



28 ноября в г. Киеве состоялась научно-практическая конференция «Новое в стандартах диагностики и лечения урологических и онкоурологических заболеваний» при поддержке Министерства здравоохранения Украины, Национального института рака (г. Киев) и Общества онкоурологов Украины. Этот симпозиум предоставил ведущим специалистам страны в области урологии, нефрологии и онкологии уникальную возможность для обмена опытом и обсуждения наиболее актуальных проблем диагностики, консервативного и хирургического лечения инфекционных, метаболических и опухолевых заболеваний мочевой системы.

Вслед за традиционным приветствием членов президиума слово предоставили члену-корреспонденту НАМН Украины, директору ГУ «Институт урологии НАМН Украины» (г. Киев), руководителю отдела рентген-эндоурологии и литотрипсии, доктору медицинских наук, профессору Сергею Александровичу Возианову, который затронул тему малоинвазивных способов удаления конкрементов из мочевыводящих путей.



Профессор отметил, что в Украине в 2013 г. было зарегистрировано 291 165 случаев мочекаменной болезни (МКБ) среди взрослых пациентов и 1300 случаев у детей, а количество операций на почках и мочевыводящих путях составило 40 955. По словам С.А. Возианова, в последние годы за рубежом слепой метод захвата и удаления камней петлей признан опасным, а область его применения ограничена случаями захвата камня или его фрагментов при проведении уретроскопии. В то же время в лечебных учреждениях Украины данная методика уретролитотрипсии используется чаще всего и ассоциируется с высоким риском развития осложнений — перфорации мочеочника, невозможностью заведения петли за конкремент, отрывом мочеочника на фоне длительного стояния камня с развитием воспалительных изменений в его стенке, а также рядом проблем, обусловленных неправильной оценкой размеров конкремента. Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов (2014) методикой выбора при проведении подобного рода вмешательств можно считать экстракорпоральную ударно-волновую литотрипсию (ЭУВЛ), которая позволяет удалить более 90% камней в мочевыводящей системе. В 2013 г. в Институте урологии осуществлено 2397 сеансов ЭУВЛ, что составило 83,3% от всех видов выполненных вмешательств по поводу МКБ в данном учреждении. Кроме того, еще в 283 случаях ЭУВЛ была применена в комбинации с методикой чрескожной нефролитотомии. По мнению профессора С.А. Возианова, основными препятствиями на пути широкого внедрения методики ЭУВЛ в урологическую практику в нашей стране являются недостаточное материально-техническое оснащение специализированных отделений необходимым количеством медицинской аппаратуры, а также несвоевременные работы по ее сервисному обслуживанию и ремонту.

Доктор медицинских наук Наталия Михайловна Степанова (ГУ «Институт нефрологии НАМН Украины», г. Киев) уделила внимание вопросам классификации, диагностики и лечения инфекций мочевыводящей системы, подчеркнув наличие в Украине тенденции к гипердиагностике таких состояний, как тубулоинтерстициальный нефрит (ТИН) и пиелонефрит, что прежде всего обусловлено отсутствием методик, позволяющих объективизировать локализацию очага воспаления в мочевыводящей системе. Согласно статистическим данным эти заболевания в совокупности являются причиной 66% случаев хронической болезни почек. Учитывая низкую диагностическую ценность отдельных симптомов и признаков пиелонефрита (в частности, чувствительность дизурии и лейкоцитурии составляет 12,9 и 41,4% соответственно), верификацию этого состояния у небеременных женщин в возрасте до 65 лет необходимо основывать на выявлении  $\geq 3$  типичных симптомов инфекций мочевыводящей системы (лихорадка, озноб, болей в животе или косточечерепном угле, никтурии, гематурии, лейкоцитурии, дизурии, учащенного мочеиспускания) в сочетании с положительными результатами бактериологического посева мочи и наличием очагов склероза в почечной паренхиме.

Также Н.М. Степанова обратила внимание на то, что предикторами развития рецидивирующего пиелонефрита зачастую являются воспалительные заболевания гениталий. Это подтверждено результатами исследования А. Khunda и соавт. (2012), согласно которым у пациенток с неосложненным рецидивирующим пиелонефритом обнаруживали кольпит (78% случаев), сальпингит (76%), цервицит

(43%), оофорит (24%). Далее докладчица остановилась на взаимосвязи между частотой рецидивов пиелонефрита и долей *Lactobacillus spp.* в составе микрофлоры влагалища и кишечника, наличием у пациенток гипероксалурии, а также пузырно-мочеточникового рефлюкса, который является причиной 50-70% случаев рецидивирующей инфекции мочевыводящих путей и чаще всего связан с длительным пребыванием в вынужденной позе или употреблением большого количества жидкости и несвоевременным опорожнением мочевого пузыря. Кроме того, Н.М. Степанова рассказала о возможностях клинико-лабораторной и инструментальной диагностики рецидивирующих инфекций мочевыводящей системы, коснулась вопросов лечения данных заболеваний, указав на необходимость соблюдения рационального подхода к выбору антимикробного средства, а также роли иммуноактивных и пробиотических препаратов в профилактике повторных эпизодов инфекции.

Заведующий отделом воспалительных заболеваний ГУ «Институт урологии НАМН Украины», заведующий кафедрой урологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Сергей Петрович Пасечников осветил проблему диагностики и лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), акцентировав внимание на том, что более половины обращений в урологическую клинику обусловлены этим заболеванием. После профессора представил современное видение аспектов патогенеза, классификации и диагностики ДГПЖ. По словам С.П. Пасечникова, верификация ДГПЖ представляет собой сложный процесс, в котором используют методики физикального обследования больного, проводят оценку симптомов заболевания по шкале IPSS (Международная шкала оценки простатических симптомов), выполняют общий анализ крови, общий и бактериологический анализ мочи, трансректальное ультразвуковое исследование, урофлоуметрию, определяют уровень простатического специфического антигена и креатинина в сыворотке крови, а также осуществляют уретроскопию (перед эндоурологическим вмешательством).



Далее докладчик перешел к рассмотрению методик хирургического лечения ДГПЖ и основных лекарственных средств, используемых в терапии этого заболевания ( $\alpha_1$ -адреноблокаторы, ингибиторы 5 $\alpha$ -редуктазы, антагонисты мускариновых рецепторов, ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа, аналоги десмопрессина, фитопрепараты), отдельно остановившись на преимуществах комбинированных препаратов на основе  $\alpha_1$ -адреноблокаторов и ингибиторов 5 $\alpha$ -редуктазы.

Темой выступления Алексея Анатольевича Кононенко (Национальный институт рака)



стали диагностика и лечение ятрогенных повреждений органов мочевыводящей системы, частота которых, по данным В.Р. Billmeyer и соавт., в 2001 г. составляла 2-30%. По информации докладчика, травмы мочевого пузыря являются наиболее распространенными повреждениями ятрогенного характера при операциях на органах малого таза (лапароскопических — 6%, открытых — 85%). При этом большинство ятрогенных повреждений диагностируют не во время проведения вмешательств, а в отдаленном послеоперационном периоде. А.А. Кононенко отметил, что в диагностике подобных нарушений широко используют инструментальные методики — ультразвуковое исследование, урографию, спиральную компьютерную томографию, магнитно-резонансную (МР) томографию, МР-урографию, цистоскопию. В частности, при подозрении на ятрогенную травму мочеочника/мочевого пузыря во время операции следует осуществить ревизию органа (оценить перистальтику, диаметр мочеочника), провести пробу с индигокармином, пробу Зельдовича, цистоскопию, интраоперационную рентгенографию с применением рентгеноконтрастных средств.

Кроме того, докладчик детально рассмотрел возможности, преимущества и недостатки отдельных диагностических методик, основные принципы и особенности реконструктивных оперативных вмешательств, применяемых в лечении ятрогенных повреждений органов мочевыводящей системы. Он указал на то, что при выборе тактики лечения в данной когорте пациентов необходимо основываться на комплексном изучении анатомо-функциональных изменений в почках и мочевыводящих путях, а хирургическая коррекция должна быть осуществлена в максимально ранние сроки, поскольку только своевременно проведенные пластические и реконструктивные операции позволяют восстановить уродинамику, сохранить почку, уменьшить риск формирования хронической болезни и повысить качество жизни больных.

Александр Эдуардович Стаховский (Национальный институт рака) привлек внима-



ние слушателей к вопросам лечения метастатического рака почки (МРП), отметив, что в настоящее время на долю этого состояния приходится порядка 20-30% всех случаев почечно-клеточного рака, а 5-летняя выживаемость пациентов с МРП достигает всего 8-10%. Основные трудности, с которыми приходится сталкиваться специалисту в процессе лечения больных с МРП, связаны с рефрактерностью заболевания не только к классической химио- и лучевой терапии, но и к лечению с применением цитокинов. При этом выбор тактики лечения (хирургическое или таргетная терапия) должен осуществляться с учетом особенностей как самого новообразования, так и состояния больного: наличия первичной опухоли, распространенности заболевания, прогностических факторов, гистологического строения опухоли, коморбидной патологии, реакции пациента на побочное действие препаратов, его возраста, физического статуса и финансовых возможностей. По словам Александра Стаховского, с появлением в арсенале врача новых препаратов

# и лечения заболеваний мочевыделительной системы

(интерферонов- $\alpha$ , высоких доз интерлейкина-2, сорафениба, сунитиниба, бевацизумаба, эверолимуса, пазопаниба) прогноз МРП значительно улучшился. В частности, медиана выживаемости больных на фоне применения этих лекарственных средств возросла с 13-18 до 19-26 мес.

После докладчик перешел к рассмотрению проблемы резистентности МРП к ингибиторам VEGF (фактора роста эндотелия сосудов), стратегии выбора первой линии терапии МРП, а также к сравнительному анализу эффективности отдельных таргетных препаратов. Он акцентировал внимание на преимуществе сунитиниба перед интерфероном- $\alpha$  в лечении пациентов низкого и умеренного риска по шкале MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center), выразившемся в увеличении медианы беспродвинутой выживаемости с 5 до 11 мес, а также указал на то, что назначение большим бевацизумаба в комбинации с интерфероном- $\alpha$  является более оправданным в сравнении с монотерапией интерфероном (медиана беспродвинутой выживаемости 10,2 и 5,4 мес соответственно). Кроме того, Александр Стаховский коснулся вопроса о возможности использования различных комбинаций препаратов в рамках второй линии терапии МРП, а также представил результаты клинических исследований, посвященных сравнительному анализу их эффективности.

Рассматривая варианты лечения пациентов, у которых на фоне применения второй линии терапии констатировалась прогрессия опухолевого процесса, выступающий указал на то, что на сегодняшний день ни за одним из таргетных агентов не закреплен статус препарата выбора для третьей линии терапии МРП. Согласно ретроспективным исследованиям при использовании режима ингибитор тирозинкиназы рецепторов VEGF – ингибитор протеинкиназы mTOR – ингибитор тирозинкиназы рецепторов VEGF средняя продолжительность общей выживаемости больных составляет 7-28,2 мес, а беспродвинутая выживаемость – 4,7-11,3 мес. При этом было доказано, что чувствительность к первой линии терапии ингибиторами VEGF является прогностическим фактором общей выживаемости больных с МРП, а использование таргетной терапии в неоадьювантном режиме позволяет сохранить функцию почек, уменьшить размер первичной опухоли, провести оценку ответа на лечение, а также в ряде случаев повлиять на метастазы и микрометастазы, тем самым уменьшив локальную распространенность новообразования.

Докладчик заметил, что, несмотря на все более частое использование современных препаратов у пациентов с МРП, хирургические методы лечения этого заболевания по-прежнему остаются востребованными. Так, по данным ряда авторов, применение интерферонов  $\alpha_2\beta$  в комбинации с нефрэктомией (циторедуктивная нефрэктомия) позволяет достичь лучших результатов лечения в сравнении с монотерапией интерферонами  $\alpha_2\beta$ . В частности, сравнение эффективности этих методов в ходе исследования SWOG выявило превосходство комбинированного подхода к лечению МРП над монотерапией (медиана общей выживаемости 11,1 против 8,1 мес соответственно). Схожие результаты были получены в наблюдении EORTC (17 против 7 мес) и в анализе R.C. Flanigan и соавт., опубликованном в 2004 г. (13,6 против 7,8 мес).

Кроме того, Александр Стаховский поделился с присутствующими результатами ретроспективного исследования, проведенного на базе Национального института рака, в котором сравнивалась эффективность циторедуктивной нефрэктомии (n=72) и циторедуктивной резекции почки (n=44). Согласно полученным данным циторедуктивная резекция ассоциировалась с лучшими показателями выживаемости больных в сравнении с нефрэктомией (медиана выживаемости 34 против 19 мес; двухгодичная общая выживаемость 73 против 37 мес). В завершение докладчик выразил надежду, что уже в ближайшем будущем удастся разработать эффективные методы преодоления резистентности МРП к действию таргетных агентов, которые смогут улучшить клинические результаты общей выживаемости пациентов данной когорты.

**Главный уролог Министерства обороны Украины, начальник клиники урологии Главного военно-медицинского клинического центра «Главный военный клинический госпиталь», доцент кафедры военной хирургии Украинской военно-медицинской академии (г. Киев), доктор медицинских наук Сергей Викторович Головка**



рассказал о современной боевой травме органов мочевыделительной системы. Докладчик подробно рассмотрел организацию процесса медицинской эвакуации, объем оказываемой помощи на ее догоспитальном и госпитальном этапах, особенности лечения пострадавших с огнестрельными ранениями, полученными в ходе боевых действий в зоне проведения антитеррористической операции (АТО). С.В. Головка представил официальные данные, согласно которым количество поражений мочеполовой системы в структуре боевой травмы у госпитализированных из зоны АТО составило 3,5%, включая ранения (78%), закрытую (22%) и комбинированную травму (95%). Кроме того,

выступающий коснулся очередности, тактики и основных ошибок, возникающих в процессе лечения пациентов с травмами таза и тазовых органов, а также повреждений почек, мочеточников, мочевого пузыря и уретры различного характера.

**Главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Украины по специальности «Урология», заведующий научно-исследовательским отделением пластической и реконструктивной онкоурологии Национального института рака, доктор медицинских наук, профессор Эдуард Александрович Стаховский** посвятил выступление со-



временным подходам к лечению рака почки. Прежде всего профессор продемонстрировал официальные статистические данные, свидетельствующие о том, что в 2013 г. в Украине рак почки был диагностирован у 5,5 тыс. пациентов, при этом в 70% случаев заболевание было представлено малыми (менее 4 см) опухолями с бессимптомным течением, а в 30% – местнораспространенным процессом с характерными клиническими проявлениями. Докладчик подчеркнул, что на протяжении последних 40 лет радикальная нефрэктомия считается золотым стандартом в лечении злокачественных новообразований почки, при этом 5-летняя выживаемость пациентов с локализованными формами рака после проведения данной процедуры составляет 75-95%, а с локально-распространенными – 40-80%. В то же время многочисленные сравнительные исследования показали, что резекция почки, в отличие от радикальной нефрэктомии, предупреждает развитие хронической болезни почек, метаболических и гормональных нарушений, включая ацидоз, анемию и остеопороз, а также увеличивает общую выживаемость в группе больных с раком почки T1a стадий. Кроме того, было установлено, что у пациентов с раком почки T1b-T3a стадий онкологический результат после проведения резекции почки соответствует таковому при радикальной нефрэктомии. Полученные данные свидетельствуют о том, что размер или стадия опухолевого процесса не могут рассматриваться в качестве критериев выбора тактики оперативного лечения. В данной ситуации целесообразнее руководствоваться объективным показателем – объемом функционирующей паренхимы.



Далее Э.А. Стаховский перешел к рассмотрению условий, необходимых для проведения резекции, и основных факторов, ухудшающих функциональное состояние почки в пострезекционном периоде (уменьшение объема здоровой паренхимы и тепловая ишемия длительностью более 25 мин), провел сравнительный анализ эффективности и безопасности открытого и лапароскопического способов выполнения резекции, а также методики временного периферического гемостаза при резекциях почки, применяемой в клинике Института онкологии. Подводя итоги, докладчик подчеркнул, что при выборе тактики оперативного лечения пациентов с раком почки предпочтение следует отдавать резекции органа, осуществляемой открытым способом, поскольку при сопоставимых с радикальной нефрэктомией онкологических результатах лечения резекция обладает рядом преимуществ: позволяет сохранить почечную паренхиму и ее функциональные возможности, ассоциируется с лучшими показателями общей выживаемости в группе больных с новообразованиями T1a стадии.

Второй доклад Э.А. Стаховского был посвящен вопросам радикальной цистэктомии и выбора метода деривации мочи. По словам профессора, продолжительность жизни подавляющего большинства (85%) пациентов с инвазивно-мышечным раком мочевого пузыря, не получающих лечения, составляет 2 года. В то же время локальный рецидив опухоли после радикальной терапии локализованных форм рака мочевого пузыря встречается более чем в 50% случаев. Тем не менее доказано, что своевременная радикальная цистэктомия позволяет достичь лучших результатов в сравнении с другими методами терапии. Э.А. Стаховский отметил, что радикальная цистэктомия у мужчин предусматривает удаление не только мочевого пузыря, но и предстательной железы, семенных пузырьков, лимфатических узлов, а совершенствование оперативной техники позволило значительно снизить летальность (до 1-3%) и частоту осложнений (0,8-8,3%) при выполнении данной процедуры. При этом цистэктомия с сохранением сосудисто-нервных пучков обладает рядом преимуществ: позволяет сохранить эректильную функцию и нормальное состояние прямой кишки, улучшает функциональные результаты ортотопического мочевого пузыря. В свою очередь простатосберегающая цистэктомия улучшает функциональные результаты лечения, но при этом ассоциируется с худшим онкологическим прогнозом, что существенно ограничивает ее применение в онкологической практике. При вовлечении в патологический процесс мочеиспускательного канала и предстательной железы радикальная цистэктомия должна предусматривать выполнение уретерэктомии с лечебной или профилактической целью на фоне применения суправезикального метода деривации мочи.

Затем выступающий сделал акцент на преимуществах и недостатках отдельных инконтинентных и континентных методик отведения мочи, а также показаниях и противопоказаниях к их назначению, указав на то, что к каждому больному необходим индивидуальный подход, который зависит от ряда факторов: стадии заболевания, функционального состояния печени и почек, возраста пациента, наличия противопоказаний. Илеальный конduit и ортотопический илеальный мочевой пузырь являются наиболее часто используемыми на современном этапе способами деривации мочи. Несмотря на то что оптимальный вариант деривации мочи не установлен, метод илеоэоцистопластики обладает потенциальными преимуществами: обеспечивает сохранение анатомической целостности мочевыводящих путей, естественного акта мочеиспускания и отличается относительной простотой выполнения.

Подготовил **Антон Пройдак**