

26-й Конгрес Європейської асоціації урологів



18–22 березня 2011 року у Відні відбувся 26-й Конгрес Європейської асоціації урологів. Якщо порівнювати з минулорічним, який пройшов у Барселоні, то чисельність делегатів збільшилась майже в 2 рази – з приблизно 7 тисяч до 13. Але цим ми повинні завдячувати не стільки прогресу урології, скільки мовчанню вулкану Ейяфьаллайекюль, який минулого року залишив незабутні враження не стільки від відвідування Конгресу, скільки від труднощів дістатися до Барселони чи повернутися додому.

Як завжди, Конгрес проходив з типовим для урологів розмахом. Для його проведення був вибраний найбільший конгрес-центр “Австрія центр”, а заключний прийом “Віденський бал” проходив у екс-резиденції імператорів Австрії Хофбургу.

Українська урологія, як завжди, була представлена потужною делегацією, яка відображала всю географічну мапу України – від представників сходу (проф. Лісовий В.М., Антонян І.М., Люлько О.О., Стусь В.П. та ін.) через центр та південь (проф. Возіанов С.О., Бутенко А.К., Пирогов В.О., Горпинченко І.І., Гурженко Ю.М., Сеймівський Д.А., Бойко М.І., Стаховський Є.О., Костев Ф.І., Ухаль М.І. та ін.) і до заходу з представництвом історичної складової Австро-угорської імперії в довоєнний час – Буковини (проф. Шуляк О.М., Зайцев В.І. та ін.).

Організація Конгресу дещо змінилась. Якщо ще 2–3 роки тому більше уваги приділялось загальним чи тематичним сесіям, які супроводжувались більш-менш стандартними презентаціями, то цього року їх число значно зменшилось для можливості розширення кількості (та якості) тематичних курсів навчання (як теоретичних, так і з оволодіння конкретними практичними методиками), а також курсів з відеопрезентаціями конкретних операцій. Було також проведено два сеанси “живої” хірургії (15 операцій з віденської університетської клініки та з німецького госпіталю Heilbronn). Під час сеансів відбувалося не тільки обговорення деталей в студії, а й була можливість ставити запитання безпосередньо операторам.

Вражаючих проривів на ниві урології за останній рік не відзначалось, але постійний рух вперед був помітний у більшості галузей урології. Цього року, мабуть, найбільше було представлено різноманітних варіантів апаратного

забезпечення урологічних маніпуляцій та операцій. Перш за все подальшого розвитку отримали лапароскопічні методики з удосконаленням інструментарію та варіантів доступу. Найбільш вагомими слід назвати розробки обладнання з 3Д-зображенням (в тому числі роботизованого) – ці операції можна було подивитись з використанням спеціальних окулярів на стендах відповідних компаній.

Серед інших інновацій слід зазначити розробку ендоскопічної камери, яка може міняти кут від 0 до 70 градусів, нові системи для накладання швів та ін. Запропоновані також удосконалені методики оперативних доступів – NOTES (коли використовується доступ інструментів через піхву) та LESS (використання тільки одного порту), які максимально зменшують кількість та величину операційних розтинів, отримуючи кращий косметичний ефект та зменшуючи ризик розвитку кили.

Серед нових напрямків консервативного лікування слід зазначити використання вакцин та антитіл. У більшості напрямків урології вже існують медичні препарати на їх основі – це і лікування новоутворень, остеопорозу, сечової інфекції та ін.

Традиційно велика увага приділялась питанням дисфункцій нижніх сечових шляхів, з приводу чого було проведено декілька симпозиумів. Один з найбільших був організований компанією Астеллас і стосувався сучасних підходів до патогенезу та нових стратегій лікування симптомів з боку нижніх сечових шляхів. Зазначалося, що серед чоловіків у 63% відзначається хоча б один симптом з боку нижніх сечових шляхів (СНСШ), у чоловіків старше 40 років – у 73%, а загальна кількість чоловіків з гіперактивним сечовим міхуром (ГСМ) сягає 7 млн, 80% з них не отримують адекватного лікування. При цьому рівень неспокою та депресії у чоловіків корелює з СНСШ та відзначається у 27% старше 40 років.

Зазначалося, що причинами виникнення СНСШ можуть бути різні порушення або їх комбінація, при цьому ані простата, ані власне сечовий міхур не є головною причиною у більшості хворих. Крім того, СНСШ можуть виникати



внаслідок серцевих, гормональних або нервових проблем чи їх лікування. Враховуючи таку поліетіологічність, при первинному обстеженні пацієнтів із СНСШ усі дані системи органів повинні бути вивчені. Лікування слід призначати беручи до уваги всі аспекти стану хворого – вираженість СНСШ та їх особливості, розмір простати, супутні захворювання. Відзначалось, що до препаратів першої лінії лікування СНСШ відносяться аденоблокатори (Омнік ОКАС). У випадку виражених симптомів накопичення варіантом лікування може бути використання М-холінолітиків як в монотерапії чи у комбінації з аденоблокаторами (Везикар, Везикар+Омнік ОКАС), а при збільшеній простаті (більше 40 мл) – комбінація аденоблокаторів та блокаторів 5-альфаредуктази (тривалість лікування не менше 6–12 міс).

Компанія Астеллас також провела симпозиум щодо сучасних аспектів діагностики та лікування ГСМ. Увага урологів при вивченні патогенезу ГСМ на даний момент переміщується від особливостей змін елементів нервової системи та м'язів до уротелію та його ролі у функціонуванні сечового міхура в нормі та при патології. Останні дослідження свідчать про те, що уротелій є не тільки бар'єром, а й

активною тканиною, яка має велике значення у функціонуванні сечового міхура за рахунок секреції медіаторів (як фактор росту нервів, простагландини, ацетилхолін, АТФ та ін.). Його стан має велике значення у функціонуванні сечового міхура і ми повинні приділяти йому більше уваги для адекватного лікування СНСШ. Крім того, більша увага приділяється також В3 адренорецепторам стінки, які відповідають за її розслаблення.

Достатня увага приділялась нетриманню сечі (НС), для якого все більше компаній пропонують свої оригінальні прилади для різноманітних малоінвазивних операцій. Результати порівняння їх ефективності неоднозначні, але конкуренція неодмінно веде до активного удосконалення, а також, що особливо важливо для нас, до зниження вартості таких наборів. Крім того, були опубліковані дані про генетичні фактори, які сприяють появі стресового нетримання сечі. Важливим новим показанням для лікування НС все більше дослідників вважають присутність жіночої сексуальної дисфункції, вираженість якої вірогідно зменшується після адекватного лікування НС.

Велика увага, як завжди, була прикута до питань діагностики та лікування раку простати (РП), чому був при-

свячений симпозиум компанії Астеллас. На ньому обговорювались нові можливості щодо лікування раку простати за допомогою препарату сучасних аналогів гонадотропін-рилізінг гормонів та шляхи покращання результатів лікування. Неодноразово вказувалось на те, що контроль рівня тестостерону є одним з основних критеріїв ефективності терапії. При цьому оптимальний («кастраційний») рівень тестостерону останніми роками зменшений від 50 до 20



нг/дл. Вказувалось також, що не всі сучасні препарати здатні досягти та адекватно підтримувати даний рівень, за виключенням препарату Елігард, що повністю відповідає сучасним вимогам.

Особлива увага приділялась гормонрезистентному РП. Останні дослідження показали, що хоча первинна чутливість РП сягає 80%, але згодом абсолютна більшість РП стає гормонрезистентними (ГР). Для таких пацієнтів досі ще не існує ефективного методу лікування. Інновації в цій галузі проходять, по-перше, в напрямку винайдення адекватних маркерів, які би з самого початку дозволили прогнозувати ГР з відповідною корекцією тактики лікування. З другого боку, активно розвивається синтез препаратів для лікування таких пацієнтів. Серед нових препаратів слід згадати кабазиптексел (з групи таксанів) та сепулеуцел-Т (вакцина, яка виробляється з дендритних клітин пацієнта та приводить до активації імунної відповіді при ГР РП).

Активно обговорювалась також стратегія при РП низького ризику. Так, дослідження PRIAS, що триває з 2006 р., показало, що в Європі до 30% первинно діагностованих на скринінгу РП можуть бути віднесені до низького ризику. У таких випадках активне спостереження є варіантом лікувальної тактики, адже РП відносно повільно розвивається. Але перші 3–4 роки до 40% цих чоловіків починають більш активне лікування (радіотерапія, операція..) і до 30% про-

оперованих мають ознаки позакапсульного проростання, що повинно бути з самого початку показанням до активного лікування. Тому лікування таких пацієнтів досі залишається дискусійним.

В епоху широкого та довготривалого використання гормонотерапії при РП все більше уваги приділяється профілактиці та лікуванню її ускладнень. Новим напрямком профілактики остеопорозу як ускладнення гормонотерапії, є використання препаратів на основі антитіл для інгібіції RANK ліганд, що призводить до стимуляції остеобластів. Препарат Prolia (деносумаб) щойно зареєстрований і може використовуватись також для лікування вікового остеопорозу.

Щодо оперативного лікування РП, то радикальна простатектомія залишається методом вибору – єдиний метод, який дозволяє повністю видалити пухлину. Методика операції останніми роками не зазнала принципових змін, але розширились показання до її проведення – вона показала свої переваги і у пацієнтів групи Т3, які раніше вважались поганими кандидатами для такого лікування. Серед інших методів інвазивного лікування РП слід відзначити впровадження керованої за допомогою магнітно-резонансного зображення локальної лазерної абляції простати та використання методу ТООКАД, при якому в ділянку пухлини вводять спеціальний розчин, що призводить до обтурації судин та редукції пухлини. Однак обидва методи експериментальні і не мають тривалого періоду спостереження.

Для діагностики РП були запропоновані нові підходи. Так, все більшого визнання отримує визначення в сечі простат-специфічного гену (РСА3). Він у 60–100 разів більш активно виділяється клітинами РП і є високо специфічним (тест Progenesa). Забір сечі проводиться після масажу простати.

Обговорювались також питання ускладнень біопсії простати (БП), яка залишається обов'язковою процедурою для встановлення діагнозу РП. Було зазначено, що за відсутності профілактичної антибіотикотерапії частота інфекційних ускладнень сягає до 40%. Основою для цього є контамінація голки при другій та наступних біопсіях. Проведене Глобальне дослідження інфекції в урології показало, що середня частота інфекційних ускладнень після БП 11%, але настороженість викликає збільшення частоти сепсису. Головним інфекційним агентом при цьому залишається E.coli. Тому адекватна антибіотикопрофілактика повинна бути розпочата перед БП.

Нові дані отримані також щодо можливих методів профілактики РП. Цікаве дослідження (Фукуока, Японія) вивчало можливість застосування статинів (які широко використовуються як холестеролзнижувальні препарати) у профілактиці РП. Основою цього є свідчення зниження рівня ПСА при лікуванні статинами. Автори шляхом вивчення культури клітин показали, що статини дійсно впливають на андрогенні рецептори за рахунок протеолізу специфічних ферментів, що сприяє зменшенню їх активності та активності мітозів. Даний напрямок цілком може бути розвинутий у подальшому.

Проф. Ф.Шредер представив оновлені дані Європейського дослідження ERSPC, яке присвячено можливості профілактики РП, яке показало зменшення частоти виникнення метастазів РП на 31% у скринінгової групі пацієнтів. Тому теза щодо профілактичної медицини та більш широкого використання ПСА-скринінгу отримала чергове вагоме підтвердження.

Одна з найбільш оригінальних публікацій (яка, до речі, отримала приз як найкраща публікація в галузі клінічних

досліджень в 2010 р.) була присвячена можливості раннього виявлення РП при обнюхуванні сечі пацієнтів собаками (робота авторів з Парижу). Автори вважають, що подальший розвиток цього напрямку дозволить виявити більш простий маркер РП в сечі.

Активно розвивається вивчення сексуальної функції та її порушень. Так, останнє дослідження SHOW (3780 опитаних чоловіків та жінок) показало, що 67% чоловіків та 55% жінок вважають секс абсолютно необхідним та дуже важливим, при цьому менше половини опитаних були задоволені своїм сексуальним життям. Дослідження показало, що чоловіки та жінки, які були більш задоволені сексуальним життям, значно частіше почувають себе добре відносно загального сприйняття їх життя та у взаємодіях з близькими. При цьому тільки 3 з 10 дискусій відносно сексуальних проблем ініціюються лікарями. При порівнянні результатів з різних країн звертає на себе увагу, що серед українських чоловіків тільки 26% цілком задоволені сексуальним життям (найнижчий рівень серед усіх!) у порівнянні з 54% в Турції (найвищий показник) та 40% у Росії. Схожі дані були отримані при опитуванні жінок – тільки 26% українських жінок (знову найнижчий рівень серед всіх!) цілком задоволені сексуальним життям у порівнянні з 44% в Ізраїлі (найвищий показник) та 36% у Росії. Ці дані свідчать, що незважаючи на величезні кроки у лікуванні даних патологій за останні роки, проблема сексуальної дисфункції (як чоловічої, так і жіночої) далека від вирішення, особливо в Україні.

Усе більша увага останнім часом приділяється питанням освіти – як викладання урології у вищих навчальних закладах, так і післядипломної освіти (ПДО). Важливим кроком в цьому було запровадження ЄАУ накопичувальних балів за активність урологів (за рахунок відповіді на запитання у “Європейській урології”, відвідування курсів та конгресів та ін.). При цьому у ряді країн існують свої балні системи для урологів, а в Голландії, наприклад, бали ЄАУ автоматично додаються до “національних” балів і слугують основою для професійного оцінювання. На Конгресі були представлені також результати опитування молодих урологів з Європи відносно організації навчання з урології у вищих навчальних закладах (всього 24 країни, у тому числі з України). Наші урологи були одними з небагатьох, які





100% проходили екзамен з урології під час навчання, але на запитання "чи можливо при цьому не отримати НІЯКИХ знань з урології?" 33% відповіли позитивно. Гірше нас серед країн з викладанням урології був тільки Узбекистан. Чи не відбиває це проблеми нашої вищої освіти, коли присутність викладання дисципліни далеко не завжди зобов'язує до її вивчення, вибираючи інші варіанти отримання заліку?

Перебуваючи у Відні – одному з найкрасивіших міст світу і «музичній столиці Європи», неможливо не відзначити красу міста, його насичену історію та традиції, які ретельно зберігаються. Хоча архітектура центральної частини Відня формувалась під прапором змагання з традиційними спорудами Римської імперії (в намаганні її перевищити) з їх помпезністю, грандіозністю, масивними розмірами і розвивалась в традиціях військової держави з чисельними парадними військами для демонстрації сили (які потребували крім власне військ ще й великої площі), але досі вона вражає не тільки своїми масштабами, а і тим чудовим станом, в якому досі зберігається. Собор Святого Стефана, колишній імператорський двір Хофбург, замки Бельведер та Шенбрунн, найбільший музейний комплекс Європи – Музеумсквартель, чудові парки (Пратер, Віденський Ліс та ін.) та багато іншого – один перелік видатних місць Відня можна розтягнути на сторінку.

Крім загальновідомих архітектурних споруд нам пощастило відвідати замок Кройценштайн, розташований у 20 км від Відня. Він являє собою один із найоригінальніших серед-

ньовічних замків Європи – оригінальних в прямому сенсі, тобто містить величезну кількість дійсно аутентичних предметів вжитку тієї епохи. Його збереженню в такому стані ми повинні дякувати видатному меценату XIX століття графу Йохану Вільчеку, який придбав напівзруйновану римську фортецю, відбудував її і з усієї імперії позвизив оригінальні предмети старовини, які і надають замку таку привабливість. Серед них – одна з найбільших колекцій середньовічної лицарської зброї та амуніції, кухонний стіл вагою півтони, бібліотека. До речі, граф Вільчек взагалі був однією з найбільш видатних постатей XIX століття. Він за власний кошт спонсорував австрійську Арктичну експедицію (завдяки чому у складі Росії існує земля з дивною назвою – Франца Йосипа), він же був спонсором дослідів видатного австрійського хірурга та власного друга Теодора Більбота, тому він опосередковано причетний до прогресу медицини.

Фінальним акордом Конгресу був заключний вечір, який, зрозуміло, пройшов під знаком віденського вальсу і був проведений в перлині Відня – резиденції імператора Хофбургу. Чудова споруда, в якій свого часу танцював вальс останній імператор Австрійської імперії, була віддана урологам. Декілька залів з різною музикою, найбільший, зрозуміло, для вальсу, а також можливість пройти короткий курс навчання вальсу під керівництвом професійних танцюристів – все це незабутньо. Тому окремим подяком організаторам Конгресу та компанії Астеллас за можливість відвідати Відень та станцювати віденський вальс.