

29-й Конгресс Европейской ассоциации урологов

Очередной 29-й Конгресс Европейской ассоциации урологов (ЕАУ) состоялся 11–15 апреля 2014 года в г. Стокгольм, Швеция. В городе, который, по моему мнению, недооценен. Его называют «Северной Венецией» за то, что расположен в устье пролива, соединяющего озеро Меларен (которое в длину достигает 140 км) с Балтийским морем. Возможно, в связи с этим, а также учитывая, что Стокгольм считается самой безопасной столицей Европы, Конгресс ЕАУ проходил здесь в третий раз за последние 15 лет.

Конгресс был организован, как обычно, на высшем уровне и принял около 10 тысяч участников. Великолепный современный конгресс-центр, в котором нашлось место и для пленарных заседаний, и для большого количества сателлитных и постерных сессий. Отдельно происходили видеосессии с трансляцией записей хирургических операций ведущих урологов, а также специально организованные практические курсы по всем главным направлениям урологии.

В работе Конгресса принимала участие представительная делегация ведущих научных сотрудников и практических урологов из большинства регионов Украины. Среди них профессора: С.А. Возианов, Э.А. Стаховский, И.И. Горпинченко, В.И. Зайцев, Ф.И. Костев, В.П. Стусь, П.С. Серняк, С.М. Шамраев, В.В. Черненко, доц. И.М. Антонян и др. Наши представители принимали активное участие в работе Конгресса, получили новейшую информацию относительно сегодняшнего дня и будущего мировой урологии.

Обращало на себя внимание присутствие большего, по сравнению с последними годами, количества компаний, выпускающих специальное оборудование и урологические инструменты. Среди фармацевтических компаний также произошли существенные изменения. Если на протяжении многих последних лет основными спонсорами были компании Astellas и Pfizer, то на данном Конгрессе компания Astellas традиционно была ведущим спонсором, а вот присутствие Pfizer замечено не было. С другой стороны, появился целый ряд новых активных компаний, представлявших свою продукцию на выставке.

Среди большого количества проблем, которые обсуждали на Конгрессе, были как традиционные – вопросы диагностики и лечения дисфункций мочевого пузыря, новообразований предстательной железы и почек, малоинвазивных методов оперативного лечения больных и др., так и до сих пор менее изученные. Значительно больше внимания уделялось кастратрезистентному раку простаты (КРРП), тканевым технологиям, разработке симуляторов урологических манипуляций и операций и др.

Среди методов оперативного лечения особое внимание уделялось совершенствованию роботизированных операций и 3D-оборудования. В последние годы происходит постоянное усовершенствование аппаратуры в разных направлениях. На данный момент наиболее удобным и перспективным является использование операционных роботов. Успешное развитие данного направления урологии связано с возможностью движений инструментов в нескольких плоскостях (максимально приближенно к движениям человеческой руки), изменением масштаба движений (соотношением движений хирурга и инструмента) и удобным положением оператора. Хотя при этом главным ограничением и недостатком роботов является их стоимость, поэтому они распространены

ны в основном в крупных клиниках. Совершенствование лапароскопического оборудования происходит прежде всего за счет HD- и 3D-изображения. Это значительно улучшило ориентировку во время операций (прежде всего ощущение глубины), что существенно повышает удобство таких систем роботов при значительно меньшей цене.

Ряд докладов касался совершенствования диагностики рака простаты (РП). Дальнейшее распространение получил гистосканинг РП. Его основу составляет анализ отражения ультразвуковых волн с помощью запатентованной компьютерной программы. Она позволяет дифференцировать патологические клетки, прежде всего опухолевого происхождения. Специалист получает данные при трансректальном УЗИ с помощью датчика, который медленно вращается. Проведенные исследования показали, что его чувствительность по определению локализации РП достигает 90%, а специфичность – 70% при определении РП от 0,2 см³. Полученные данные позволяют проводить биопсию в режиме реального времени под 3D-контролем. Несколько проведенных исследований (в каждом до 100 пациентов с РП) показали повышение частоты его диагностирования до 4,5 раз.

Продолжается изучение и активное внедрение в практику анализа на ген 3 РП (РСА3) – специфического гена РП, который показал лучшую, в отличие от традиционного маркера ПСА, чувствительность диагностики РП. Привлекает также простота получения материала – для анализа берут порцию мочи после массажа простаты. На данный момент во многих клиниках Европы возможно проведение такого анализа и уже накоплен определенный опыт его практического использования. Он свидетельствует, что чувствительность нового теста значительно выше, чем ПСА, и это может помочь избежать не обязательной биопсии простаты у части пациентов.

Несколько сателлитных симпозиумов было посвящено лечению КРРП. Данная проблема касается все большего количества пациентов, учитывая что до 80–90% больных, получающих гормонотерапию, рано или поздно становятся резистентными к такому лечению. Большое внимание уделяется влиянию на андрогенные рецепторы, которые являются субстратом для реализации действия андрогенов в тканях. На данный момент постоянно появляются новые факты относительно их влияния на появление кастратрезистентности. Продолжают развиваться новые направления лечения КРРП. Среди них новые ингибиторы андрогенных рецепторов, антиангиогенные препараты, блокаторы EТ-1-рецепторов, ингибитор клустерина и др. Так, большинство случаев КРРП (до 50–85%) связаны с избыточной экспрессией андрогенных рецепторов, поэтому один из путей лечения – уменьшение их экспрессии или ингибирование связывания андрогенов с рецепторами. Именно на эти звенья влияет препарат энзалутамид (Xtandi), который по результатам проведенных исследований показал обнадеживающие результаты.

Другим новым направлением лечения КРРП является введение радиоактивного радия 223, который используют при наличии костных метастазов (препарат Xofigo). Принцип его действия заключается в том, что он похож на молекулы кальция и образует комплексы с гидроксипапитатами кости. Его излучение приводит к поломкам ДНК клеток метастазов опухоли и цитотоксическому эффекту. Особенности излучения приводят к минимальному повреждению здоровых клеток кости.

Продолжается клиническая апробация ряда препаратов на основе биологических препаратов (вакцин), которые также показали обнадеживающие результаты.

Лечение гиперактивного мочевого пузыря в последние годы также традиционно находится в центре внимания. Продолжается выход на рынок новых препаратов этого направления. Также традиционно основные позиции в данной области занимает компания Астеллас. На этот раз она выпустила новый комбинированный препарат Vesomni. Как можно догадаться, эта комбинация Везикара 6 мг и Омника Окас 0,4 мг, которую можно с успехом использовать у определенной группы пациентов с СНМП/ДГПЖ с преобладанием симптомов наполнения мочевого пузыря. И если ранее они должны были помнить о приеме двух препаратов, то сейчас им достаточно выпить 1 таблетку в день. Проведенные исследования показали, что Vesomni значительно лучше снижает urgency и поллакиурию, а также повышает качество жизни более выраженно, чем монотерапия препаратом Омник Окас.

В аспекте дальнейшего развития данного направления рассматриваются и другие возможности влияния на функцию мочевого пузыря. Среди них – использование ботулотоксина, нейромодуляции, стимуляторов ванилоидных рецепторов (например, капсаицин), влияние на интерстициальные клетки.

Подобные поиски в данном направлении способствуют все более выраженному уменьшению частоты оперативного лечения ДГПЖ, что было в очередной раз подчеркнуто на Конгрессе. В то же время, мы понимаем, что речь идет прежде всего о своевременной диагностике и адекватно леченной патологии, а не о запущенных случаях, когда оперативное лечение является абсолютно необходимым.

Достаточно активно обсуждались вопросы инфекционных процессов мочеполовой системы. Указывалось на отсутствие новых антибактериальных препаратов и необходимость поиска альтернативных методов лечения инфекции. Учитывая увеличение резистентности и риск коллатерального повреждения, фторхинолоны уже не являются препаратами первой линии лечения неосложненной инфекции. Наиболее привлекательным альтернативным методом, доказавшим свою эффективность, является использование вакцины Уро-Ваксом, которая содержит лизат 18 наиболее распространенных штаммов *E.coli*. Ее использование возможно как для лечения инфекции, так и для ее профилактики в случае частого рецидивирования, что подтверждено данными клинических исследований. В связи с этим Уро-Ваксом включен в протоколы лечения ЕАУ. Другим интересным направлением является использование ибупрофена в качестве монотерапии острого неосложненного цистита. Результаты проведенных предварительных исследований свидетельствуют о практически одинаковом уменьшении выраженности симптомов, но несколько более высоком проценте рецидива в группе ибупрофена по сравнению с ципрофлоксацином.

Тканевые технологии все активнее используются в урологии, и на Конгрессе большое внимание уделялось именно им. Наиболее активно обсуждалась возможность использования новых технологий при пластике мочеиспускательного канала, когда выращенный из ткани имплант заменяет буккальный

лоскут. Главным недостатком предложенного метода является его высокая стоимость. Достаточно активно также используют имплантацию стволовых клеток при стрессовом недержании мочи, гиперактивном мочевом пузыре и т.д.

Все более активно проводятся исследования по изучению нарушений генома при различных патологиях. Это касается прежде всего опухолевых заболеваний (РП) и бесплодия мужчин. Так указывалось, на данный момент на мужской фактор бесплодия приходится до 50% случаев, и в последние рекомендации ЕАУ было добавлено несколько факторов, которые этому способствуют, в том числе генетически обусловленные заболевания.

Ряд докладов был посвящен проблемам антибактериальной терапии. Было отмечено, что в Европе еженедельно 500 пациентов умирают вследствие госпитальной инфекции. Главными причинами этого считают неправильный выбор препарата, неудачу стандартной антибактериальной терапии, отсутствие новых антибиотиков и повышение частоты резистентных штаммов. По результатам исследований 9,4% урологических пациентов имеют госпитальные инфекции. Возможно это связано с тем, что в урологии антибиотики назначают в 1,7 раза чаще, чем в остальных областях медицины. Поэтому проблема антибиотикорезистентности во многом касается вопросов адекватности назначения препаратов.

Во время Конгресса было проведено большое количество практических курсов по различным проблемам урологии, значительный интерес вызвала также видеобiblioteca, где каждый член ЕАУ имел возможность просмотреть и бесплатно записать видео различных операций.

Следует также упомянуть длительные исторические связи Швеции с Украиной. У нас флаги одного цвета, а вымпелы вообще одинаковы. В шведском языке много слов славянского происхождения, возможно, потому, что викинги принимали непосредственное участие в становлении Киевской Руси и руководили ею, – например, княгиня Ольга (Хельга).

Известный факт: Швеция является основателем уникальной Нобелевской премии, которой награждаются за достижения в различных областях науки. Сам Нобель, который был всемирно известным изобретателем динамита (на чем и заработал свое состояние), принадлежал к космополитам (может, это и было одной из причин его успеха?). Родился в Швеции, детство провел в России, потом жил в разных странах (часто потому что его эксперименты были опасными, и от них, например, погиб его младший брат Эмиль), а умер в Италии. Интересно, что он был пацифистом, но многие газетчики называли его «торговцем взрывной смертью» и «миллионером на крови». Возможно, чтоб не остаться в памяти потомков вором, он и основал эту премию, хотя считается, что непосредственно подтолкнуло его на это ошибочная публикация в прессе о его смерти. Не много известно о его активной финансовой поддержке медицинских исследований – например, по гематологии, активной поддержке опытов И.П. Павлова, без которой, возможно, не было бы осуществлено таких прорывов в физиологии.

**Профессор кафедры хирургии и урологии
Буковинского государственного медицинского университета
Валерий Зайцев**