эффективна фармакотерапия интракавернозными инъекциями альпросталила. При неэффективности фармакотерапии после РПЭ показано эндофаллопротезирование. ■

Материал подготовлен командой Уровеб

Видеотрансляция



Хирургические и малоинвазивные методы лечения интерстициального цистита



Старосельцева О.Ю.

Врач-уролог, нейроуролог Клиники высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова СПбГУ, Санкт-Петербург

Очень дискуссионную тему выбрала для доклада Ольга Юрьевна Старосельцева в рамках Уральских встреч международного дискуссионного клуба СХТБ. Предметом доклада стали не только различные методы лечения интерстициального цистита, но и адаптация клинических рекомендаций по ИЦ к практической деятельности специалистов.

Звенья патогенеза ИЦ/СХТБ

Мочепузырный болевой синдром/интерстициальный цистит – это боль или дискомфорт в нижней части живота и/или урогенитальной области продолжительностью более 3 месяцев, которая обычно усиливается при наполнении мочевого пузыря.

Для данного состояния также характерны один или несколько ирритативных СНМП, например, учащенное мочеиспускание, urgency или ноктурия, наличие или отсутствие типичных признаков при цистоскопии при условии исключения другой видимой патологии.

Основными звеньями патогенеза ИЦ являются:

- Уротелиальная дисфункция, нарушение барьерной функции;
- Хроническое воспаление;
- Апоптоз и снижение пролиферации уротелиальных клеток;
- Дизрегуляция ноцицептивных нейронов, сенситизация;
- Активация тучных клеток;
- Соматические функциональные синдромы. ■

Малоинвазивные методы: традиционные и альтернативные

Малоинвазивные методы лечения при интерстициальном цистите (ИЦ) включают два вида манипуляций, направленных на деструкцию поражений Гуннера и подслизистое введение лекарственных препаратов.

К первому виду вмешательств относится трансуретральная резекция, лазерная абляция и электрофульгурация.

Второй вид манипуляций предполагает введение триамцинолона, ботулинического токсина А и аутологичной плазмы.

Статистика рецидивов после первого вида вмешательств

Трансуретральная резекция Гуннеровских поражений (язв) впервые описана в 1971 г W. Kerr. Доказано, что этот метод приближает качество жизни пациентов с язвенной формой ИЦ к уровню здоровых людей и сохраняется в течение 1-12 мес после операции.

Эффективность трансуретральной резекции и абляции сопоставима. Безрецидивный период после трансуретральной абляции/фульгурации составлял в среднем 12 месяцев и не отличался от ТУР. Отличий в снижении частоты мочеиспусканий, ноктурии, эпизодах ургентности, данных опросников ICSI, ICPI, PUF, VAS через 12 месяцев не было обнаружено при сравнении двух методик. Однако частота повреждения мочевого пузыря оказалась меньше, чем после ТУР (3,4% vs 7,9%) по результатам исследования.

Спикер привела статистику по рецидивам после деструктивных методов лечения. В течение 1 года у 57% пациентов случаются повторные поражения: у 50,8% – на том же месте, у 6,7% на новом, у 42,5% – сочетанные. Чаще происходят рецидивы после ТУР/абляции множественных поражений. После повторных вмешательств на том же участке безрецидивный период увеличивается до 26 месяцев. В течение 2 лет риск рецидива значительно выше у пациентов, которые после абляции не получали внутрипузырные инстилляции.

ции препаратами гиалуроновой кислоты и хондроитин сульфата (86,2% vs 47.1%).

Статистика рецидивов во второй группе вмешательств

Клинические рекомендации по лечению ИЦ также включают подслизистое введение лекарственных препаратов.

Триамцинолон – это глюкокортикостероид, который имеет выраженный противовоспалительный эффект. Стабилизирует мембраны тучных клеток и снижает активность фибробластов. Согласно рекомендациям, это одна из актуальных опций при выявлении Гуннеровских поражений (Evidence strength: C).

Инъекции триамцинолона по эффективности сопоставимы с фульгурацией. Эффективность в течение 1 месяца может достичь 85%, средний интервал до первого рецидива 8 месяцев, повторные процедуры имеют высокую эффективность. К нерешенным проблемам метода относят вопрос дозировки. В практике встречаются разные варианты. Согласно инструкции, разовая доза не должна превышать 100 мг, оптимально 40-80 мг.

Ботулинический токсин типа А снижает сократительную активность детрузора, urgency, симптомы сопутствующей детрузорной гиперактивности, снижает экспрессию чувствительных нейротрансмиттеров (субстанция Р, кальцитонин-ген- родственный пептид, глутамат) и уровень экспрессии чувствительных рецепторов (TRPV1, M2, M3 и пр). Обладает противовоспалительной активностью.

Данный метод подходит пациентам с ИЦ не гуннеровского типа, среди которых 43% удовлетворены лечением. Таким образом, максимального эффекта можно ожидать у пациентов с неязвенной формой и выраженной болью в мочевом пузыре.

Согласно исследованиям, улучшение при введении ботулинический токсина типа А наблюдается через 3 месяца у 36-96%, эффект сохраняется ■

до 6 месяцев. К осложнениям можно отнести задержку мочи, разрыв мочевого пузыря, инфекцию мочевыводящих путей. С осторожностью следует применять у пациентов с нарушением функции опорожнения. Дозировка не более 100 ЕД.

Факторы роста, содержащиеся в *аутологичной плазме, обогащенной тромбоцитами (PRP)*, способствуют пролиферации и регенерации эпителия, противовоспалительные цитокины снижают активность воспалительного процесса, уменьшают нейропатическую боль, активируют ауторегулируемый воспалительный процесс.

Через 6 месяцев после однократного введения 10 мл PRP (из 100 мл цельной крови) эффективность отмечают 40-50% пациентов.

После 4х-кратного ежемесячного введения 10 мл PRP (из 50 мл цельной крови) эффективность отмечали 67,5% пациентов.

Многokратные инъекции низкой дозы эффективнее однократных инъекций высокой дозы PRP.

В исследовании Куо Нанн-Чорнг улучшение наблюдалось у 70% пациентов с МБС/ИЦ после 4 инъекций аутологичной плазмы с интервалом 1 раз в месяц.



Рис. 1. Алгоритм для выбора метода лечения пациентов

Улучшение после 1-й инъекции у 45%, после 2-й у 52%, после 3-й у 70%, после 4-й у 70%. Через 3 месяца эффект сохранялся у 67,5% пациентов.

Эффективность плазмы или ботулинического токсина сопоставима. После ботулинического токсина чаще наблюдается повышение объема остаточной мочи и возможные осложнения в виде дизурии и/или ИМП.

В завершении доклада Ольга Юрьевна предложила тактический алгоритм для выбора метода лечения пациентов (см. рис 1).

Поиск эффективных решений при ИЦ/СХТБ продолжается, однако необходимо напомнить, что многие методы необходимо рассматривать как экспериментальные и информировать об этом пациентов. ■

Материал подготовлен командой Уровеб



Определение микробных маркеров микробиоты уrogenитального тракта методом газовой хромато-масс-спектрометрии (ГХ-МС)



Степанов В.С.

К.м.н., кафедра эндоскопической урологии и ультразвуковой диагностики ФНМО МО РУДН, СМ-Клиника, Москва

Анализ человеческого микробиома показал богатую и разнообразную микробиоту почти в каждой исследованной среде, что может свидетельствовать о том, что предстательная железа и уретра также могут содержать более разнообразную микробиоту, чем считалось ранее.

Микробиота уrogenитального тракта: в чем смысл?

Одной из актуальных проблем современной медицины являются исследования роли уrogenитальных заболеваний у мужчин, таких как простатит, уретрит, обусловленных условно-патогенными микроорганизмами.

Диагностика и лечение бактериального хронического простатита (ХП), а также острого простатита и уретрита с установленным возбудителем особых сложностей не вызывает. Наиболее проблемным остается абактериальный ХП, так как он встречается значительно чаще, чем бактериальный ХП, имеет рецидивирующее течение и наряду с различными нарушениями в половой сфере оказывает отрицательное влияние на другие органы и системы.

Противоречивые результаты исследований убедительно доказывают необходимость изучения состава нормобиоты предстательной железы и уретры мужчин с применением более чувствительных и специфических методов, позволяющих идентифицировать также труднокультивируемые микроорганизмы, нередко вызывающие дисбиотические процессы в уrogenитальном тракте.



Хронический простатит категории III (включающий тип IIIА, синдром хронической воспалительной тазовой боли, и тип IIIБ - воспалительный синдром хронической тазовой боли, согласно системе классификации синдромов простатита Национального Института Здравоохранения (НИН) 1998) является наиболее распространенным типом хронического простатита. Ввиду неясной этиологии этой категории простатита очень часто возникают трудности при лечении.

Методы диагностики микробных маркеров: недостатки

Существующие методики исследования микроорганизмов не отвечают современным требованиям в стремлении к поиску новых усовершенствованных способов диагностики микробных маркеров. В последние годы произошли изменения в методологии проведения исследований. Некоторые авторы используют бактериологический анализ на расширенном наборе питательных сред в специальных условиях культивирования, масс-спектрометрию, метод амплификации нуклеиновых кислот.

По мнению Осипова Г.А. и соавт. (2016) существующая методология микробиологического обследования пациента в клинических лабораториях по разным причинам игнорирует большинство клинически значимых микробов из числа аэробных актинобактерий, всех анаэробов и других трудно культивируемых микроорганизмов. Число неучтенных бактерий при обследовании каждого больного составляет сотни видов, так как давно известно, что в организме человека и в окружающей среде присутствует более 500 видов, способных вызвать инфекционный процесс или воспаление. Лактобациллы и бифидобактерии, причисляемые к абсолютно полезным микробам, оказываются агентами многих воспалительных процессов, в том числе септических состояний и эндокардита.

Газовая хромато-масс-спектрометрия: преимущества

На сегодняшний момент не вызывает сомнений, что инфекции и воспаления не являются моноэтиологичными, рано или поздно выясняется участие в них группы микроорганизмов, объединенных в генетически и трофически организованные сообщества – биопленки. ■

Ядром метода ГХ-МС является математический алгоритм реконструкции микробного сообщества по набору зарегистрированных маркеров. Метод ГХ-МС стандартизован, разрешен к применению и используется в клинической практике для выявления и уточнения этиологии инфекционно-воспалительных процессов как готовое техническое решение.

Преимуществами метода ГХ/МС являются:

- высокая чувствительность (10³-10⁴ клеток в пробе) и достоверность,
- возможность использования в клинической диагностике;
- способность выявлять возбудителей инфекций, находящихся в «спящем» состоянии (микроролии окутаны защитной полисахаридной капсулой);
- универсальность методики в отношении разных групп МО: бактерий, грибов, вирусов;
- экспрессность, селективность, использование любого биоматериала.

Метод лишен недостатков классических методов идентификации и дифференциации. Спикер подчеркнул, что в отличие от бактериологических исследований ГХ/МС – это экспрессный метод, в котором отсутствуют трудоемкие стадии повторных пересевов и биохимических тестов, нет необходимости в получении чистой культуры; возможна идентификация некультивируемых форм МО.

В отличие от иммуносерологических исследований ГХ/МС – прямой метод: отсутствуют ошибочные определения, связанные с индивидуальными вариациями иммунного ответа; он также более чувствительный.

Преимущества ГХ/МС перед молекулярно-биологическими методами заключаются в адекватной количественной оценке, доступности химических реактивов и методик пробоподготовки, приемлемой цене.

Собственные результаты

В медицинском холдинге СМ-Клиника с 2018 по 2023 год проведено проспективное сравнительное исследование. Были отобраны 205 пациентов с симптомами,

характерными для простатита, и 70 лиц мужского пола, обратившихся с целью скринингового обследования с отсутствием жалоб в возрасте от 25 до 50 лет.

Обследуемые были разделены на три группы: 1 группа (n=120) – пациенты с ХП/СХТБ категории IIIa, вторая группа (n=85) – пациенты с ХП/СХТБ категории IIIб с клиническими проявлениями хронического простатита и 3 группа (n=70) – без клинических проявлений простатита/контрольная группа.

Критериями включения являлись отсутствие инфекций, передающихся половым путем, отсутствие бактериальной флоры и условно-патогенных микроорганизмов по данным культуральных методов и ПЦР-диагностики, пациенты с простатитоподобными симптомами 3 и более лет.

Критериями исключения являлись: больные с острым и бактериальным простатитом, ДППЖ, онкология, инфекционно-воспалительные заболевания мочевых путей, ИВО с наличием остаточной мочи, сопутствующая патология других органов и систем, прием антибактериальных и противовирусных препаратов за последние 3 месяца.

У пациентов с ХП/СХТБ IIIa с уровнем ЛЦ ≥ 10 значительно более высокие концентрации микроорганизмов и увеличение общей их суммы по сравнению с группой с ХП/СХТБ категории IIIб и контрольной группой. Результаты могут указывать на наличие связи между уровнем ЛЦ и изменением микрофлоры предстательной железы у пациентов с абактериальным простатитом. Средние значения микроорганизмов в группе «Кокки, бациллы» в группах в целом были сопоставимы, однако пациенты с ХП/СХТБ IIIa (ЛЦ ≥ 10) значительно различались по количеству *Streptococcus mutans* (анаэробные) ($p = 0,0005$). Это может указывать на специфическую роль *Streptococcus mutans* в патогенезе абактериального простатита у пациентов с высоким уровнем лейкоцитов. Значительные различия в количестве анаэробов были выявлены для нескольких видов (*Clostridium ramosum*, *Eubacterium spp.*, *Lactobacillus spp.*, *Propionibacterium freudenreichii*), особенно в группе с ХП/СХТБ IIIa.

Достоверные различия в количестве актинобактерий наблюдались для *Actinomyces viscosus*, *Corynebacterium spp.* и *Rhodococcus spp.* ($p < 0,05$). Это может ■

указывать на их специфическую роль в контексте ХП/СХТБ IIIa, особенно при высоком уровне ЛЦ.

Значимых различий по количеству энтеробактерий между группами с ХП/СХТБ и контрольной группой выявлено не было ($p < 0,05$). Однако в группе здоровых людей *Enterobacteriaceae* spp. и *Helicobacter pylori* не выявлены. Аналогичная ситуация зафиксирована в количестве грамотрицательных палочек ($p < 0,05$): в группе контроля *Porphyrromonas* spp., *Pseudomonas aeruginosa* и *Stenotrophomonas maltophilia* не выявлены.

Расширенное бактериологическое исследование простатического секрета методом ГХМС позволяет идентифицировать и провести количественную оценку бактерий различных групп, вирусов, грибов; оценить биохимическую активность присутствующей микрофлоры, минимизировать требования к забору материала.

Присутствие микроорганизмов и повышенное суммарное их количество у больных с ХП/СХТБ IIIa по сравнению с ХП/СХТБ IIIb и здоровыми людьми, указывает на связь инфекции и повышенного уровня лейкоцитов в СП, что диктует необходимость антибактериальной терапии.

Является интересным и требует осмысления присутствия кокков, бацилл, анаэробной и другой микрофлоры, грибов, вирусов не только у больных, но и у здоровых людей. Остаются до конца невыясненными пределы нормы и патологии. ■

Материал подготовлен командой Уровеб



МРТ в диагностике хронического скинеита



Кислицын П.О.
К.м.н., уролог Клиники урологии Военно-Медицинской академии
им. Кирова, Санкт-Петербург

В структуре инфекционной заболеваемости инфекции мочевыводящих путей (ИМП) занимают второе место. Острый и хронический цистит среди ИМП – самый распространенный диагноз. Диагноз скинеита устанавливается значительно реже, информации по нему недостаточно как в профессиональной литературе, так и на профессиональных мероприятиях.

Статистика скинеита

Ранее скинеит встречался среди пациенток, страдающих гонорейной инфекцией, воспаление желез вдоль мочеиспускательного канала наблюдалось от 54 до 96%, отмечалась высокая частота поражений этих структур при трихомонадном вульвовагините.

В настоящее время урологи чаще встречаются с неспецифическим воспалением, и по данным современных работ воспаление парауретральных протоков и желез в 50% случаев может являться причиной рецидивирующей ИМП.

При оценке причин стойкой дизурии у 368 пациенток с диагнозом хронический цистит лейкоплакия выявлена в 42 % случаев, хронический бактериальный цистит в 21% случаев, интерстициальный и вирусный цистит занимает 10% и 9% соответственно, в 5 % случаев выявлен скинеит.

Клинические рекомендации

Несмотря на распространенность заболевания, в клинических рекомендациях отсутствуют стандарты диагностики и лечения пациентов с данным заболеванием. ■

Исторически сложившимся методом диагностики скинеита является трансвагинальная пальпация уретры. Инструментальный осмотр можно проводить с помощью пинцета, однако этот способ не позволяет достичь требуемой визуализации. Павел Олегович представил патент на изобретение уретрального зеркала Кислицына, которое реализовано в двух вариантах – смотровое и операционное. Данный инструмент позволяет добиться отличной визуализации при диагностике, либо проведении операции.

В настоящее время продолжается поиск новых методов диагностики скинеита, включая лучевые исследования. К сожалению, ультразвуковое исследование не позволяет выявить заболевание ввиду малых размеров парауретральных желез.

МРТ-признаки скинеита

Было проведено исследование применения магнитно-резонансной томографии в качестве диагностического метода у пациенток с воспалением парауретральных желез. В ходе исследования оценивались следующие параметры у здоровых женщин (n=25) и пациенток с диагнозом хронический скинеит (n=20): передне-задний размер уретры, толщина передней и задней стенки уретры, толщина подслизистого слоя, дифференциация слоев стенок уретры, однородность сигнала от подслизистого слоя, наличие патологических изменений, патологическое контрастирование, мышцы тазового дна.

Абсолютные признаки скинеита:

- Увеличение диаметра уретры за счет утолщения ее задней стенки (подслизистый слой);
- Нарушение дифференциации слоев стенок уретры;
- Мелкокистозные патологические изменения (фрагментарно расширенные протоки) по задней стенке уретры.

Косвенные признаки:

- Неоднородность подслизистого слоя по задней стенке уретры.

Дополнительные неспецифичный признак:

- Гипертрофия луковично-губчатых мышц (проявление миофасциального синдрома).

Таким образом, МРТ малого таза с прицельным исследованием периуретральной области в стандартных режимах с применением протоколов высокого разрешения, а также с применением протоколов SPACE 3D позволяет детально изучить структуру стенок мочеиспускательного канала в сочетании с клинической картиной, выявить патологию желез Скина и провести дифференциальную диагностику.

Для определения диагностической ценности МРТ, а также ее чувствительности, специфичности и точности необходима дальнейшая оценка полученных критериев скинеита с большей выборкой пациенток.

Завершая выступление, докладчик подчеркнул, что значимую проблему для диагностики скинеита в настоящее время представляет отсутствие или крайне низкая чувствительность и специфичность имеющихся лабораторных, инструментальных и лучевых методов.

Поиск дополнительных, экспертных методов обследования больных с хроническим воспалением ЖС, в том числе в спорных и неоднозначных случаях, является важной, клинически обусловленной задачей. ■

Материал подготовлен командой Уровеб



Сложные резекции почек



Павленко А.Г.
Уролог, аспирант кафедры урологии и андрологии РНИМУ им Н.И. Пирогова, Москва

Согласно клиническим рекомендациям Российского общества урологов, резекция почек, как метод выбора, показан пациентам с клинически локализованными формами почечно-клеточного рака (ПКР) стадии CT1-T2N0M0 в случаях, если размер и локализация опухоли позволяют выполнить органосохраняющие операции.

Существуют абсолютные показания – наличие опухоли единственной почки, в том числе единственной функционирующей, или двустороннее опухолевое поражение почек и относительные – опухоль почечной паренхимы при функционирующей контралатеральной почке у пациентов с сопутствующими заболеваниями, способными привести к ухудшению почечной функции.

Исследование, проведенное с участием 541 пациента с ПКР стадии T1-T2, не выявило статистически значимой разницы по онкологическим результатам между радикальной нефрэктомией (РНЭ) и резекцией почки. Вместе с тем, резекция почки позволяет лучше сохранить общую почечную функцию по сравнению с радикальной нефрэктомией, тем самым снижая риск развития метаболических или сердечно-сосудистых расстройств. Качество жизни пациентов после резекции почки выше, чем после РНЭ.

С учетом эволюции технологий актуален вопрос о сравнении эффективности различных методов. Лапароскопическая резекция и робот-ассистированная резекция почки связаны с меньшим пребыванием пациента на койке после вмешательства и меньшим объемом кровопотери по сравнению с открытым доступом. При оценке отдаленных результатов не отмечено значимой разницы в онкологических и функциональных результатах между доступами.

Преимуществами робот-ассистированной резекции являются улучшение эргономики для хирурга, возможность применения методов дополнительной визуализации Fire-Fly mode (ICG), наличие дополнительной третьей руки.

Однако анализ более 300 тысяч операций по критерию вида оперативного доступа, проведенный в Германии с 2005 по 2021 год, показал, что 79% операций проведены открытым доступом, 14% лапароскопическим и только 7% робот-ассистированным.

Сложность резекции почки необходимо определять, используя прогностические шкалы R.E.N.A.L., PADUA, C-index. Мета-анализ показал, что все шкалы обладали статистически значимой корреляцией по времени тепловой ишемии, объему кровопотери, времени оперативного лечения, степени снижения СКФ, послеоперационному койко-дню (кроме PADUA, $p > 0,05$). C-index показал наиболее сильную корреляцию по времени тепловой ишемии и степени снижения СКФ. У всех шкал отмечалась слабая корреляция по времени оперативного лечения и объему кровопотери. При оценке шкалы PADUA отмечалась предвзятость со стороны авторов по степени снижения СКФ. К минусам шкал можно отнести, что они не учитывают ИМТ, не учитывают вероятность наличия Toxic Fat и анамнез предыдущих оперативных вмешательств.

MAP-score – эффективный инструмент оценки вероятности наличия спянной паранефральной клетчатки. Увеличение MAP-score коррелирует с увеличением времени операции и большим объемом кровопотери.

Дополнительные методы визуализации (УЗИ, ICG, 3D-визуализация с AR) могут быть хорошим инструментом, позволяющим улучшить периоперационные результаты хирургического лечения.

Так, например, применение ICG при резекции почки позволяет идентифицировать предполагаемый край опухоли ввиду различия интенсивности свечения. ICG позволяет выполнять супер-селективное пережатие артерии, питающей опухоль, однако представленное количество работ не позволяет сделать окончательного вывода об улучшении функциональных результатов в послеоперационном

периоде (меньший процент потери СКФ). Применение ICG не влияет на длительность операции, но позволяет снизить время тепловой ишемии.

По данным исследования на 222 пациентах в группе с 3D-реконструкцией отмечено меньшее снижение СКФ (-17,7% vs. -22,2%, $p=0,03$), меньшее количество послеоперационных осложнений (16,5% vs. 23,1%, $p=0,03$), в том числе тяжелых осложнений (Clavien Dindo >III, 2,5% vs. 5,6%, $p=0,03$). Также 3D-реконструкция оказалась независимым предиктором успешного выполнения резекции почки (ОШ=1,42, $p=0,03$).

В завершении доклада спикер подчеркнул, что резекция почки показана всем пациентам с единственной почкой, тяжелой ХБП, при мультифокальном поражении. Данная операция не уступает по онкологическим результатам нефрэктомии, но связана с большим числом осложнений. Сложные резекции почки необходимо выполнять в клинических центрах с большим опытом.

Докладчик отметил, что робот-ассистированная техника создает преимущества для хирурга и может быть перспективной в рамках сложных резекций почек, однако необходима оценка результатов данного доступа в проспективных рандомизированных исследованиях. ■

Материал подготовлен командой Уровев

Видеотрансляция



Связь плотности простатспецифического антигена с индексом Глисона



Фундамент А.С.

студентка 5 курса ФГБОУ ВО Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета Минздрава России, Санкт-Петербург (научный руководитель Ильин Д.М., к.м.н., уролог СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», ассистент кафедры урологии ФГБОУ ВО СПбГПМУ МЗ РФ)

По данным клинических рекомендаций Европейской ассоциации урологов рак предстательной железы занимает второе место по встречаемости онкологических заболеваний у мужчин. В 2020 году диагноз РПЖ установлен 1,4 млн пациентам по всему миру.

Цель исследования, проведенного группой урологов при участии студентов ФГБОУ ВО СПбГПМУ им. И.П. Павлова МЗ РФ – проанализировать зависимость между плотностью простатспецифического антигена (ПСА), вычисленной с помощью общего ПСА и объема предстательной железы по МРТ малого таза, и индексом Глисона.

Плотность ПСА – расчетный показатель, определяемый как отношение общего ПСА в сыворотке крови к объему предстательной железы.

Александрой Сергеевной и коллегами были проанализированы 55 случаев обращений (пациенты, которым впоследствии была проведена биопсия предстательной железы) в Центр амбулаторной онкологической помощи Мариинской больницы за 2023 год.

Было выяснено, при каком пороговом значении риск получить гистологическое заключение в виде опухолевого процесса выше. Лектор подчеркнула, что при злокачественном процессе плотность ПСА выше, чем при доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Зависимость признаков статистически значима ($p > 0,05$).

По результатам исследования сделаны следующие выводы:

- Плотность ПСА не позволяет судить о наличии рака предстательной железы до выполнения биопсии при пороговом значении 0,15 нг/мл². ■

- При использовании порогового значения плотности ПСА 0,218 нг/мл² можно с большей вероятностью судить о наличии рака предстательной железы.
- Уровень плотности ПСА является независимым предиктором величины индекса Глисона.

Клинические рекомендации EAU-2023

Плотность ПСА

Плотность ПСА рассчитывается путем деления уровня ПСА на объем ПЖ, определенный на ТРУЗИ. Чем выше плотность ПСА, тем выше вероятность, что РПЖ является «клинически значимым», в особенности при небольшом объеме ПЖ, если применяется пороговый показатель 0,15 нг/мл/см³.

По данным ряда исследований, плотность ПСА >0,1-0,15 является прогностически значимой в отношении РПЖ.

У пациентов с плотностью ПСА <0,09 нг/мл/см³ «клинически значимый» РПЖ маловероятен (4%).

В систематическом обзоре показаны различия в исследованиях, в которых использовали плотность ПСА для отбора пациентов с очагами PI-RADS 3 на биопсию, но авторы рекомендуют порог в 0,15 нг/мл/см³.

Согласно другим публикациям, дополнительная ценность плотности ПСА при прицельной fusion-биопсии с использованием бипараметрической МРТ (биМРТ) остается противоречивой. Площадь под ROC-кривой в выявлении «клинически значимого» РПЖ на основании биМРТ составляет 0,87–0,95 по сравнению с 0,91–0,95 при комбинации биМРТ и плотности ПСА. ■

Материал подготовлен командой Уровеб



Рак полового члена - когда можно сохранить анатомию и функцию?



Яковлев В. Д.
К.м.н., уролог, онколог отделения онкоурологии ПСПбГМУ
им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Рак полового члена (РПЧ) — редкое онкологическое заболевание, частота его встречаемости составляет в Европе 0,94 на 100 000 мужчин, в США 0,5 на 100 000 мужчин, а в странах Южной Америки, Юго-восточной Азии и Африки может достигать 1-2 % от всех злокачественных новообразований у мужчин.

По данным зарубежной базы, которая включает 18 онкологических реестров, общая 5-летняя выживаемость составляет 67%. Наилучшие результаты описаны при наличии локализованного РПЧ – выживаемость 81%, при метастатическом РПЧ прогноз неблагоприятный, выживаемость не превышает 16%.

В связи с низкой частотой РПЧ и отсутствием рандомизированных исследований в данной области оптимальная тактика лечения этой категории пациентов не разработана.

Основными целями лечения РПЧ являются проведение радикального в онкологическом плане, но максимально органосберегающего лечения, включая сохранение внешнего вида, способности к мочеиспусканию стоя и осуществлению копулятивной функции. Важно обращать внимание на сохранение качества жизни пациента ввиду высокой психологической значимости заболевания.

Диагностика РПЧ

Диагностика РПЧ включает физикальный осмотр, который является достоверным методом оценки размера опухоли полового члена и стадии Т. ■

С целью визуализации первичной опухоли прибегают к МРТ. МРТ не превосходит физикальное исследование в дифференцировании опухолей стадии T1 и T2, но информативно при сомнениях в наличии инвазии в кавернозные тела (сТЗ) и планировании органосохраняющего лечения (глансэктомия) (чувствительность 80%, специфичность 96%). Если МРТ не доступно, можно выполнить УЗИ полового члена.

Биопсия полового члена показана при сомнениях в характере образования, даже при очевидных признаках РПЧ исследование помогает определить тактику лечения (например, показания к хирургическому стадированию лимфоузлов). Биопсия необходима при планировании топической терапии, лучевой терапии или лазерной терапии.

Обязательна пальпация регионарных лимфатических узлов паховой области с обеих сторон на предмет поражений. При отсутствии пальпируемых узлов вероятность наличия микрометастазов составляет до 20%, поэтому показано КТ или МРТ.

Лечение в зависимости от стадии заболевания

Лектор представил стратегии лечения в зависимости от стадии заболевания.

- 0-1 стадия – сохранение головки и/или органа.
- II стадия – ампутация головки и/или полового члена.
- III стадия – ампутация полового члена с последующим лечением регионарных метастазов (двусторонняя паховая лимфаденэктомия).
- IV стадия – паллиативное лечение.

При небольших и локализованных опухолях рекомендуется проводить органосохраняющее лечение, к которому относятся топическая терапия, лазерная абляция, оперативное лечение и лучевая терапия. Сравнение эффективности разных методов лечения локализованного РПЧ не проводилось.

Виды рака полового члена

Далее спикер рассмотрел различные виды рака полового члена.

Пенильная интраэпителиальная неоплазия (ПеИН) чаще локализуется на слизистой поверхности головки или крайней плоти, в 2,6-13% случаев прогрессирует до инвазивных образований, несмотря на лечение. Ключевое значение имеет радикальное удаление и тщательное наблюдение.

При **карциноме *in situ*** в качестве лечения первой линии эффективна топическая химиотерапия препаратами имиквимод или 5-фторурацил (рис. 1). Однако в настоящий момент не достигнуто консенсуса и не получено сравнительных данных по оптимальной схеме лечения данными препаратами. Эффективность терапии остается противоречивой и описана только в ретроспективных исследованиях. Лазерная абляция представляет собой альтернативный метод терапии при данной стадии заболевания.



Рис. 1. Карцинома *in situ*

При **обширной неоплазии или рецидиве** после топической терапии или абляции показано оперативное лечение в виде резекции головки с реконструкцией. Метод имеет низкую частоту рецидивов (0-20%), приемлемый косметический результат, дает преимущество полноценного морфологического

стадирования и выявления зон инвазии (в отличие от аблативных методов и топической терапии).

Хирургический край

Отсутствуют убедительные данные по ширине отрицательного хирургического края. В ряде исследований показано, что большинство образований не распространяются более чем на 5 мм от макроскопически видимого края.

Местный рецидив чаще всего наблюдается после органосохраняющего лечения- 4-10% в случае оперативного лечения; 20-30% после лазерной абляции. В 92% случаев диагностируется в течение первых 5-ти лет после органосохраняющего лечения. Первые 2 года контрольный осмотр производится 1 раз в 3 месяца; далее 1 раз в 6 месяцев до 5 лет; затем 1 раз в год до 10 лет. Однако режим наблюдения в большей степени зависит от статуса N +, чем от локального статуса.

Варианты хирургического лечения

Микрографическая хирургия Моса заключается в иссечении тканей с исследованием края резекции в режиме реального времени, позволяет максимально сохранить ткани (рис. 2). На основании 3-х исследований с участием 51 пациента с РПЧ стадии T1 выявлено, что 5-летняя безрецидивная выживаемость составляет 71,4%-100%. Этот метод не рекомендуется применять в рутинной практике из-за небольшого количества опубликованных данных.

При небольших дистальных образованиях крайней плоти можно выполнить **широкое местное иссечение и обрезание**. Резекция головки с реконструкцией применяется при поверхностных инвазивных образованиях в комбинации с более глубокой резекцией в зоне инвазии. Пациенты с опухолями головки и крайней плоти, при которых невозможно выполнить широкое местное иссечение или резекцию с реконструкцией, являются хорошими кандидатами на глансэктомию.

Mohs Surgery

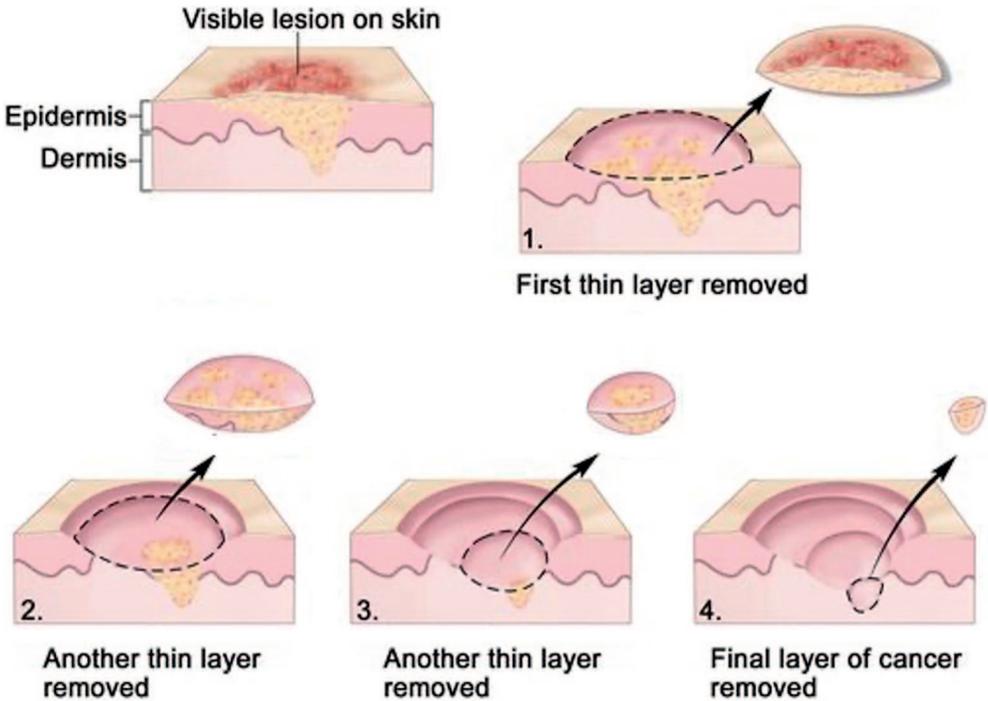


Рис. 2. Микрографическая хирургия Моса

Ампутация и резекция полового члена проводится при более распространенном процессе. Рецидив в течение 5 лет у пациентов стадии T1-T2 развивался реже по сравнению с органосохраняющим лечением. При этом следует взвешивать более высокую эффективность с негативным влиянием на сексуальную функцию и качество жизни.

Лучевая терапия – хороший метод органосохраняющего лечения у определенной категории пациентов T1-T2. Включает дистанционное облучение с минимальной дозой в сочетании с закрепляющим курсом брахитерапии или только брахитерапию. Применение брахитерапии изучали только при ■

образованиях размером менее 4 см, поэтому ее не рекомендуют применять при более крупных опухолях.

Владислав Дмитриевич подчеркнул, что при определении оптимальной тактики лечения конкретного пациента рекомендуется осуществлять индивидуальный выбор метода лечения первичной опухоли в зависимости от локализации, количества, размеров, категории T и степени анаплазии новообразования полового члена. ■

Материал подготовлен командой Уровеб

Видеотрансляция



Эндоваскулярные методы в лечении ангиомиолипом почки



Куликовских Я.В.

К.м.н., врач высшей категории, заведующий отделением РХМДЛ ГБУ РО «КДЦ «Здоровье», г. Ростов-на-Дону

Ангиомиолинома (АМЛ) – наиболее распространенное доброкачественное новообразование почки, состоящее из липоматозного, гладкомышечного и сосудистого компонентов.

Опухоль имеет риск спонтанного разрыва с развитием забрюшинного кровотечения, которое может привести к летальному исходу. Определенные типы ангиомиолипом имеют риск озлокачествления.

Согласно статистическим данным частота АМЛ в популяции составляет 0,13-0,44%. Соотношение мужчин и женщин 1:2. 80% диагностируемых случаев являются спорадическими. 20% связаны с генетическими синдромами, такими как туберозный склероз и лимфангиолейомиоматоз.

АМЛ обычно протекают бессимптомно, часто являются случайной находкой во время обследования. Клинические признаки АМЛ – кровотечение (вплоть до жизнеугрожающего), боль в области живота и поясницы.

В 40% случаев описывается классическая триада: боль в животе, пальпируемое образование, гематурия.

Спикер привел алгоритм ведения пациентов с АМЛ (рис 1).

Стратегии ведения АМЛ включают активное наблюдение, хирургическое и рентгенэндоваскулярное лечение (эмболизация), системную терапию (ингибиторы МTOR у пациентов с туберозным склерозом). К хирургическим ■

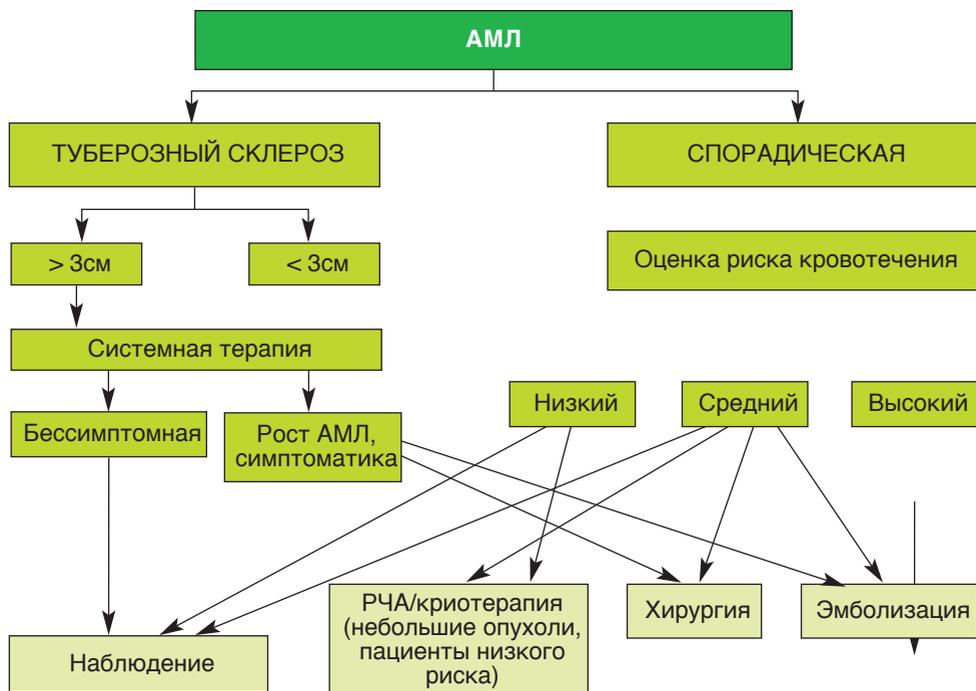


Рис. 1. Алгоритм ведения пациентов с ангиомиолиптомами

методам относят нефрэктомия, лапароскопические или робот-ассистированные резекции, интервенционное (абляция).

Ярослав Владимирович подробно остановился на современном малоинвазивном методе лечения – эмболизации. Метод заключается в селективной катетеризации артерий, питающих опухоль, и введении специального эмболизирующего агента, что приводит к нарушению кровоснабжения опухоли и уменьшению ее размеров.

Цель эмболизации АМЛ почки – деваскуляризировать опухоль, максимально сохранить ткань почки и свести к минимуму риск кровотечения.

К преимуществам можно отнести малоинвазивность, лечение АМЛ в трудных для хирургии локациях (например, в области ворот почки). Методика поз-

воляет стабилизировать пациентов с активным кровотечением и избежать нефрэктомии, дает возможность лечения пациентов с высокими хирургическими рисками.

При больших ангиомиолипомах проведение эмболизации перед открытым вмешательством способствует уменьшению размеров опухоли, кровопотери и облегчает проведение операции.

Показаниями для выполнения эмболизации АМЛ почки являются размер опухоли более 4 см, наличие аневризм в сосудистой сети АМЛ более 5 мм, наличие в анамнезе забрюшинного кровотечения, связанного с разрывом АМЛ, наличие симптоматики, связанной с АМЛ, быстрый рост опухоли, локализация опухоли в области вхождения сосудистого пучка почки.

В завершении доклада спикер озвучил основные выводы:

- оптимальная тактика ведения пациентов с АМЛ не определена;
- рентгенэндоваскулярные вмешательства являются эффективным и безопасным методом лечения АМЛ почек;
- перфузионное КТ позволяет количественно оценивать полноту деваскуляризации АМЛ и стойкость эффекта после эндоваскулярного лечения, а также помогает нам определиться с кратностью наблюдения. ■

Материал подготовлен командой Уровеб

Видеотрансляция



Ведение пациентов с пограничным уровнем ПСА



Шатылко Т.В.

К.м.н., уролог отделения андрологии и урологии НМИЦ им. В.И. Кулакова, Москва

Простатспецифический антиген (ПСА) – это белок, который в норме вырабатывается клетками предстательной железы в небольшом количестве. ПСА – один из ферментов, способствующих разжижению семенной жидкости после эякуляции.

Простатспецифический антиген в норме в небольшом количестве проникает в кровь, и его уровень может повышаться вследствие увеличения количества клеток, продуцирующих его, и увеличения проницаемости сосудов предстательной железы. Строго говоря, ПСА является не онкомаркером, а маркером всех заболеваний предстательной железы (рак предстательной железы, аденома предстательной железы, простатит). Простатспецифический антиген – белок с относительно большой молекулярной массой (34 кДа). Чтобы попасть в системный кровоток, молекула ПСА должна преодолеть несколько барьеров, среди которых базальная мембрана протока, строма предстательной железы, базальная мембрана капилляра.

Скрининг – когда и кому

На определении уровня ПСА в крови основана концепция ПСА-скрининга. По данным европейских и американских исследований истинный ПСА-скрининг не обеспечивает преимуществ в плане выживаемости пациентов и экономически неэффективен. Данный анализ стоит рассматривать в качестве диагностического поиска, инициированного врачом или самим пациентом на основании факторов риска, клинической симптоматики или желаний пациента (табл. 1). Для установления факта повышения показателя необходимо провести повторную оценку. ■

Таблица 1. Рекомендации EAU-2023 по скринингу ПСА.

Рекомендации	Сила рекомендации
Не предлагайте мужчинам анализ ПСА без информирования о возможных рисках и преимуществах	Сильная
Хорошо информированным мужчинам с хорошим состоянием здоровья и ожидаемой продолжительностью жизни не менее 10-15 лет можно предлагать индивидуальную стратегию раннего выявления РПЖ, адаптированную по риску	Слабая
Раннее выявление с помощью анализа ПСА показано мужчинам с повышенным риском РПЖ: <ul style="list-style-type: none"> • в возрасте более 50 лет • в возрасте более 45 лет при отягощенном семейном анамнезе лицам афроамериканской расы в возрасте более 45 лет • носителям мутации BRCA2 в возрасте более 40 лет 	Сильная
Риск-адаптированную стратегию (в зависимости от исходного уровня ПСА) с анализом ПСА каждые два года можно рассматривать у мужчин группы риска: <ul style="list-style-type: none"> • при уровне ПСА > 1 нг/мл в возрасте 40 лет • при уровне ПСА > 2 нг/мл в возрасте 60 лет В остальных случаях можно отложить анализ на 8 лет	Слабая
Бессимптомным мужчинам с уровнем ПСА от 3 до 10 нг/мл и отсутствием изменений на ПРИ перед дальнейшим обследованием необходимо повторить анализ ПСА	Сильная
Для определения показаний к биопсии у бессимптомных мужчин с уровнем ПСА от 3 до 10 нг/мл и отсутствием изменений на ПРИ необходимо использовать один из следующих инструментов: <ul style="list-style-type: none"> • калькулятор риска, если он правильно калиброван по встречаемости РПЖ в популяции; • МРТ ПЖ. 	Слабая
Дополнительные маркеры крови и мочи	Слабая
Возраст, при котором следует прекратить раннее выявление РПЖ, зависит от ожидаемой продолжительности жизни и общего состояния; мужчинам с ожидаемой продолжительностью жизни <15 лет раннее выявление не принесет пользы	Сильная

Важно учесть, что период полувыведения ПСА – 2,5 дня. Поэтому нужно откладывать сроки для повторной оценки при езде на велосипеде или семяизвержении – на 2-3 дня, при пальцевом ректальном исследовании, трансректальном ультразвуковом исследовании, ригидной цистоскопии на 1 неделю, при биопсии предстательной железы, простатите – на 6 недель.

Особенности «серой зоны»

Традиционно границами «серой зоны» ПСА считаются показатели от 4 нг/мл до 10 нг/мл. Однако в исследовании Thompson и соавт. рак был обнаружен у 15% пациентов с уровнем PSA менее 4 нг/мл. В Великобритании одновременно действуют два набора клинических рекомендаций: в одном из них рассматривается порог 3 нг/мл, в другом – 3,5 нг/мл. На основании 4-летнего наблюдения за 21502 мужчинами Crawford и соавт. установили, что у европейцев с уровнем ПСА более 1,5 нг/мл риск обнаружения рака предстательной железы в 10 раз больше, чем с уровнем менее 1,5 нг/мл. Поэтому важно рекомендовать пациентам с показателями от 1,5 нг/мл до 4 нг/мл сдавать ежегодный анализ крови на ПСА.

Если у пациента выявлено повышение уровня ПСА в пограничной зоне, специалист может начать с более щадящих методов, таких как повторное определение уровня ПСА, использование альтернативных серологических маркеров и магнитно-резонансной томографии (МРТ), провести диагностику и лечение простатита. Достаточно агрессивным методом диагностики является проведение биопсии предстательной железы (табл. 2).

Простатит часто бывает причиной повышения уровня ПСА. По мнению Terrone и соавт. после 2-4 недель приема антибиотиков у половины пациентов наблюдают снижение уровня ПСА. У 20-30% пропадают показания к биопсии предстательной железы. ■

Таблица 2. Риск выявления РПЖ при систематической биопсии у пациентов с низким уровнем ПСА

Уровень ПСА, нг/мл	Риск РПЖ, %	Риск РПЖ группы ISUP ≥ 2 , %
0–0,5	6,6	0,8
0,6–1,0	10,1	1,0
1,1–2,0	17,0	2,0
2,1–3,0	23,9	4,6
3,1–4,0	26,9	6,7

Снижение вероятности развития РПЖ

Существует ряд биологически-активных веществ, которые способны снижать вероятность развития рака предстательной железы и помогают бороться с хроническим бактериальным простатитом. Например, *Кверцетин* способен подавлять клеточный цикл и индуцировать апоптоз в неопластических клетках. Это один из препаратов растительного происхождения, входящий в клинические рекомендации EAU по синдрому хронической тазовой боли (СХТБ).

Другим биологически-активным компонентом является *Ликопин*, который модулирует несколько биохимических каскадов, повышает активность половых стероидов, активирует митохондриальные факторы. Ликопин способен индуцировать благоприятные эпигенетические изменения в клетках предстательной железы. [Singh et al., 2024].

Нарингин (нарингенин) подавляет боль, вызванную воспалением, ингибирует продукцию провоспалительных цитокинов (IL-33, TNF-α, IL-1β). [Pinho-Ribeiro et al., 2016]. Нарингин улучшает липидный профиль и усиливает антиоксидантную активность плазмы. [Gorinstein et al., 2005] Экстракты с нарингенином и кверцетином обладают антимикробной активностью, в том числе в отношении анаэробов (например, *Prevotella* и *Porphyromonas*). [Rauha et al., 2000; Uzel et al., 2005; Koru et al., 2007]. *In vitro* нарингин усиливает цитотоксический эффект паклитаксела в отношении клеток рака предстательной железы. [Erdogan et al. 2018].

Кверцетин, Ликопин и Нарингин входят в состав биологически-активной добавки *Кверцепрост*. Доказано, что данные компоненты синергично усиливают эффективность антибиотикотерапии, в том числе в отношении патогенных штаммов с множественной антибиотикорезистентностью, за счет способности ингибировать чувство кворума бактерий, а также благодаря прямому бактерицидному действию. Кверцепрост может применяться в комплексной терапии хронического простатита, синдрома хронической тазовой боли и доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Альтернативные биомаркеры

У пациентов с промежуточным повышением ПСА могут применяться альтернативные биомаркеры. *Это 4К-Panel* – «панель четырех калликреинов», в которой кроме ПСА оценивается также свободный PSA, интактный PSA и еще один родственный фермент под названием hK2. Широко применяется в США, хотя получил одобрение FDA только в декабре 2021 года. Основным назначением является определение показаний к биопсии предстательной железы (>7,5%).

Всем известен *индекс здоровья предстательной железы (PHI)*, а также ПСА3-некодирующая РНК, выделяемая клетками рака предстательной железы; этот маркер определяется в моче, полученной после массажа предстательной железы.

Стоит отметить, что пальцевое ректальное исследование в настоящее время не несет диагностической ценности. Доказано, что среди всех выявленных случаев рака предстательной железы в 86% при пальпации изменений не было. Поэтому наиболее ценным инструментом является *мультипараметрическая магнитно-резонансная томография (мпМРТ)*, которую необходимо выполнять до биопсии предстательной железы.

Это важно по следующим причинам:

- после мпМРТ биопсия может и не понадобиться (PI-RADS 1-2);
- данные мпМРТ позволят урологу выполнить прицельную биопсию, повысить точность диагностики;
- полученные снимки можно использовать в дальнейшем для стадирования рака, если он подтвердится, и планирования операции.

Биопсия предстательной железы может выполняться из двух доступов – трансректально и трансперинеально.

Различают:

- случайную (рандомную) биопсию, в ходе которой получают материал из 6-14 точек, выбранных схематически или в произвольном порядке;
- сатурационную биопсию из 20 и более точек; ■

- fusion биопсию или прицельное получение материала из подозрительных очагов, выявленных при мпМРТ;
- роботическая биопсия;
- биопсия в шахте томографа;
- биопсия предстательной железы на основании данных ультразвукового 3D моделирования.

Следует помнить, что инвазивная диагностика имеет достаточно рисков и осложнений в виде кровотечения, боли, гемоспермии, гематурии, задержки мочи и инфекционных осложнений.

В заключении Тарас Валерьевич подчеркнул, что нередко различные заболевания предстательной железы могут сосуществовать у одного того же пациента, что затрудняет дифференциальную диагностику. В дифференциальной диагностике помогает повторное определение уровня PSA, использование альтернативных серологических маркеров и магнитно-резонансная томография.

При наличии показаний антибиотикотерапия и патогенетическая терапия хронического простатита и гиперплазии предстательной железы перед биопсией предстательной железы снижают частоту осложнений, а в ряде случаев приводят к снижению уровня PSA и позволяют исключить показания к биопсии. ■

Материал подготовлен командой Уровес



QUERCEPROST

КВЕРЦЕПРОСТ

Простатотропный
антиоксидантный комплекс



Применение Кверцепроста, содержащего кверцетин, нарингин и ликопин, синергично ингибирующих бактериальное «чувство кворума», препятствует образованию биопленок и снижает частоту рецидивов ХП

Простатотропный антиоксидантный комплекс

Для повышения эффективности антибактериальной терапии хронического простатита:



Содержит максимально разрешенную суточную дозу кверцетина (100 мг), рекомендованного EAU для комплексной терапии простатита¹



Кверцетин ингибирует эффлюксный насос – один из основных факторов устойчивости к фторхинолонам²



Действует синергично с антибиотиками, усиливая их действие в отношении резистентных возбудителей³



Оказывает противовоспалительное и иммуномодулирующее действие⁴



Снижает окислительное повреждение клеток простаты на фоне применения антибактериальных препаратов⁵

Состав:

Наименование	Содержание в 2 капсулах	% от уровня потребления
Ликопин	10	200 ^{1,*}
Селен	0,07	100 ²
Кверцетин	100	333 ^{1,*}
Цинк	12	80 ²
Нарингин	200	100 ¹

*Не превышает допустимый уровень потребления.

Рекомендации по применению:

мужчинам по 2 капсулы в день во время еды. Продолжительность приема – 1 месяц. При необходимости прием можно повторить.

Область применения:

рекомендуется в качестве биологически активной добавки к пище – дополнительного источника селена, цинка, источника ликопина, кверцетина и нарингина.

¹ <https://uroweb.org/guidelines/chronic-pelvic-pai>.

² <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31493142/>

³ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2656388/>

⁴ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32751373/>

⁵ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25929518/>

Тенденции назначения препаратов при ДГПЖ. Результаты опроса урологов РФ



Шадеркина В.А.
научный редактор Uroweb.ru, Москва

С 01.02.24 по 30.03.24 командой Уровеб проводился опрос российских урологов по тенденциям назначений препаратов в лечении ДГПЖ. Опрос проводился методом онлайн-анкетирования, что позволило охватить широкий спектр специалистов. В анкете были включены вопросы о предпочтениях в назначении различных групп препаратов, а также о факторах, влияющих на выбор того или иного лекарства.

Общие данные об участниках опроса

Всего было опрошено 298 урологов из различных регионов Российской Федерации.

В опросе приняли участие урологи различного возраста и опыта, что позволяет получить более полное представление о текущих тенденциях в назначении препаратов при ДГПЖ. Возрастной диапазон участников охватывал как молодых специалистов, так и опытных врачей:

- Возраст до 35 лет: 24,5% участников
- Возраст 35-50 лет: 34,9% участников
- Возраст старше 50 лет: 40,6% участников

Урологи, участвовавшие в опросе, указали тип лечебного учреждения, в котором они работают основное время:

- Поликлиника 32,6%
- Стационар 34,6%
- Частный/коммерческий центр 32,6%

Эти данные свидетельствуют о широком охвате и репрезентативности результатов опроса, что позволяет использовать их для формирования общих тенденций в лечении ДГПЖ в Российской Федерации.

На урологический прием пациенты попадают преимущественно самостоятельно с жалобами (92,6%), обращаются после выписки из стационара (33,9%), по настоянию родственников или коллег (37,9% и 45%). Информацию из интернета как причину обращения указали 27,5% участников опроса (рис. 1).



Рис. 1. Как пациенты с СНМП (мужчины) попадают к Вам на прием?

Результаты опроса

В ходе опроса урологов был задан вопрос **об использовании шкалы IPSS (International Prostate Symptom Score)** для конкретизации жалоб пациентов и выбора лечения. На диаграмме представлено распределение ответов урологов на вопрос об использовании IPSS:

1. **Широкое применение IPSS.** Большинство урологов (36,9%) ответили, что они всегда используют шкалу IPSS в своей практике. Это подчеркивает важность стандартизированного подхода к оценке симптомов ДГПЖ. ■

2. **Частичное применение.** Часть урологов (32,6%) используют IPSS в более половине случаев, 23,9% урологов – очень редко, менее, чем в 10% случаев, что может зависеть от специфики пациента или клинической ситуации.

3. **Отказ от использования.** Небольшая доля урологов (например, 10%) не применяют IPSS. Целью опроса не было уточнение причин использования или неиспользования тех или иных диагностических методов, однако полученная информация является достаточно интересной из-за того, что анкета IPSS входит во все клинические рекомендации мировых и отечественных урологических сообществ. Возможно, выбравшие этот пункт участники опроса применяют альтернативные методы оценки мочеиспускания или у них имеется недостаток информации о преимуществах этой шкалы. В целом, диаграмма показывает, что шкала IPSS является важным инструментом в практике российских урологов, способствуя более точной диагностике и выбору оптимального лечения для пациентов с ДГПЖ (рис. 2).

298 ответов



Рис. 2. Используете ли Вы IPSS для конкретизации жалоб и выбора лечения?

При выборе альфа-1-адреноблокаторов для лечения пациентов с ДГПЖ подавляющее число врачей руководствуются личным опытом (81,2%), мнением авторитетного врача (47,3%), мнением других коллег (19,8%) и фактором того, что уже принимает пациент (35,9%) (рис. 3).

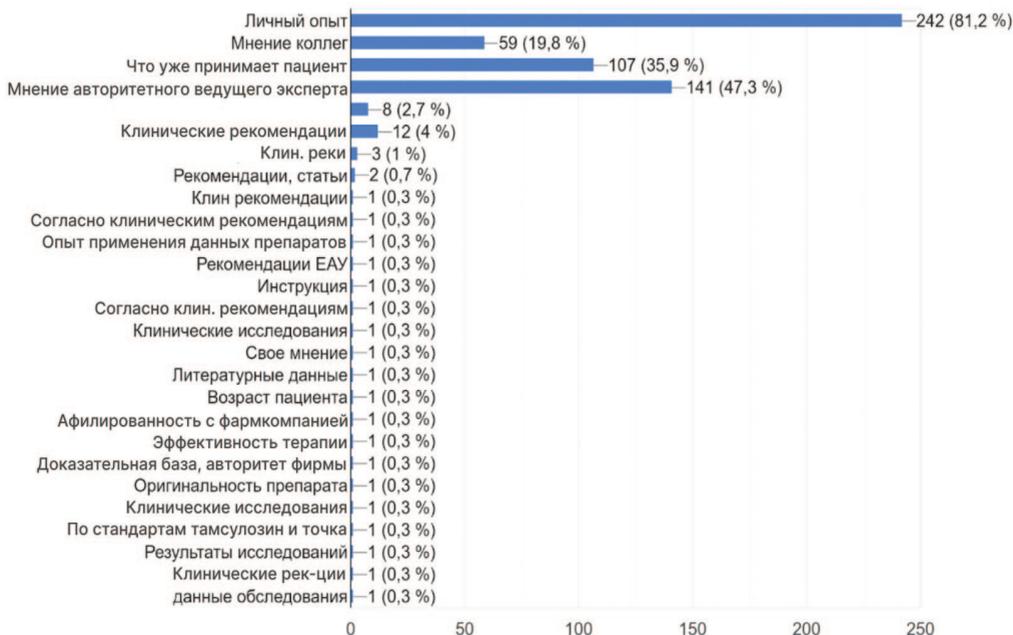


Рис. 3. Какие факторы со стороны врача влияют на выбор альфа-1-адреноблокатора?

Со стороны пациента выбор того или иного альфа-1-адреноблокатора зависит от того, какой препарат уже принимает пациент (57%), возраст (43%), сопутствующие заболевания (63,8%) и материальное положение (37,8%) (рис. 4). ■

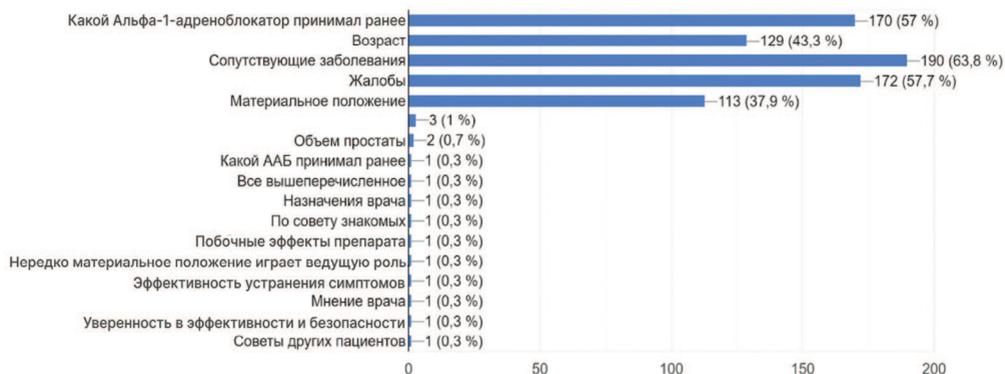


Рис. 4. Какие факторы со стороны пациента влияют на выбор альфа-1-адреноблокатора?

При назначении альфа-1-адреноблокатора 97% участников опроса ответили, что учитывают сопутствующие заболевания пациента, 3% ответивших не учитывают этот фактор. Неоднократно на многочисленных профессиональных урологических мероприятиях, вебинарах, разборах клинических случаев спикеры обращают внимание на необходимость сбора полного анамнеза пациента, так как альфа-адреноблокаторы могут взаимодействовать с имеющимися заболеваниями и сопутствующей терапией, что может привести к нежелательным побочным эффектам и снижению эффективности лечения. Необходимо помнить о гипотензии, особенно в ортостазе, которую могут вызвать неселективные альфа-адреноблокаторы, что представляет особую опасность для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Резкое снижение артериального давления может привести к развитию ишемии миокарда или нарушению мозгового кровообращения, особенно у пожилых пациентов. Есть особенности взаимодействия селективных и неселективных альфа-адреноблокаторов с другими препаратами, назначаемыми по поводу сопутствующих заболеваний, поэтому индивидуальная оценка состояния здоровья пациента и анализ его анамнеза необходимы для минимизации рисков и обеспечения безопасности при использовании альфа-адреноблокаторов в терапии симптомов нижних мочевых путей, обусловленных доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Как видно из опроса, подавляющее большинство урологов принимают во внимание анамнез заболевания и жизни пациента (рис. 5).

298 ответов

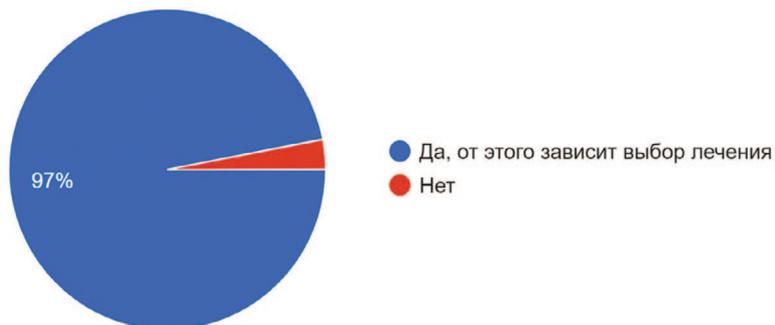


Рис. 5. При назначении альфа-1-адреноблокаторов Вы спрашиваете пациента о сопутствующих заболеваниях?

Каждая группа препаратов обладает характерными побочными эффектами, которые важно учитывать при выборе терапии.

Неселективные альфа-адреноблокаторы блокируют как α_1 -, так и α_2 -адренорецепторы, что определяет их широкий спектр действия и побочных эффектов:

- Ортостатическая гипотензия – один из наиболее частых и значительных побочных эффектов, обусловленный системным снижением сосудистого тонуса. Это особенно важно для пациентов пожилого возраста и пациентов с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями.

- Рефлекторная тахикардия – возникает в ответ на снижение артериального давления. Тахикардия может усугублять состояние пациентов с ишемической болезнью сердца или хронической сердечной недостаточностью.

- Головокружение и обмороки – эти симптомы связаны с ортостатической гипотензией и могут ухудшать качество жизни пациентов, увеличивая риск падений и травм.

- Заложенность носа – блокада α -адренорецепторов в слизистой оболочке носа может приводить к вазодилатации и повышению проницаемости сосудов, что вызывает заложенность носа.

- Ретроградная эякуляция – у некоторых пациентов возможно нарушение нормальной эякуляции, при которой семенная жидкость забрасывается в мочевиной пузырь.

Селективные альфа-адреноблокаторы

Селективные альфа-адреноблокаторы преимущественно действуют на α_1 -адренорецепторы, что позволяет снизить частоту и тяжесть некоторых побочных эффектов, характерных для неселективных препаратов. Тем не менее, они также имеют ряд специфических побочных явлений:

- Слабая ортостатическая гипотензия – хотя этот эффект выражен в гораздо меньшей степени по сравнению с неселективными альфа-адреноблокаторами, он все же может проявляться у отдельных пациентов, особенно в начальный период лечения.

- Эякуляторная дисфункция – при использовании селективных α_1A -адреноблокаторов (таких как тамсулозин, силодозин) отмечается частое развитие ретроградной эякуляции, что связано с их специфическим воздействием на гладкую мускулатуру предстательной железы и семявыносящих протоков.

- Головная боль и головокружение – связаны с воздействием на центральные α_1 -адренорецепторы и снижением артериального давления, хотя их выраженность обычно меньше, чем при использовании неселективных препаратов. ■

Как видно из результатов опроса при назначении альфа-1-адреноблокаторов урологи больше всего опасаются влияния на сердечно-сосудистую систему, а именно снижения артериального давления (93%), нарушений эякуляции (47%), аллергических реакций (27,2%) (рис. 6). Причины, по которым врач прекратит или ограничит назначение альфа-1-адреноблокатора отражены на рисунке 7.

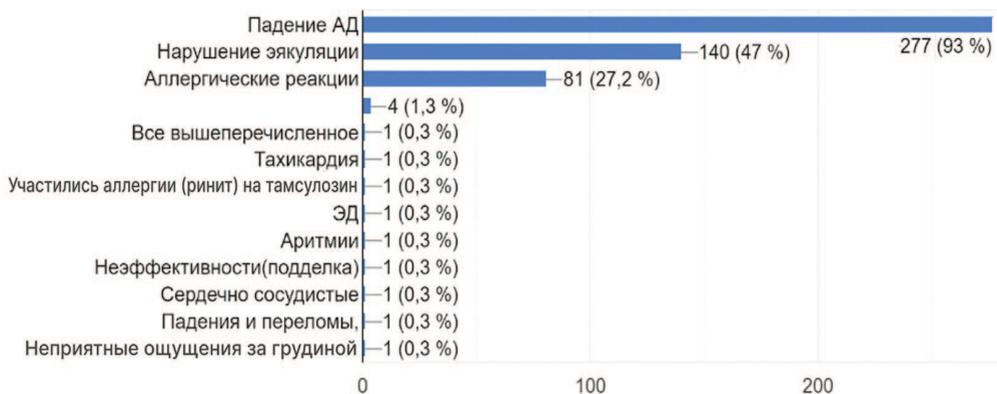


Рис. 6. Каких побочных эффектов альфа-1-адреноблокаторов Вы опасаетесь?

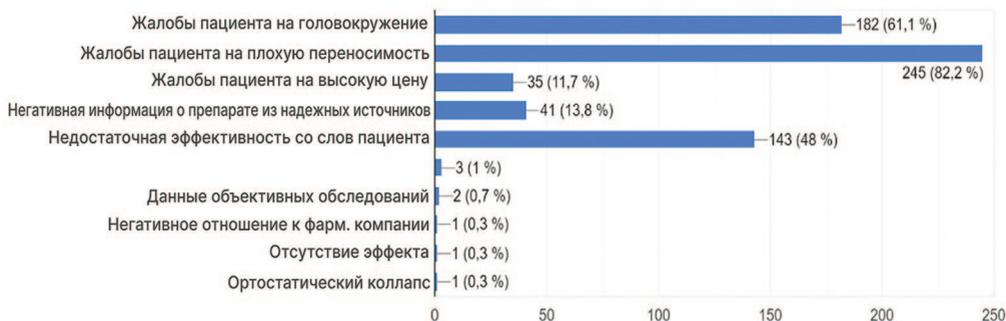


Рис. 7. В каком случае Вы прекратите или резко ограничите назначение конкретного бренда альфа-1-адреноблокатора?

Несмотря на проведенное в 1996-1998 гг. исследование ALLNAT – масштабное рандомизированное исследование, посвященное лечению пациентов с гипертонической болезнью и тестированию новых антигипертензивных препаратов и широкое освещение его результатов, многие урологи продолжают использовать неселективные альфа-1-адреноблокаторы для коррекции артериальной гиперто-

нии, что противоречит клиническим рекомендациям (рис. 8). Напомним, что в исследовании ALLHAT принимали участие плацебо и 4 препарата разных классов — амлодипин, лизиноприл, хлорталидон и доксазозин. В целом было установлено, что новые препараты не имеют существенных преимуществ перед старыми и намного более дешевыми, а доксазозин имеет существенные недостатки (его испытание было прекращено досрочно ввиду высокой смертности и заболеваемости). В настоящее время клинические рекомендации склоняются к использованию селективных альфа-адреноблокаторов, таких как тамсулозин, для лечения пациентов с ДГПЖ, особенно в сочетании с артериальной гипертензией. Это связано с более благоприятным профилем безопасности и меньшей вероятностью развития ортостатической гипотензии и других нежелательных эффектов.

298 ответов



Рис. 8. Пациент с СНМП страдает АГ, это повлияет на выбор альфа-1-адреноблокатора?

Некоторые исследования показывают, что альфа-1-адреноблокаторы могут иметь положительное влияние на эректильную функцию, особенно у пациентов, у которых эректильная дисфункция ассоциирована с симптомами нижних мочевых путей (СНМП), связанными с ДГПЖ. Улучшение уродинамических параметров и снижение симптомов обструкции может способствовать улучшению общего состояния пациента, что косвенно влияет на сексуальную функцию. Ситуация с наличием у пациента с ДГПЖ эректильной дисфункции демонстрирует, что большая часть урологов (54%) не выберет другой альфа-1-адреноблокатор из-за эректильной дисфункции у пациента (рис. 9).

Часть вопросов в анкетировании касалась непосредственно организации выписки рецептов на препараты. Так, 18,1% урологов всегда выписывают препараты только ■

298 ответов

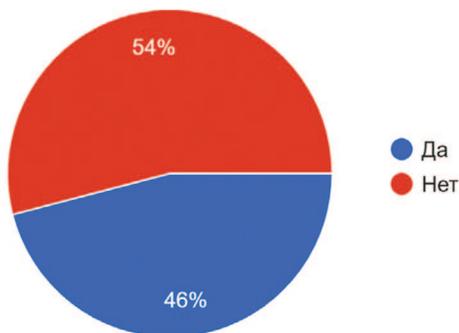


Рис. 9. Пациент с СНМП страдает ЭД, это повлияет на выбор альфа-1-адреноблокатора?

по международному непатентованному названию (МНН), 21,5% – в 50% случаев, в 13,8% – в 30% случаев. Рекомендуют только бренды – 18,8% урологов (рис. 10). В ряде клинических ситуаций врачи все же назначают пациентам с СНМП/ДГПЖ генерики, в пользу которых говорит низкая стоимость, хорошее качество, известные бренды (рис. 11).

298 ответов

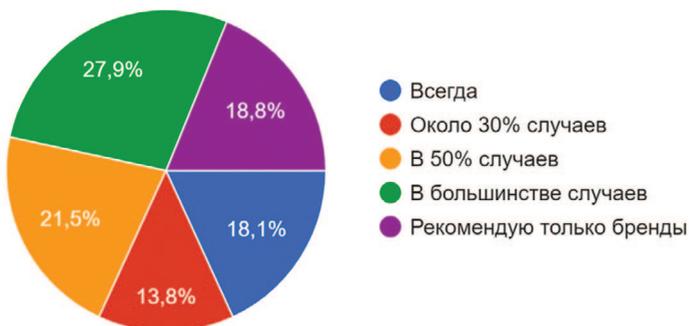


Рис. 10. Как часто Вы назначаете препараты по МНН?

Что касается назначения конкретных препаратов, то пациентам с СНМП 50-60 лет и 70+ лет 66,4% и 66,8% урологов назначат тамсулозин (рис. 12, 13). Причиной для смены альфа-1-адреноблокатора могут быть недостаточная эффективность (75,5%), побочные эффекты (77%), высокая стоимость (12,1%) (рис. 14).

Интересным является способ выписки препарата – выписывают рецепт по установленной форме почти 30% врачей, распечатывают рекомендации из электронной карты 57,4%, пишут на бумажке название 43% врачей (рис. 15).

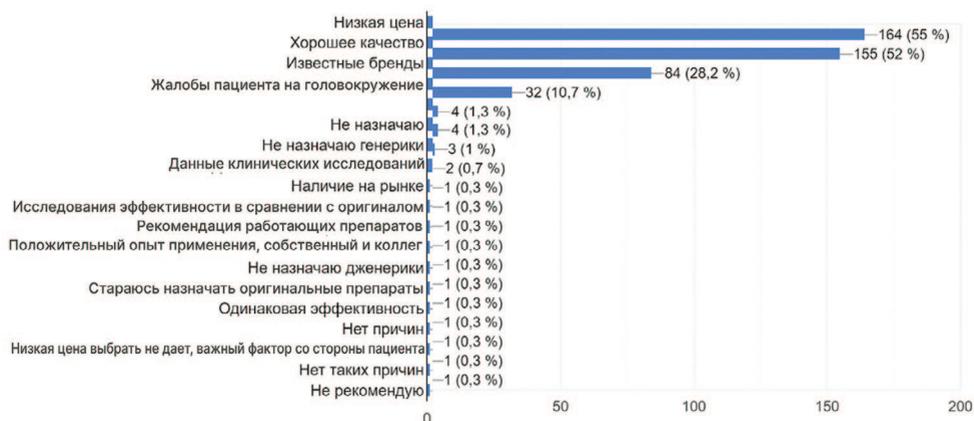


Рис. 11. Причина назначения дженериков пациентам, которые покупают препараты за свои деньги

298 ответов

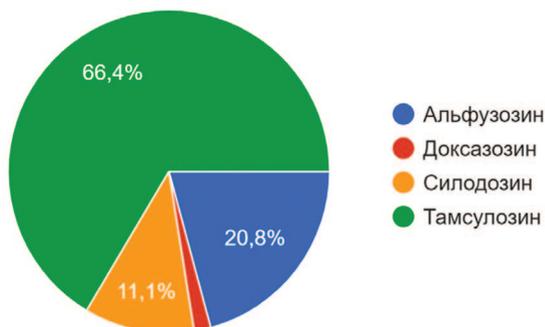


Рис. 12. Пациент с СНМП 50-60 лет – какой альфа-1-адреноблокатор назначите?

298 ответов

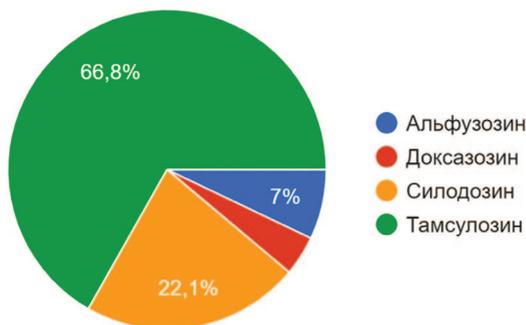


Рис. 13. Пациент с СНМП 70+ лет – какой альфа-1-адреноблокатор назначите?

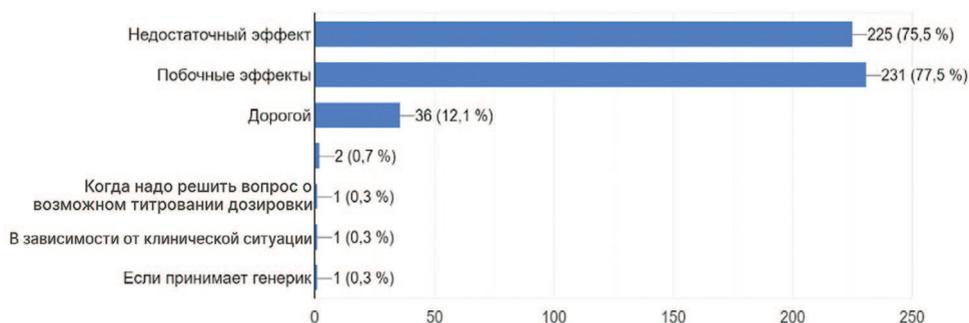


Рис. 14. В каких случаях Вы меняете альфа-1-адреноблокатор

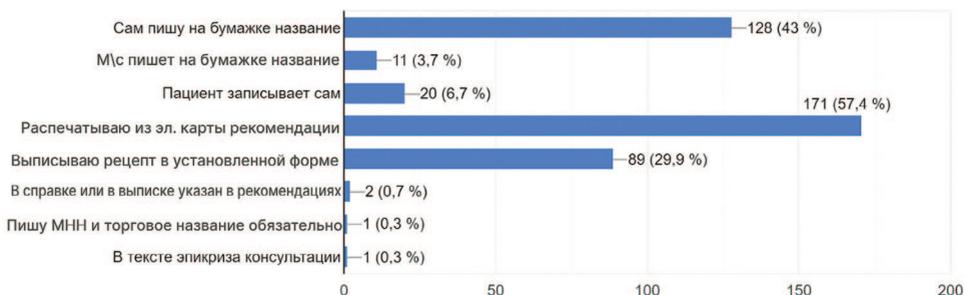


Рис. 15. Как Вы рекомендуете препарат пациенту

Обсуждение

Назначение альфа-1-адреноблокаторов в урологической практике требует строго следования клиническим рекомендациям, направленным на обеспечение эффективности лечения и минимизацию риска побочных эффектов.

Согласно результатам опроса, урологи, в основном, придерживаются ряда требований при выборе тактики ведения пациентов с СНМП/ДГПЖ.

Большинство урологов перед началом терапии собирают полный медицинский анамнез пациента, включая наличие сопутствующих заболеваний, таких как артериальная гипертензия, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и другие состояния, которые могут влиять на выбор препарата.



Около 70-80% урологов проводят объективную оценку тяжести симптомов ДГПЖ, используя международные шкалы, такие как Международный простатический симптоматический индекс (IPSS), однако остаются специалисты по разным причинам не использующие этот инструмент в диагностике ДГПЖ. В данном опросе не проводилось изучение применения шкалы IPSS с целью контроля симптомов в ходе лечения, что тоже было очень интересно.

Подавляющее количество урологов отдают предпочтение селективным альфа-1-адреноблокаторам (например, тамсулозину), так как они обеспечивают эффективное снижение симптомов СНМП/ДГПЖ с меньшим риском системных побочных эффектов, таких как ортостатическая гипотензия.

Остаются врачи, которые при сопутствующей артериальной гипертензии рекомендуют прием неселективных альфа-1-блокаторов с целью одновременного воздействия на СНМП и на артериальную гипертензию. Со стороны побочных эффектов урологи особое внимание уделяют гипотензии, ретроградной эякуляции. Смена одного альфа-1-адреноблокатора на другой может произойти только из-за выраженных побочных явлений, недостаточной эффективности препарата или его высокой стоимости для пациента.

Выводы

Необходимо продолжить информирование урологов о проводимых исследованиях применения альфа-1-адреноблокаторов при СНМП/ДГПЖ и их результатах. Обратит внимание урологов не целесообразность применения неселективных альфа-1-адреноблокаторов для лечения пациентов с СНМП/ДГПЖ и артериальной гипертензией.

Наиболее часто назначаемым альфа-1-адреноблокатором у пациентов всех возрастов и с любой сопутствующей патологией является тамсулозин, который зарекомендовал себя как препарат с хорошей эффективностью и высокой степенью безопасности. ■

*Подготовила Шадеркина В.А.,
научный редактор Uroweb.ru, Москва*

Интерстициальный цистит как соматоформная диссоциация: роль жестокого обращения в анамнезе пациента



Мелехин А.И.

К.п.н., доцент, профессор Российской Академии Естествознания, клинический психолог высшей квалификационной категории, сомнолог-консультант, когнитивно-поведенческий терапевт, психоаналитик психосоматической ориентации (Парижская школа, IPSO), психоонколог, телесно-ориентированный терапевт и психодерматолог, Москва

Рекуррентный интерстициальный цистит (ИЦ) — это хроническое заболевание по сей день неопределенной этиологии, которое характеризуется острой, частой и надлобковой болью, связанной с наполнением мочевого пузыря, дискомфортными генитальными ощущениями и спектром избегающего, перестраховочного поведения. Частыми рецидивами, сниженным положительным ответом на назначенное медикаментозное лечение. Развитием у пациентов зависимости от антисептиков, спазмолитиков и антибактериальной терапии широкого спектра, что ставит многих специалистов в тупик по тактике облегчения страдания и улучшения качества жизни.

В знаменитом метаанализе сообщалось о специфических последствиях травматического воздействия у пациентов с ИЦ [5]. Например, воздействие сексуального насилия (принужденный секс, незащищенный секс) было связано с большей чувствительности к боли и увеличением количества симптомов мочеиспускания в дальнейшем, хотя некоторые считают эту взаимосвязь незначительной. Женщины, подвергшиеся психологической травме в детстве со стороны близких людей, проявляли большую тревожность, диссоциативные тенденции, повышенную гиперактивность мочевого пузыря, склонность к бактериальному вагинозу, что позволяет предположить, что психосоциальные факторы могут влиять на симптомы у этой подгруппы пациентов, которую называют «Чувствительные к боли и воспалению фенотипу» (Widespread Pain Phenotype, WPP [3]). Несмотря на хорошо известную связь



между ИЦ и воздействием жестокого обращения (например, [2]), до сих пор не проведено исследование распространенности и последствий посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) при ИЦ в России. Симптомы могут развиваться немедленно, имеют отсроченное начало и повторяются в разных точках, когда активизируются событием, которое служит напоминанием о первоначальной, вытесненной, забытой психологической травме.

Согласно статистическим данным частота АМЛ в популяции составляет 0,13-0,44%. Соотношение мужчин и женщин 1:2. 80% диагностируемых случаев являются спорадическими. 20% связаны с генетическими синдромами, такими как туберозный склероз и лимфангиолейомиоматоз.

При хронических болевых состояниях, которые имеют сходные характеристики с ИЦ, ассоциируется с повышенной реакцией на вызванную боль и гиперреактивностью на стрессовые раздражители, что приводит к увеличению хронизации и ухудшению клинической картины. Предполагается, что ПТСР и хроническая боль, воспаление поддерживают друг друга с помощью общих механизмов, таких как хроническое перевозбуждение и пребывание в режиме гипербдительности [1].

На сегодняшний день нам еще предстоит понять, какую роль играет ПТСР в развитии ИЦ, хотя это может иметь важное клиническое и исследовательское значение, поскольку урологическая помощь может активизировать или вскрыть симптомы ПТСР. Кроме того, мы не знаем, ухудшает ли ПТСР проявление симптомов при ИЦ или как ПТСР соотносится с различными фенотипами ИЦ. Сделаем акцент еще раз, что травматический стрессовый опыт, такой как сексуальное, эмоциональное и физическое насилие в онтогенезе пациента (не только в детстве), считается фактором риска развития рекуррентного и рефрактерного течения цистита.

Сообщается о более высоких показателях сексуального насилия среди данной группы пациентов, другие отмечают более высокие показатели физического насилия и эмоционального давления [4;5]. Проблема психометрического измерения травматического стресса у женщин с циститом влияет на предполагаемые ■

показатели распространенности. Это также затрудняет оценку роли этого психологического фактора и его влияния на проявление урологических симптомов и психических состояний (например, соматической диссоциации) и расстройств (тревожный спектр, ПТСР, соматоформное расстройство). Применяя стандартизированный диагностический инструментарий, принятый в клинической психологии, мы пересматриваем распространенность широкого спектра потенциально травмирующих событий у женщин с ИЦ. Кроме того, мы исследуем их влияние на тяжесть симптомов ИЦ и психические симптомы, включая негативные последствия (тревогу, депрессию) и симптомы, связанные с травмой (диссоциация).

Дизайн, материалы и методы исследования

Проспективное исследование, случай-контроль. В исследование приняли участие 95 пациенток, которые соответствовали диагностическим критериям ИЦ (NIDDK), и 95 девушек, которые были выбраны случайным образом, в качестве контрольной группы без урогинекологических нарушений. Все пациенты с ИЦ были обследованы врачами с помощью цистоскопической гидродистензии, и у всех у них была различная степень выраженности гломеруляций. У пациентов основной группы наблюдаются следующие диагнозы: соматоформная вегетативная дисфункция мочеполовой системы (F45.34); психологические факторы при хроническом рецидивирующем цистите (F54); рецидивирующее депрессивное расстройство, эпизод средней тяжести (F33.1). Применялись следующие методики: Brief Betrayal-Trauma Survey (BBTS), Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI). Для оценки специфики диссоциации применялись Traumatofom Dissociation Questionnaire (TDQ) и Somatofom Dissociation Questionnaire (SDQ-20). Полученные данные были проанализированы с использованием t-критерия и корреляции Пирсона.

Результаты

Демографические данные показывают, что средний возраст пациентов составляет $37,38 \pm 9,6$ (табл. 1).

Таблица 1. Распространенность потенциально травмирующих событий

Форма травмы	Пациенты с ИЦ (основная группа)	Контрольная группа
Тяжелая травма от предательства		
Свидетель того, как на людей нападают	18%	6%
Свидетель того, как люди нападают на других	29%	7%
Физическое насилие	28%	5%
Сексуальное насилие	13%	3%
Эмоциональное насилие	43%	12%

Распространенность физических нападений и эмоциональных жестокое обращение со стороны близких пациентов наблюдалось в 18% и 29% случаев по сравнению с контрольной группой.

Более высокая доля пациентов с ИЦ сообщили об эмоциональном и физическом насилии в анамнезе, чем в контрольной группе ($p < 0,001$). Общая распространенность тяжелой травмы от предательства со стороны значимого другого человека (матери, молодого человека, мужа) у пациентов с ИЦ значительно увеличилась по сравнению с контрольной группой (43% по сравнению 12%, $p < 0,01$). Наблюдаются различия в урологических симптомах между признанными или отрицаемыми межличностными травмами, в форме боли и зуда, и психологического профиля состояния пациенток (табл. 2).

Корреляционный анализ и значение t показали положительную корреляцию между симптомами ИЦ и соматоформной диссоциацией ($P < 0,01$), диссоциативными симптомами, которые феноменологически затрагивают тело и включают снижение вплоть до полной потери сенсорного восприятия и/или моторного контроля (негативная соматоформная диссоциация), а также непроизвольное восприятие сенсорного опыта. Мы знаем, что двигательная заторможенность и анестезия/обезболивание являются «классическими» соматоформными диссоциативными симптомами, которые похожи на защитные реакции животных на серьезную угрозу и травму. Среди более широкого спектра соматоформных диссоциативных симптомов также можно отнести урогинекологические симптомы. ■

Таблица 2. Специфика урологических проявлений и психического функционирования у пациентов с ИЦ

Параметры оценки	Пациенты с ИЦ, отмечающие наличие межличностной травмы в отношениях	Пациенты с ИЦ, отрицающие наличие межличностной травмы в отношениях	Группа сравнения	
	M±SD	M±SD	T	p
Симптомы				
Боль	5,52±3,1	6,89±3,5	2,34	0,05
Позыв и его срочность	5,75±2,01	5,9±2,5	0,44	0,84
Дискомфорт в мочевом пузыре	19,41±5,33	19,3±6,3	0,42	0,68
Жжение	12,7±3,69	12,5±3,7	0,71	0,66
Зуд	12,2±3,13	11,2±2,76	2,39	0,05
Особенности психического функционирования				
Наличие и степень выраженности тревоги (BAI)	14,7±10,3	10,1±7,11	8,74	0,01
Наличие и степень выраженности депрессии (BDI)	22,1±11,61	14,3±9,54	9,73	0,01
Травматоформная диссоциация (TDQ)	38,55±13,47	30,2±5,62	6,11	0,01
Соматоформная диссоциация (SDQ)	33,82±8,61	27,8±5,31	7,65	0,01

Корреляционный анализ с использованием коэффициентов простой и множественной регрессии и значения t показал положительную корреляцию между депрессией и высокой травмой от предательства у пациентов с ИЦ. Показана связь между травматическим опытом, симптомами тревоги и соматоформной диссоциацией у пациенток с ИЦ.

Интерпретация результатов Женщины с ИЦ чаще сталкивались с различными травматическими переживаниями. Кроме того, была также отмечена положительная корреляция между пациентками с интерстициальным циститом, перенесшими жестокое обращение и депрессией, тревогой в анамнезе. В основе предполагаемого механизма влияние травматических переживаний на ИЦ

лежит гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система (ГГН-ось) [1]. Данная ось управляет реакциями на стресс и влияет на восприятие боли и подверженность к частым воспалительным реакциям. Было показано, что ранние травмы, отсутствие заботы или жестокое обращение изменяют способность данной оси функционировать гибко, что приводит к дисфункциональным реакциям гипоталамуса и гипофиза на стресс, боль и ситуации неопределенности. Этот процесс происходит из-за сенсibilизации и усиления регуляции реакции на стресс, опосредованной ГГН-осью, после перенесенных травм, событий или неблагоприятного опыта в анамнезе. Одним из побочных эффектов дисфункции ГГН-оси и сенсibilизации является обострение функциональных болевых расстройств, которые влияют на мочеполовую и желудочно-кишечную системы. Ось «мочевой пузырь-кишечник-мозг» используется для объяснения феномена, при котором дисфункциональная реакция сенсibilизированной центральной нервной системы на стресс может приводить к искаженному восприятию боли, способствуя функциональным нарушениям мочевого пузыря и кишечника в процессе это называется «фальсификацией сигнала тревоги». В этот процесс вовлечена гиперактивация тучных клеток, которые очень чувствительны к активации ГГН-оси, экспрессируя большое количество рецепторов для основных продуктов данной оси, таких как фактор высвобождения кортикотропина. Прошлые травмы и неблагоприятный опыт детства были связаны с повышенной экспрессией и аномальная выработка кортикотропина, потенциально вызывающая каскад активации тучных клеток в ответ на стресс [6]. Возникающая в результате этого гиперактивация тучных клеток приводит к местным воспалительным изменениям в мышечной ткани, как описано ниже. Следующим предполагаемым механизмом, расширяющим ГГН ось, объясняющим взаимосвязь между ПТСР и ИЦ, является активация и дегрануляция тучных клеток. Тучные клетки представляют собой гетерогенную популяцию гранулоцитарных клеток иммунной системы и играют важную роль в нейроиммунологической передаче сигналов, поскольку они действуют как центрально, так и периферийно. Увеличение высвобождения кортикотропина в условиях хронического стресса вызывает активацию тучных клеток уротелия [1].

Последняя убедительная гипотеза известна как теория посттравматических расстройств, связанных с нарушением регуляции окситоцина [1]. Она ■

привлекает внимание к сопутствующим психологическим и физическим заболеваниям и может объяснить повышенную частоту этих расстройств именно среди женщин. Как и ГН-ось, это явление также было идентифицировано как часть оси мочевой пузырь-кишечник-мозг. Окситоцин – это нейропептид, который, являясь одновременно нейромедиатором и паракринным гормоном, регулирует множество психологических, социальных и физических функций: привязанность и аффилиацию, включая материнское поведение и формирование межличностных отношений; регуляция стресса и память в стрессовых условиях; и сократительной способности гладкой мускулатуры для процессов пищеварения, половой жизни, восстановления продуктивности и лактации. На самом базовом уровне окситоцин является основным регулятором сокращения гладкой мускулатуры. Общеизвестно, что чрезмерная нервозность, беспокойство или неприятные ситуации часто могут вызывать симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта. Регуляция уровня окситоцина работает как механизм обратной связи, по которому рецепторы гладкой мускулатуры в желудочно-кишечном тракте реагируют на сигналы, поступающие из мозга. Повышенный уровень окситоцина приводит к усилению перистальтики желудочно-кишечного тракта, что приводит к тошноте, рефлюксу, диарее, сильным рвотным позывам, усиленному сокращению мочевого пузыря, что приводит к недержанию мочи, и сокращению матки, которое может проявляться в виде физического дискомфорта или даже преждевременных родов. Травма, тяжелое ПТСР и депрессия связаны с очень высоким или более пульсирующим уровнем окситоцина. В свете этого было показано, что все, что нарушает хрупкий баланс между мозгом и мочеполовой, репродуктивной и желудочно-кишечной системами, может вновь вызвать ПТСР или посттравматические симптомы. Например, расстройство желудочно-кишечного тракта после употребления испорченных продуктов, грудного вскармливания, приема медицинских препаратов или запрещенных наркотиков или просто объятия близкого друга, партнера, сексуальные отношения могут нарушить баланс окситоцина и, таким образом, спровоцировать это переживание. из-за травмирующего события в прошлом, поскольку колебания уровня эндогенных гормонов имитируют гормональный дисбаланс, вызванный травмой. Эти симптомы можно смягчить с помощью психотерапевтической помощи, но это зависит от способности врачей распознать эту связь у пациентов с ИЦ.



Заключение

Наши результаты свидетельствуют о том, что однократное лечение не могло оправдать ожиданий пациентов из-за сложных психологических факторов, которые следует учитывать при обследовании пациентов с рефрактерным ИЦ. Для комплексного лечения пациентов с ИЦ следует рассмотреть междисциплинарный подход и мультимодальную терапию. ■

Литература

1. Bendrick TR, Sitenga GL, Booth C, Sacco MP, Erie C, Anderson DJ, Kaye AD, Urits I. *The Implications of Mental Health and Trauma in Interstitial Cystitis*. *Health Psychol Res*. 2022 Nov 12;10(4):40321. doi: 10.52965/001c.40321.
2. Chiu C-D, Lee M-H, Chen W-C, Ho HL, Wu H-C. *Childhood trauma perpetrated by close others, psychiatric dysfunction, and urological symptoms in patients with interstitial cystitis/bladder pain syndrome*. *J Psychosom Res*. 2017;93:90–95
3. Farrar J, Locke K, Clemens J, Griffith J, Harte S, Kirkali Z, Kreder K, Krieger J, Lai HH, Moldwin R, Mullins C, Naliboff B, Pontari M, Rodríguez L, Schaeffer A, Stephens-Shields A, Sutcliffe S, Taple B, Williams D, Landis J. *Widespread Pain Phenotypes Impact Treatment Efficacy Results in Randomized Clinical Trials for Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome: A MAPP Network Study*. *Res Sq [Preprint]*. 2023 Feb 23;rs.3.rs-2441086. doi: 10.21203/rs.3.rs-2441086/v1.
4. McKernan LC, Johnson BN, Reynolds WS, Williams DA, Cheavens JS, Dmochowski RR, Crofford LJ. *Posttraumatic stress disorder in interstitial cystitis/bladder pain syndrome: Relationship to patient phenotype and clinical practice implications*. *Neurourol Urodyn*. 2019 Jan;38(1):353-362. doi: 10.1002/nau.23861.
5. McKernan LC, Walsh CG, Reynolds WS, Crofford LJ, Dmochowski RR, Williams DA. *Psychosocial co-morbidities in interstitial cystitis/bladder pain syndrome (IC/BPS): a systematic review*. *Neurourol Urodyn*. 2018;37:926–941
6. Nickel JC, Tripp DA, Pontari M, Moldwin R, Mayer R, Carr LK, Doggweiler R, Yang CC, Mishra N, Nordling J. *Childhood sexual trauma in women with interstitial cystitis/bladder pain syndrome: a case control study*. *Can Urol Assoc J*. 2011 Dec;5(6):410-5. doi: 10.5489/cuaj.11110.

ПОРТАТИВНЫЙ УРОФЛОУМЕТР «ФЛОУСЕЛФИ»

- › Портативный урофлоуметр для использования в амбулаторных и домашних условиях
- › Возможность суточного мониторинга нарушений мочеиспускания
- › Автоматическое построение дневника мочеиспускания
- › Возможность использования в режиме взвешивания



40 000 руб.



Описание

- Соответствует лабораторному оборудованию
- Результат – моментально
- В памяти прибора можно хранить 50 урофлоуграмм – 128 кБ
- Результаты легко отправить врачу через любой мессенджер, электронную почту, сохранить в формате pdf, распечатать
- Компактен, весит 160 г, легко взять в дорогу
- Количество процедур не ограничено
- Можно применять как в лечебном учреждении, так и в домашних условиях

Исследуемые параметры

1. Регистрирует дату и время начала проведения анализа.
2. Вычисляет время от начала обследования до начала мочеиспускания (время отсрочки) (в сек).
3. Вычисляет и отображает среднюю скорость мочеиспускания (в мл/с).
4. Вычисляет максимальную скорость за время мочеиспускания (в мл/с).
5. Вычисляет общий объем мочи (в мл).
6. Вычисляет общую продолжительность мочеиспускания (в сек).
7. Вычисляет общее время от начала старта мочеиспускания до выключения кнопки «СТОП».
8. Вычисляет и выводит данные в виде урофлоуграммы.
9. Сохраняет и хронологически нумерует серию урофлоуграмм в памяти мобильного устройства за период обследования.

Скачайте приложение
для Android или IOS



Редакция дайджеста:

- »» Главный редактор: Шадеркина Виктория Анатольевна
- »» Зам. главного редактора: Сивков Андрей Владимирович
- »» Шеф-редактор: Шадеркин Игорь Аркадьевич

Специальные корреспонденты:

- » Красняк Степан Сергеевич
- » Сырова Мария Руслановна
- »» Дизайн и верстка: Белова Оксана Анатольевна
- »» Корректор: Лебедева Надежда Алексеевна

Тираж 3000 экземпляров

Распространение бесплатное – Россия

Периодичность 1 раз в 2 месяца

Аудитория – урологи, онкоурологи, урогинекологи, андрологи, детские урологи-андрологи, фтизиоурологи, врачи смежных специальностей

Издательство «УроМедиа»

Адрес редакции: 105094, г. Москва, Золотая улица, 11. БЦ «Золото», офис 2512

ISSN 2309-1835

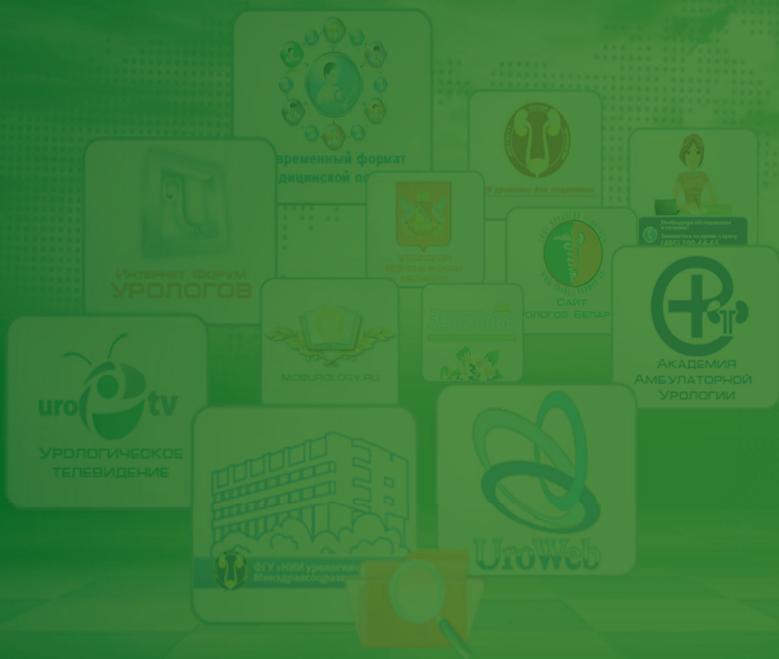
Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ № ФС77-54663 от 09.07.2013

E-mail: info@uromedia.ru

www.urodigest.ru

При полной или частичной перепечатке материалов ссылка на Дайджест обязательна! В материалах представлена точка зрения, которая может не совпадать с мнением редакции.

Ответственность за содержание рекламных материалов несет рекламодатель. Материал подлежит распространению исключительно в местах проведения медицинских или фармацевтических выставок, семинаров, конференций и иных подобных мероприятий.



Издательский дом «УроМедиа»

Москва, 2024